

L'existence des bouchons est trop facile à reconnaître à l'examen otoscopique pour que nous ayons besoin d'y insister davantage; toutefois nous recommandons de ne poser le diagnostic qu'après s'être rendu compte *de visu* que c'est bien à un obstacle de ce genre que l'on a affaire et non de traiter de bouchon de cérumen toute surdité, sans même regarder l'oreille, comme on le fait trop souvent dans la pratique.

Le traitement consiste à ramollir la masse compacte à l'aide d'instillations faites pendant 24 ou 48 heures; la solution qui nous paraît le mieux convenir dans ce cas est la suivante :

Borate de soude . . . . .	0,15 centig.
Glycérine pure . . . . .	10 grammes.

On introduira 15 à 20 gouttes de ce liquide dans l'oreille en faisant pencher la tête de l'enfant du côté opposé à l'organe malade, pour permettre à l'instillation de pénétrer profondément dans le conduit. Un tampon de ouate placé à l'entrée du méat maintiendra la solution en contact direct avec la sécrétion qu'elle est destinée à dissoudre. Une injection abondante (un demi-litre au moins) d'eau tiède pure ou boriquée suffit le plus souvent pour enlever le cérumen dissous. Dans tous les cas, si un premier lavage n'était pas suffisant, on continuerait les instillations boratées dont nous avons donné la formule, qu'on ferait suivre d'une deuxième ou troisième injection jusqu'au moment où le conduit serait complètement débarrassé de la matière qui l'obstruait. Il est important de vérifier, à l'aide du spéculum et de la lumière réfléchie, si le conduit est parfaitement libre, afin de cesser le traitement aussitôt que l'obstruction a disparu, pour ne pas s'exposer, par des injections trop répétées, à occasionner des irritations locales dont l'otite externe pourrait être la conséquence.

Lorsqu'un enfant est atteint d'obstruction cérumineuse, il est utile de conseiller aux parents de faire empiriquement, tous les deux mois environ, des instillations de glycérine boratée le soir, suivies le lendemain matin d'une injection d'eau tiède, afin de tenir les oreilles en parfait état de propreté. Il sera bon, une fois que les conduits auditifs auront été lavés, de maintenir de la ouate dans le méat pendant plusieurs heures, afin de bien sécher la région ainsi nettoyée.

#### EXOSTOSES DU CONDUIT.

Les exostoses, ou hyperostoses du conduit auditif, sont relativement rares chez l'enfant; elles se reconnaissent à leur forme généralement arrondie, occupant le conduit osseux à la partie postérieure ou postéro-supérieure. Elles ont un aspect un peu plus pâle que le reste du canal auditif dont elles réduisent plus ou moins la lumière, suivant leur volume et leur forme. Le stylet permet de reconnaître leur dureté ligneuse.

En général, on n'a guère à intervenir chez les enfants, à moins que l'obstruction du conduit soit à peu près complète; dans ce cas, c'est à l'exérèse à l'aide de la gouge qu'il faut généralement avoir recours. Rappe-

lons toutefois que de Troeltsch dit avoir vu des exostoses diminuer de grosseur à la suite de l'introduction, pendant plusieurs années, de tiges de laminaire qui auraient produit une nécrose superficielle et un séquestre élargissant le conduit atrésicé. Suivant la nature de l'exostose on peut essayer soit l'excision à la gouge, soit l'arrachement avec une pince à mors, la destruction galvano-caustique ou électrolytique, mais la plupart du temps on est obligé, pour mettre en pratique ce traitement, de décoller le pavillon afin de bien suivre les différents temps de l'opération.

#### CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE.

Tous les praticiens qui s'occupent d'otologie savent combien il est fréquent de rencontrer des corps étrangers dans l'oreille des enfants qui s'amuse soit à s'introduire eux-mêmes, soit à se faire mettre par leurs camarades les objets les plus variés dans l'intérieur de ce conduit. Nous pourrions citer toute la série des corps susceptibles de pénétrer dans cette cavité, car tous ont été observés un plus ou moins grand nombre de fois. Ce sont surtout des pois, des haricots, des noyaux variés, des graines diverses, des cailloux, des perles, des bouts de crayon, des boutons de chemise, de la ouate, du papier qu'on rencontre le plus souvent. Les morceaux d'ail ou d'oignon pilé, que l'on observe parfois, ont généralement été introduits par les parents pour calmer des douleurs d'oreille. A la campagne on rencontre des grains de mil, de froment, de l'avoine, de l'orge, du maïs ou autres herbes que les enfants s'introduisent par mégarde en jouant dans les champs, ou dans des paillets avec leurs camarades.

Les symptômes occasionnés par la présence des corps étrangers sont très souvent nuls et resteraient tels pendant des années, si les parents épouvantés ne cherchaient pas à enlever, par tous les moyens possibles, les objets introduits dans le conduit auditif. Habituellement ces tentatives ont pour résultat d'enfoncer plus avant le corps du délit et de produire souvent des désordres que l'on a ensuite beaucoup de peine à réparer. Les parents ne sont pas seuls fautifs dans ce cas, car le médecin, consulté lui-même, essaie à l'aide d'instruments variés, sans même prendre la précaution de regarder dans l'oreille, de déloger ledit objet. Se servant alors de pinces à formes variées, de crochets plus ou moins acérés, il va à tâtons fourrager dans l'oreille de l'enfant qui, à la première douleur, commence à s'agiter; bientôt ces manœuvres sont suivies d'un écoulement sanguin, plus ou moins abondant, qui a pour résultat non seulement de faire disparaître le corps étranger dans le fond du conduit ou même derrière le tympan, mais d'amener autour de lui une réaction inflammatoire septique rendant ensuite les interventions ultérieures fort difficiles à cause de l'indocilité de l'enfant, douloureuses à cause du gonflement du conduit et quelquefois même infructueuses parce qu'il n'est plus possible de faire passer l'objet par un canal devenu trop étroit à la suite de la poussée inflammatoire dont il est atteint. On a même signalé, et nous avons vu survenir des cas de mort par méningo-encéphalite diffuse consécutive à des

manœuvres brutales faites du côté de la caisse dans le but d'enlever un objet inoffensif par lui-même.

En effet, il est important de savoir qu'un corps étranger peut séjourner dans une oreille pendant plusieurs années sans occasionner le moindre accident; tous les otologistes ont rapporté ou observé des faits de ce genre. Je pourrais pour ma part citer le fait d'un noyau de cerise ayant séjourné pendant 55 ans dans l'oreille d'une malade sans que celle-ci se doutât le moins du monde de sa présence. Ce fut par hasard que moi-même, croyant enlever un bouchon, je trouvai ce noyau au milieu de la masse cérumineuse. On conçoit du reste qu'un corps dur puisse rester pendant de longues années dans cette région sans y déterminer la moindre irritation, si aucun traumatisme extérieur ne vient enflammer les parois du canal qui le contient. Les symptômes sont donc à peu près nuls si l'on n'a fait aucune tentative d'extraction. Tout au plus, si le conduit est obstrué, observera-t-on de la surdité et des bourdonnements.

Le diagnostic local sera fait, bien entendu, à l'aide du spéculum et de l'examen direct qui permettra de reconnaître le point où se trouve le corps du délit, sa forme, son volume et souvent sa nature. Dans bien des cas, on sera fixé sur ce dernier point soit par l'enfant lui-même, soit par les parents qui auront la connaissance de l'introduction du corps étranger dans l'oreille. Malgré l'assertion des parents et des enfants, il est de la plus haute importance de s'assurer par l'examen direct que l'objet a été réellement introduit dans le conduit, car il arrive encore assez souvent que des enfants nous soient amenés pour de soi-disant corps étrangers, lesquels ont glissé entre leurs doigts et n'ont pas pénétré dans l'oreille. Dans ce cas des tentatives d'extraction ne manqueraient pas de mettre à nu la paroi postéro-inférieure du conduit osseux et l'on curetterait cet os croyant enlever l'objet cherché. Très souvent nous avons vu ce point du conduit dénudé par la main d'un praticien devenir l'objet de grattages nombreux, lesquels bien entendu restaient et devaient rester infructueux puisque l'oreille était absolument vide de corps étranger.

