

case of death resulting from aural diseases, Illinois, 1876. — BURCKHARDT-MERIAN : « Beitr. zur Pathologie und patholog. Anatomie des Ohres. » (*Arch. f. Ohr.*, XIII.) — KRETSCHY : « Ueber Sinusthrombose, Meningitis, Kleinhirnsabscess nach Otit. med. » (*Wien. med. Wochenschr.*, 1874.) — J.-A. ANDREWS : « On the Metastases of Inflammations from the Ear to the Brain. » (*New-York med. Journ.*, 1881.) — SCHWARTZE : « Beiträge zur Pathologie und patholog. Anat. des Ohres. » (*Arch. f. Ohr.*, I.) — LEBBERT : « Ueber Hirnabscesse. » (*Virch. Arch.*, vol. LXXVIII.) — THOMPSON : « Case of otitis, cerebral abscess and malformation of the heart. » (*Med. Times and Gaz.*, 1873.) — MOOS : « Sectionsergebnisse von Ohrenkranken. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, III.) — DALBY : « Ueber Krankheiten des Ohres und ihre Beziehung zu Pyämie und Hirnabscess. » (*Brit. med. Journ.*, 1874.) — FRÄNKEL : « Beitr. zur Pathol. und pathol. Anat. d. Gehörorg. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — TH. BAAR : « Case of aural disease terminating in cerebral abscess. » (*Glasgow med. Journ.*, 1878.) — POLITZER : « Zur path. Anat. der consecut. Sinusaffectionen. » (*Arch. f. Ohr.*, VII.) — POOLEY : « A contribution to the Pathology of the organ of hearing. » (*Arch. of Otol.*, 1880.) — MOOS : « Sinusthrombose und Phlebitis. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, VIII.) — ARNEMANN : *Bemerkungen über die Durchbohrung des Proc. mast.*, etc., Göttingen, 1792. — BUCK : *Diseases of the Mastoid. Process, their diagnosis, etc.*, New-York, 1873. — SCHWARTZE et EYSELL : « Ueber die künstl. Eröffnung des Warzenfortsatzes. » (*Arch. f. Ohr.*, VII.) — SCHWARTZE : « Casuistik zur chirurg. Eröffnung des Warzenfortsatzes. » (*Arch. f. Ohr.*, XI, XII, XIII, XIV.) — DE ROSSI : *Contribuzione allo studio della medicina operatoria dell' orecchio, etc.*, Roma, 1878. — KNAPP : « Case of trephining the mastoid. » (*Transact. of the Amer. Ot. Soc.*, 1879.) — HOTZE : « Die frühzeitige Perforation des Warzenforts. etc. » (*Zeit. f. Ohr.*, IX.) — LUCAS : « Caries necrot. des Warzenforts. » (*Arch. f. Ohr.*, XIV.) — TURNBULL : « Beobachtungen über die Perforation des Warzenforts. » (*Med. and surg. Reporter*, Philadelphia, 1878.) — GERS-TER : « Ein operativ geheilter Fall von käsiger Osteitis des Warzenforts. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — MOOS : « Vier Fälle von schweren Erkrankungen des Warzenforts. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — HARTMANN : « Ueber Sclerose des Warzenforts. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — LE MÊME : « Ueber Sequesterbildung im Warzenheile des Kindes. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, VII.) — NEULING : *Ueber Trepanation des Warzenforts*. Kiel, 1877. — BIRCHER : *Beitr. zur oper. Behandl. der Ohreiterungen*, Berne, 1878.

## MALADIES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DU SON

### II

## MALADIES DE L'OREILLE EXTERNE

(PAVILLON ET CONDUIT AUDITIF EXTERNE)

### I. — ANOMALIES DE SÉCRÉTION DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

#### HYPERSÉCRÉTION DES GLANDES CÉRUMINEUSES, FORMATION DE BOUCHONS DE CÉRUMEN

La sécrétion du cérumen, produit des glandes cérumineuses et sébacées, se forme surtout, pour les raisons anatomiques données déjà (pag. 13), dans la partie cartilagineuse et, pour une faible part seulement dans le commencement de la partie osseuse du conduit auditif externe. Dans les circonstances normales, l'exsudat est chassé en partie par les mouvements de la mâchoire, en partie par diverses manipulations. Assez souvent cependant le produit de la sécrétion reste dans le conduit auditif, et il se forme des bouchons qui obstruent le méat et empêchent mécaniquement l'audition.