**Traitement.** — Si aucune tentative malencontreuse n'a été faite pour tâcher de l'enlever et ne l'a pas enfoncé plus avant, suivant sa nature, on fera pencher la tête de l'enfant du côté de l'oreille atteinte, de manière que, par son propre poids, l'objet introduit entraîné vers l'extérieur puisse être déplacé et quelquefois même, s'il est assez lourd, tomber de lui-même. Si ce petit moyen reste infructueux, ce qui arrive dans tous les cas où le corps est assez volumineux pour obstruer plus ou moins complètement le conduit, ou lorsqu'il présente des aspérités qui l'empêchent de glisser facilement, ou pour bien d'autres raisons encore, *le premier moyen à employer sera l'injection d'eau tiède, à laquelle on devra toujours recourir.* Cette dernière aura d'abord l'avantage de supprimer la masse cérumineuse qui pourrait être contenue dans la lumière du conduit, permettant ainsi au corps étranger de devenir plus mobile. Les injections pourraient n'offrir d'inconvénients que dans le cas où l'objet introduit dans l'oreille serait susceptible de se gonfler sous l'influence de l'humidité et par conséquent d'augmenter

de volume, fermant ainsi plus complètement la lumière du canal auditif, ce qui pourrait l'empêcher de sortir; mais cette augmentation de volume ne pourra se produire que si le corps étranger se ramollit; et, dans ce cas, son extraction sera rendue beaucoup plus facile, puisque, une fois suffisamment mou on pourra le détacher à l'aide d'une curette, ou d'une pince à griffes et l'extraire par morceaux ou le diminuer suffisamment pour que l'injection puisse ensuite déloger ses derniers débris. Ce mode d'extraction avec la pince coupante sera fait, bien entendu, pendant l'éclairage de l'oreille avec le miroir, de façon à être bien sûr que c'est le corps étranger que l'on prend et non la paroi du conduit. Si un premier essai d'extraction échoue, il ne faut pas craindre de renvoyer le malade au lendemain et même pendant une série de jours, plutôt que d'employer les procédés violents toujours douloureux et ayant toutes sortes d'inconvénients alors que l'expectation ne peut en avoir aucun.

Lorsque le corps est dur et ne peut se gonfler sous l'influence de l'humidité, nous pensons que, sauf de rares exceptions, c'est toujours à l'injection qu'il faut donner la préférence, cette dernière devant être faite assez fortement avec l'injecteur Enema, en ayant soin de relever fortement le pavillon en haut et en arrière, afin de redresser le conduit. On sortira de temps à autre la canule du méat auditif pour permettre à l'objet introduit de pouvoir sortir au dehors, si on avait commencé à le déloger. Un, deux, ou même trois litres d'eau pourront sans inconvénient aucun être poussés dans l'intérieur de l'oreille, et il sera bien rare que cette tentative ne soit pas suivie de succès. Si ce moyen échoue, ce qui est, nous le répétons, très rare, on pourra avoir recours à l'un des procédés que nous allons indiquer, mais en ayant toujours soin de les employer avec beaucoup de circonspection et le miroir frontal sur le front, c'est-à-dire en agissant sur un champ opératoire parfaitement éclairé, sachant bien où vont les instruments introduits dans l'oreille et sur quel point exact ils portent. Ces différents moyens sont d'abord la méthode agglutinative recommandée par Loewenberg, qui consiste à tremper un pinceau dans de la glu ou un corps gluant quelconque, puis de mettre ce pinceau en contact avec le corps étranger en lui laissant un temps suffisant pour que la masse puisse se sécher, et permettre de tirer le tout en dehors. On peut enlever ainsi de petits cailloux, des noyaux, des perles, etc. Pour ces dernières, de même que pour les boutons de bottine, de chemise ou autres, on peut profiter de l'existence du trou dont elles sont perforées pour introduire dans l'intérieur un petit crochet qui permet au corps étranger une fois saisi d'être retiré assez facilement; la condition essentielle est que le trou de la perle ou des autres corps étrangers se trouve placé de manière que l'on puisse y introduire le stylet ou les petites pointes recourbées dont nous parlons. D'autres fois, on pourra, à l'aide de pinces à griffes (pince de Duplay), prendre le corps du délit et l'extraire assez facilement; dans d'autres cas c'est à l'aide de l'anse métallique qui sert pour les polypes que l'on pourra arriver au résultat cherché. On comprend que les moyens dont nous disposons en pareil cas pourront être extrêmement variables suivant la nature de l'objet, la manière dont il sera placé, les

dimensions du conduit et la docilité plus ou moins grande de l'enfant.

L'extraction de certains corps pourra être parfois extrêmement difficile. J'ai toujours présent à la mémoire le cas d'un enfant ayant habité les colonies et s'étant introduit, pendant sa première enfance, une graine très dure dans l'oreille; cette graine, ayant séjourné pendant plusieurs années dans le conduit à l'insu de l'enfant et des parents, avait soulevé autour d'elle un bourrelet cutané extrêmement épais qui l'enclavait dans l'intérieur du canal osseux; de sorte que le corps du délit ne pouvait être extrait ni avec des instruments, ni par des injections. Des instillations de liquides variés ne pouvant arriver à le ramollir, je dus, pour l'enlever, le perforer au centre à l'aide de petits perforateurs, percer en un mot une série de galeries dans son intérieur afin d'obtenir ensuite par l'évidement de sa cavité une coque qui s'effondra un jour et que je pus retirer avec des pincés à griffes. Ce fut seulement en plusieurs séances que je parvins à atteindre ce résultat. Il faut savoir, en effet, que dans l'histoire des corps étrangers de l'oreille la patience joue souvent un grand rôle. Aussi ne faut-il recourir aux moyens extrêmes, dont nous allons parler, que si l'on ne peut réussir après plusieurs tentatives, dussent-elles durer plusieurs jours. Cependant il se peut que, soit par des manœuvres antérieures, soit par suite de l'irritation produite par certains corps étrangers introduits de force dans le conduit, il survienne une phlegmasie assez violente qui nécessite une extraction immédiate. Dans ce cas, l'expectation n'étant plus de mise, il est nécessaire d'agir rapidement et, si l'on ne peut déloger le corps du délit par l'un des moyens que nous venons d'indiquer, il ne faut pas hésiter à décoller le pavillon de l'oreille, ainsi que le conduit cartilagineux pour supprimer une cause possible de suppuration ou d'inflammation périphérique. Le décollement du conduit n'offre ici rien de particulier, si ce n'est que l'incision doit être faite tout à fait dans le sillon rétro-auriculaire, d'une manière aseptique bien entendu, de façon qu'une fois le corps étranger enlevé, on puisse suturer immédiatement le pavillon et obtenir une réunion par première intention.

De Troeltsch, à propos des corps étrangers de l'oreille, insiste sur un point d'anatomie spécial à l'enfant qui rendrait la présence d'un corps étranger dans l'oreille et les opérations pratiquées en vue de les éloigner dangereuses dans quelques cas; ce sont les lacunes de la paroi antéro-inférieure du conduit osseux qui existent pendant les premières années de la vie jusqu'à l'âge de 3 à 5 ans. Suivant les cas, la blessure d'une de ces lacunes exposerait le jeune malade à des inflammations de l'articulation temporo-maxillaire ou des régions voisines.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un enfant chez lequel des tentatives variées d'extraction ont produit une inflammation de voisinage, très souvent il vaut mieux se borner d'abord à traiter l'otite par l'un des moyens que nous avons indiqués plus haut (voir *Otite externe*). Une fois la régression complète de la poussée inflammatoire obtenue, on s'occupera du corps étranger, de sa situation, sa forme, sa nature, pour voir à quel moyen on devra recourir pour en pratiquer l'extraction. Il n'est pas rare qu'il faille chloroformer l'enfant, afin d'obtenir une tranquillité parfaite permettant une extraction facile.