*Étiologie.* — Les causes de l'accumulation du cérumen dans le conduit auditif externe sont : 1° *Des hyperhémies habituelles ou se reproduisant fréquemment* du revêtement du conduit auditif, accompagnées d'*hypersécrétion* de ses éléments glandulaires. 2° *Un rétrécissement congénital ou acquis du conduit auditif externe*, qui gêne la sortie du cérumen. Il faut y comprendre les *exostoses* de la partie externe du méat et le *rétrécissement en forme de fente* de l'ouverture externe de l'oreille, causé dans l'*âge avancé* par l'atrophie et le resserrement du cartilage du conduit auditif. 3° *La consistance anormale de l'exsudat cérumineux*; la rétention d'un exsudat épais, se feutrifiant avec les petits poils de la peau, favorise le dépôt et l'accumulation des masses sécrétées en dessous. 4° *Le nettoyage intempestif du conduit auditif*, en particulier chez les personnes qui ont l'habitude, chaque fois qu'elles se lavent, de faire couler dans le méat une certaine quantité d'eau pure ou d'eau de savon, puis d'y pousser un morceau de linge roulé en pointe. Par là l'exsudat cérumineux dilué est poussé de la portion cartilagineuse dans la par-

tie osseuse, où il finit par former une masse compacte. En effet, on trouve bien plus souvent des bouchons cérumineux dans l'oreille des personnes qui pratiquent beaucoup le nettoyage de l'oreille, que chez celles qui s'abstiennent de toute manipulation de ce genre. 5° *L'eczéma, l'otite externe circonscrite et diffuse, les suppurations de l'oreille moyenne sont suivis* fréquemment de la formation de bouchons. 6° Un corps étranger dans l'oreille, auquel l'exsudat cérumineux reste adhérent jusqu'à la formation d'un *bouchon obturateur*.

Les accumulations de cérumen se présentent, soit sans autre altération de l'appareil auditif, soit combinées avec des maladies de l'oreille moyenne et du labyrinthe. Chez les individus aux oreilles saines, les bouchons peuvent atteindre d'assez fortes dimensions, sans altérer beaucoup la fonction auditive. Tels sont ces bouchons interstitiels fréquents, qui n'occupent pas complètement la lumière du conduit auditif et ne sont pas en contact avec la membrane tympanique. L'altération mécanique de l'ouïe ne survient, que si le dépôt d'exsudat finit par obstruer complètement la lumière du conduit auditif ou si, par le lavage, les bains, la transpiration, le bouchon se gonfle rapidement, ou enfin s'il est poussé par une secousse contre la membrane tympanique (bouchons obturateurs).

*Symptômes.* — Des symptômes fréquents, mais non constants, de l'accumulation de cérumen dans le conduit auditif sont : une sensation de gêne et de plénitude dans l'oreille, des bruits subjectifs, la résonance de la propre voix, quelquefois du vertige et de la torpeur par suite d'une augmentation de la pression infra-auriculaire, rarement de la dépression psychique (ROOSA et ELY, *Zeitschr. f. Ohr.*, X). Seulement dans le cas de bouchons très durs, il se produit des douleurs piquantes, plus ou moins fortes, dans l'oreille, par suite de la pression exercée sur les parois du conduit auditif et sur la membrane tympanique. En pareils cas, on trouve fréquemment, après avoir enlevé le bouchon, une inflammation circonscrite de la partie osseuse, rarement de la membrane du tympan.

L'altération de l'ouïe est très variable, suivant le degré de l'obturation et du contact intime du bouchon avec la membrane tympanique. Je n'ai jamais observé la surdité totale, même avec des bouchons fermant complètement le méat. Par conséquent, lorsque le langage n'est pas compris, il faut admettre une complication probable avec une affection de l'oreille moyenne ou du labyrinthe. Dans les accumulations primitives, la distance de l'audition varie souvent rapidement, en particulier quand les bouchons se gonflent par instants, et se contractent bientôt après, ou quand le bouchon est subitement déplacé par les mouvements de la mâchoire.

Dans la littérature spéciale, on trouve de nombreuses indications sur l'influence fâcheuse, que des bouchons durs de cérumen peuvent exercer sur les parties voisines. TOYNBEE (l. c.) et v. TRÖLTSCH (*Virch. Arch.*, vol. XVII) ont publié des cas de dilatation du conduit auditif, de perforation des parois du méat et de la membrane tympanique observés à l'autopsie. Quoique la possibilité de pareilles modifications ne puisse être niée complètement, je crois pourtant pouvoir conclure de l'exposé de ces cas, qu'il s'est agi dans la plupart d'entre eux de modifications con-

sécutives à des suppurations de l'oreille moyenne et que, par suite, ces perforations n'avaient pas été amenées directement par le bouchon.