**Corps animés.** — Au lieu de corps étrangers, inanimés comme ceux auxquels nous venons de faire allusion, il peut arriver que l'on rencontre dans l'oreille des enfants, tout comme dans celle des adultes, des insectes s'étant introduits soit pendant le sommeil, soit même à l'état de veille. C'est ainsi que l'on trouve des mouches, des papillons de nuit, ou assez souvent des punaises, des puces, moustiques, etc.

La première indication est de tuer l'insecte de manière à transformer cet être vivant en un corps inanimé. On arrive à ce but non en instillant dans l'oreille des huiles plus ou moins chaudes ou de l'éther, comme on le fait quelquefois, mais simplement en plaçant à l'entrée du méat un morceau de ouate imprégné d'éther ou de chloroforme, dont les vapeurs ne tardent pas à asphyxier l'animal et, par conséquent, à le transformer en un objet de petit volume que l'on enlève à l'aide d'une injection d'eau tiède. Il est bon encore, avant toute tentative, d'examiner l'oreille de l'enfant et de bien s'assurer de la présence de l'insecte. Nous devons dire que la chose n'est pas toujours facile et que très souvent une punaise, une puce ou même un papillon, ou une mouche par exemple, ont pu passer inaperçus s'ils sont logés au-devant du tympan à la partie inférieure, dans cette sorte de loge (*recessus épi-tympanique*), car elle est parfois assez profonde pour recevoir un objet de petit volume sans qu'il puisse être aperçu de l'extérieur. Mais une ou plusieurs injections faites suivant les règles habituelles ne sauraient avoir d'inconvénient et pourraient toujours être tentées dans ces cas.

Lorsque nous avons parlé des corps étrangers, nous avons dit qu'il n'y avait en général aucun inconvénient à les laisser séjourner dans l'oreille pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Toutefois, on a cité des cas dans lesquels on a observé, à la suite du séjour prolongé d'objets plus ou moins quelconques dans l'oreille, des irritations à distance telles que des névroses variées, de la toux, des vomissements, des crises d'épilepsie même, qui auraient cessé après l'extraction du corps introduit dans l'oreille. De Troeltsch cite à ce propos le fait rapporté par Fabricius Hildanus, d'une jeune fille s'étant introduit à l'âge de dix ans une boule de verre dans l'oreille gauche et qui, à quelque temps de là, fut prise de céphalalgie, d'anesthésie avec douleurs intenses dans toute la moitié du corps, de convulsions épileptiques avec atrophie du bras gauche, tous phénomènes qui cessèrent le jour où l'on enleva de son oreille l'objet de toutes ses souffrances. Ce sont là toutefois, il faut en convenir, de véritables exceptions avec lesquelles il ne faut pas compter dans la pratique.

#### MALADIES DU TYMPAN.

D'une manière générale il est assez rare que la membrane du tympan soit atteinte isolément; ses rapports intimes, d'une part à l'extérieur, avec la couche cutanée du conduit, et, d'autre part à l'intérieur, avec la muqueuse de la caisse, font que la plupart du temps les poussées inflammatoires se faisant d'un côté ou de l'autre atteignent la membrane tympanique à un degré plus ou moins accentué. Toutefois il est des cas où l'inflammation

se cantonne à peu près exclusivement sur ce point. Par exemple, à la suite d'instillations irritantes (huile chaude, alcool, chloroforme, éther), il se produit souvent à la surface de cette membrane de véritables vésications qui se traduisent par de la rougeur diffuse et par une sorte de bulle d'autant plus volumineuse que la brûlure a été plus profonde; ces vésicules contiennent en général un exsudat séreux ou légèrement jaunâtre, purulent dans quelques cas, qui s'ouvre parfois au dehors ou auquel on peut donner issue à l'aide d'une petite ponction. Ces sortes d'inflammations laissent après elles une desquamation de la couche cutanée du tympan qu'il est ensuite nécessaire d'enlever avec la pince ou le porte-ouate garni. D'autres fois, et nous pouvons même dire dans la plupart des cas, il s'agit de lésions traumatiques résultant ou d'érosions faites à la membrane tympanique avec des instruments habituellement sales, tels que cure-oreille, épingles à cheveux, allumettes, etc.; ou de blessures produites par des injections maladroites poussées trop fortement ou trop brutalement dans le conduit; ou encore par la compression subite de l'air contenu dans le conduit auditif ou la caisse du tympan. C'est ainsi que les exemples de déchirure de la membrane consécutive à des soufflets appliqués sur l'oreille, ou à des baisers sur le méat auditif sont loin d'être chose rare; on peut même voir survenir des altérations analogues à la suite de chocs violents sur l'entrée de l'oreille, par exemple le fait d'une boule de neige lancée avec vigueur sur le méat. L'action de plonger de certaine hauteur la tête la première, et un peu sur le côté, peut également produire le même effet. On a encore observé des déchirures de la membrane tympanique à la suite de violentes quintes de coqueluche ou d'insufflations brusques faites soit en se mouchant (Valsava), soit par le procédé de Politzer, soit même avec la sonde à air comprimé.

Quelle que soit la cause qui produit la blessure: au moment de l'accident le malade perçoit généralement une sorte de détonation dans l'oreille, tout en éprouvant une douleur très violente allant parfois jusqu'à la syncope, ou dans tous les cas accompagnée de bourdonnements d'oreille et de vertiges généralement passagers. Nous avons vu les troubles de l'équilibre persister assez longtemps pour rendre la marche incertaine pendant 24 ou 48 heures et être suivis, au moment de l'accident, de vomissements analogues à ceux qu'on observe dans les hémorragies labyrinthiques.

Suivant l'importance de la lésion, il se produit ou de simples irritations de la membrane tympanique se traduisant par une ecchymose, une érosion ou une véritable déchirure qui portent habituellement sur le segment antéro-inférieur le long du manche du marteau. L'écoulement sanguin au moment de l'accident est peu abondant, ou même à peu près nul, et ce n'est que par l'examen direct que l'on peut se rendre compte de la nature et de l'étendue du traumatisme. Si l'on examine le malade aussitôt après l'accident, on constate l'une des altérations dont nous venons de parler; et s'il s'agit de simples ecchymoses, on peut les voir aller graduellement et insensiblement du centre à la périphérie jusqu'au moment où elles disparaissent.

Si les blessures sont plus profondes, on aperçoit nettement les lèvres de la plaie tympanique rouges, plus ou moins boursoufflées et saignant assez

facilement. Dans le cas où l'on aurait des doutes sur l'existence d'une perforation, il suffirait de faire pratiquer au malade l'expérience de Valsava, qui consiste à souffler la bouche et le nez fermés, pour entendre l'air passer à travers l'orifice et produire le bruit de sifflement caractéristique. Toutefois il faut bien savoir que, si l'ouverture est assez grande pour que les lèvres ne puissent produire un son au passage de l'air, ce n'est qu'à l'auscultation otoscopique que l'on pourra se rendre compte de l'existence d'une perforation, ou bien à l'aide du spéculum de Siegle. Suivant que la blessure aura été produite par un corps acéré septique, ou par la compression brusque de l'air dans le conduit, on verra survenir une série d'accidents tels que la suppuration de la membrane atteignant même la caisse et produisant une otite moyenne suppurée ne différant en rien de celles que nous aurons à décrire plus tard; ou bien on observera simplement une série de troubles subjectifs, bourdonnements, surdités, qui seront en rapport non avec la déchirure tympanique, mais avec l'ébranlement produit par le choc soit du côté du liquide labyrinthique, soit sur la chaîne des osselets. C'est ainsi qu'à la suite d'un soufflet appliqué sur l'oreille on peut voir apparaître une surdité assez durable et pouvant même devenir définitive. La perte de l'ouïe est rarement complète, mais il existe une diminution notable de ce sens.