*Diagnostic.* — Dans l'exploration à l'aide du miroir, et non rarement aussi déjà à l'œil nu, on voit le conduit auditif obstrué par une masse jaune clair ou brun-noir, avec un éclat gras ou sans éclat, qui présente au contact de la sonde une consistance pâteuse, mi-fluide, ou la dureté de la pierre. Peuvent être pris par erreur pour des bouchons cérumineux : des masses de pus mêlées d'épiderme et séchées en croûtes brunes à la suite d'otorrhées antérieures, puis des corps étrangers entourés de cérumen et assez souvent des boulettes de coton parvenues dans le fond et colorées en brun après un séjour prolongé.

Les bouchons obturateurs présentent fréquemment, après leur enlèvement, l'empreinte de la face externe de la membrane tympanique avec l'ombilic et un petit creux correspondant à la courte apophyse. La masse est formée principalement d'exsudat cérumineux ou en grande partie de cellules épidermiques cornées (WEBER, CL-J. BLAKE), ou encore de plaques épidermiques stratifiées ou roulées en spirales (BEZOLD) et de petits poils détachés mêlés d'un peu de cérumen et de cholestérine.

*Pronostic.* — On ne doit se prononcer favorablement, sous le rapport du rétablissement de la fonction auditive, que si la dureté de l'ouïe se produit subitement à la suite d'un bain ou pendant les ablutions, parce qu'alors on peut admettre avec vraisemblance que la cause de l'altération de l'ouïe est un bouchon cérumineux, formé spontanément. Quand ce n'est pas le cas, il faut être très réservé dans le diagnostic, en considération de ce fait, que fréquemment l'accumulation de cérumen est combinée avec des processus adhésifs dans l'oreille moyenne ou avec des affections du labyrinthe (cent soixante fois sur deux cents cas, d'après TOYNBEE). La meilleure audition du diapason par l'oreille bouchée ne doit pas être regardée comme un signe de l'obturation, car, ainsi que nous l'avons vu, le même phénomène est observé généralement aussi dans certaines maladies de l'oreille moyenne. Si, au contraire, le diapason est perçu par les os de la tête de l'oreille qui entend le mieux, on peut soupçonner une complication par une affection du labyrinthe.

*Traitement.* — L'enlèvement des bouchons cérumineux se fait le plus sûrement par de fortes injections avec de l'eau tiède. On se sert pour cela d'une grande seringue, de 100 à 150 gr. de capacité, à l'aide de laquelle le bouchon sera d'autant plus rapidement chassé, si on relie le bout de la seringue avec le petit tube de caoutchouc, arrondi en avant, figuré pag. 426, et qu'on pousse celui-ci jusqu'au bouchon.

L'expulsion immédiate par une injection, dès le premier examen, n'est indiquée que si le bouchon présente un éclat gras et se montre mou sous la sonde. Au contraire, si le bouchon est sans éclat, sec et dur, il vaut mieux le ramollir auparavant par une instillation d'eau tiède, de glycérine étendue ou d'huile, ou mieux en versant dans le méat une solution de glycérine et de bicarbonate de soude. (Carbonate de soude 0,5, eau dis-

tillée et glycérine pure à 5,0. S. dix gouttes tièdes en instillations trois fois par jour.) Au bout de vingt-quatre heures, le bouchon est assez ramolli et détaché pour être chassé par quelques injections. Quand on n'a pas réussi à expulser le bouchon par des injections répétées, il est préférable de faire continuer les instillations ramollissantes, parce que l'expérience montre que des injections forcées fréquentes peuvent provoquer une otite externe. Il n'est pas superflu de faire remarquer, qu'en ordonnant les instillations au malade, il faut le prévenir que la surdité augmentera encore par suite du gonflement du bouchon.

Après l'enlèvement des bouchons cérumineux spontanés, la fonction auditive redevient généralement aussitôt normale, et les symptômes subjectifs simultanés disparaissent aussi. Dans quelques cas seulement, par suite de la pression prolongée sur la membrane tympanique, il reste encore pendant quelques jours une légère altération de l'ouïe, mais elle disparaît bientôt après que la membrane du tympan a recouvré sa tension normale. Après l'injection, il est nécessaire, surtout en hiver, de protéger l'oreille contre les refroidissements par l'introduction d'une boulette de coton.

Dans la plupart des cas, après l'enlèvement des masses accumulées, il se reforme des bouchons à plusieurs reprises. L'intervalle de temps qui s'écoule jusqu'à la récurrence varie depuis plusieurs mois jusqu'à plusieurs années. Il y a même des cas où, déjà après cinq ou six semaines, le conduit auditif est bouché par la sécrétion. En pareils cas, il convient d'apprendre au malade à faire l'injection et d'ordonner des instillations et injections à intervalles réguliers.