Ces perforations tympaniques peuvent, ainsi qu'il est facile de le comprendre, offrir un certain intérêt au point de vue médico-légal; toutefois il faut bien savoir que le médecin-expert ne pourra guère se prononcer sur l'origine traumatique de la lésion que s'il examine le malade immédiatement après l'accident, car au bout d'un certain temps il est absolument impossible de dire si la perforation est le résultat d'un accident quelconque ou si elle est la conséquence d'une suppuration de l'oreille. Nous parlons bien entendu ici des cas où il se fait, à la suite de la blessure, une suppuration venant de la caisse. S'il y a une simple ecchymose ou une perforation non septique, le médecin pourra en constater l'existence sans toutefois présumer d'une façon absolue des causes qui l'ont déterminée. De même il sera très difficile de prévoir quel pourra être le résultat, au point de vue auditif, de la lésion observée, puisque le pronostic dépendra non seulement de la blessure matérielle de la membrane, mais encore de l'ébranlement produit du côté du labyrinthe et de la chaîne. Ce sera l'examen fonctionnel de l'ouïe à l'aide des diapasons qui permettra surtout d'établir un pronostic assez précis.

*Le traitement* de ces sortes de lésions est généralement assez simple, il convient surtout de nettoyer convenablement l'oreille à l'aide d'une injection aseptique et de faire ensuite un pansement sec à la gaze stérilisée pour éviter la suppuration ou l'arrêter si elle existe déjà. Le lavage du conduit sera fait de préférence avec une solution de sublimé aux deux ou trois millièmes, et immédiatement suivi d'un nettoyage complet avec le porte-ouate imprégné d'alcool boriqué. Si cet attouchement était un peu trop douloureux, on diminuerait le degré de l'alcool en le brûlant pendant quelques secondes. Une fois le conduit et la plaie appropriés, on insufflera à la surface une légère nuée d'acide borique ou de dermatol finement pulvérisés, puis on fera un panse-

ment occlusif à l'aide d'une lanière de gaze depuis le fond du conduit jusqu'à l'entrée du méat. Suivant les cas, ce pansement sera renouvelé toutes les 24 heures au maximum, mais de préférence il sera laissé en place pendant deux ou trois jours, si le patient n'éprouve aucune espèce de douleur. Si la suppuration était trop abondante, on se reporterait au traitement que nous indiquons plus loin (voir *Otite moyenne suppurée aiguë*) pour les indications à remplir. Une fois la lésion traumatique guérie, s'il reste un certain degré de surdité et des bourdonnements, il sera bon de faire quelques insufflations très douces, de préférence avec la sonde, par la trompe d'Eustache. On fera également des massages de la membrane tympanique, avec le petit masseur de Delstanche<sup>1</sup>, ou avec une simple boule de caoutchouc, en faisant des tractions et des compressions rythmées, avec d'autant plus de douceur que l'affection sera plus récente. Enfin, il sera utile que, pendant plusieurs jours, l'enfant ait l'oreille soigneusement fermée avec un tampon de ouate, de manière à protéger la muqueuse de la caisse contre les influences atmosphériques. Il faut bien savoir que, d'une façon générale, les perforations traumatiques du tympan se réparent assez vite et que très souvent le coagulum sanguin adhérent au bord des déchirures forme lui-même une sorte de cicatrice mettant la plaie à l'abri des infections extérieures.

## II

## AFFECTIONS DE L'OREILLE MOYENNE

## MALADIES DE LA CAISSE, DE LA TROMPE ET DE L'APOPHYSE MASTOÏDE.

Avant d'étudier en détail les affections de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, il est important d'exposer en quelques mots les différentes méthodes à l'aide desquelles on doit pratiquer l'examen fonctionnel de l'organe auditif. En effet, si ce dernier est souvent impossible chez l'enfant à cause de son jeune âge, quelquefois cependant ce dernier est assez intelligent ou assez âgé (au-dessus de huit à neuf ans, par exemple) pour répondre exactement aux questions qu'on lui pose, et nous indiquer, d'une manière exacte, la façon dont il entend soit la montre, soit le diapason. Comme l'examen fonctionnel de l'oreille, pratiqué suivant les règles que nous allons indiquer, permet de conclure à une affection de l'appareil de transmission du son, ou de l'appareil récepteur, nous allons brièvement indiquer la manière dont il faudra procéder dans la pratique courante pour être renseigné à cet égard.

1° **Examen à la montre.** — L'examen de l'acuité auditive à la montre se fait de la façon suivante :

A) *Perception crânienne.* — On promène successivement la montre sur les différentes régions du crâne dépourvues de cheveux, c'est-à-dire sur la région frontale, fronto-pariétale, temporale et mastoïdienne. A l'état normal,

<sup>(1)</sup> Le lecteur voudra bien se reporter, pour la description de ce masseur, à la p. 558.

la montre, ainsi appliquée sur ces divers points, est également bien perçue, par transmission directe à travers les os du crâne. A l'état pathologique, suivant que la lésion siège dans l'appareil de transmission du son (conduit auditif, oreille moyenne, trompe d'Eustache), ou dans l'appareil récepteur (labyrinthe), la perception crânienne à la montre est conservée ou abolie : conservée dans les maladies de l'appareil de transmission, abolie dans les affections du labyrinthe.

B) *Perception aérienne.* — La montre sert encore d'acoumètre pour examiner l'acuité auditive par la voie aérienne. Pour cela faire, ayant disposé son malade au milieu d'un appartement, après l'avoir prié de fermer les yeux et l'oreille opposée à celle qu'on désire examiner, on place la montre à une distance assez éloignée de l'oreille pour que le son ne puisse pas en être perçu, et graduellement on la rapproche en la mettant exactement dans l'axe du conduit, jusqu'au point précis où le malade commence à entendre le tic-tac. Afin d'éviter toute cause d'erreur il est important, surtout chez les enfants, de renouveler plusieurs fois l'expérience en sortant la montre de l'axe de l'oreille et en la replaçant au point où elle avait été entendue une première ou une deuxième fois. Si le tic-tac est toujours perçu à une même distance, on peut considérer que le malade répond exactement et par conséquent mesurer à l'aide d'un centimètre la distance qui sépare la montre du méat. On renouvelle l'expérience pour le côté opposé, en priant toujours le malade de tenir l'oreille qu'on n'examine pas, fermée, *ainsi que les yeux*.

La précaution de tenir fermée l'oreille opposée à celle qu'on examine est nécessaire, parce qu'il peut arriver en effet, si le malade est placé à côté d'une cloison, qu'il entende la montre lorsqu'elle est éloignée suffisamment de l'oreille malade pour que le son, venant se réfléchir, soit perçu par l'oreille saine. Ce phénomène, que Guye (d'Amsterdam) a décrit sous le nom d'*ombre sonore*, a été, dans quelques cas, la cause d'erreurs d'interprétation faisant croire à des lacunes dans l'acuité auditive, à de véritables scotomes de l'audition. C'est ainsi qu'il est arrivé de voir un malade, dont les deux oreilles étaient restées ouvertes, entendre la montre à 5 ou 4 centimètres, puis ne plus en percevoir le tic-tac de 5 à 15 ou 20, de l'entendre à nouveau à 25 centimètres et au delà. Cette sorte de lacune auditive était due à ce que la réflexion du son sur le mur ou la cloison placée vis-à-vis de l'oreille saine, ne pouvant pas se faire tant que la montre n'était pas suffisamment éloignée du crâne qui servait alors d'écran, se produisait ensuite à une plus grande distance.

2° **Examen au diapason.** — Une fois l'épreuve fonctionnelle de la montre terminée, il est indispensable d'examiner l'oreille à l'aide du diapason; on peut, suivant les cas, faire usage de diapasons de différents tons, mais d'une manière générale, dans la pratique, un seul diapason suffit. Ceux à sons graves (*ut grave* par exemple) me semblent préférables pour avoir des résultats très nets et rapides.

A) *Épreuve de Weber* (diapason vertex). — La première expérience avec le diapason consiste à placer cet instrument sur le vertex, ou tout au moins au-devant du front sur la région dépourvue de cheveux. A l'état nor-