On observe fréquemment, dans les processus adhésifs à marche lente de l'oreille moyenne, une *diminution* ou la *cessation complète de la sécrétion cérumineuse* (v. TRÖLTSCHE). La cause paraît être dans une affection des nerfs trophiques de l'oreille, accompagnant la maladie de l'oreille moyenne. Également dans les catarrhes récents de l'oreille moyenne, la sécrétion cérumineuse disparaît quelquefois, mais elle se rétablit fréquemment si le traitement a produit une amélioration. Là-dessus est basée l'opinion, que le retour de la sécrétion cérumineuse doit être regardé comme un signe favorable. Mais elle est contredite par le fait, que souvent aussi pendant le traitement des processus adhésifs chroniques de l'oreille moyenne la sécrétion cérumineuse se rétablit, sans qu'il y ait en même temps amélioration de la fonction auditive. Rarement la sécrétion cérumineuse s'arrête complètement pendant longtemps, quand l'oreille externe et l'oreille moyenne sont d'ailleurs normales. Cette anomalie se rencontre généralement chez les personnes âgées à peau sèche et chez les individus qui ont l'habitude de se laver fréquemment le conduit auditif. L'exploration montre la portion cartilagineuse sans dépôt cérumineux, pâle et sans éclat. Des démangeaisons plus ou moins fortes, une sensation de sécheresse et de resserrement dans l'oreille accompagnent fréquemment l'absence de sécrétion cérumineuse.

Le traitement consiste à badigeonner de temps en temps le conduit auditif cartilagineux avec un peu de vaseline ou de pommade au précipité blanc (0,2 : 10).

## II. — ECZÉMA ET AUTRES DERMATOSES DE L'OREILLE EXTERNE

L'eczéma de l'oreille externe se présente soit *isolément*, soit *combiné avec un eczéma d'autres parties du corps*. Il peut avoir une marche *aiguë* ou *chronique*. Parmi les diverses formes d'eczéma, celles qui se rencontrent le plus fréquemment dans l'oreille externe sont l'eczéma humide et l'eczéma squameux.

L'eczéma aigu se localise, soit sur le pavillon, soit dans le conduit auditif externe, ou bien il atteint toute la portion externe de l'oreille. Il commence par une forte rougeur et enflure de la peau, suivie bientôt de la formation de vésicules nombreuses, serrées, à contenu séreux (eczéma vésiculeux). L'éruption a lieu généralement sur la face postérieure du pavillon et sur le lobule, rarement le pavillon est atteint tout entier. Dans le conduit auditif, les vésicules ne sont presque jamais visibles, par suite de leur avortement généralement prématuré.

Après la rupture des vésicules, il se forme sur le pavillon et dans le conduit auditif des surfaces humides, dépouillées d'épiderme, qui se couvrent au bout de quelques jours de croûtes jaune clair (*eczema crustosum*), sous lesquelles persiste l'exsudation d'un liquide séreux et visqueux. Parfois on trouve, après avoir détaché les croûtes, des places circonscrites, excoriées, couvertes de pus (*eczema impetiginosum*).

*Étiologie.* — L'eczéma aigu se développe, soit sans cause apparente, soit à la suite d'influences extérieures, particulièrement après les bains froids, sous l'action de la chaleur, de compresses chaudes ou de l'emploi de médicaments irritants (chloroforme, graisses et huiles rances, pommades mercurielles, sinapismes, etc.). A ces formes artificielles, il faut ajouter l'eczéma circonscrit de la portion supérieure de la crête de l'hélix, qui se présente généralement d'une manière symétrique sur les deux oreilles, chez des personnes qui dorment sur des oreillers de crin dur. Assez souvent aussi des eczémas aigus surviennent dans le cours d'otorrhées aiguës ou chroniques, par suite de l'action de l'exsudat corrosif, surtout chez les enfants et les individus à peau délicate, irritable.

*Symptômes.* — L'eczéma aigu commence par une sensation de chaleur, de brûlure et des démangeaisons suivies, après la rupture des vésicules, de fortes douleurs aux places atteintes. Chez les enfants, plus rarement chez les adultes, la maladie est accompagnée de légers accès de fièvre, d'agitation et d'insomnie.

La fonction auditive est normale, quand l'eczéma est limité au pavillon; si le conduit auditif est atteint, le gonflement de son revêtement, le détachement et l'accumulation d'épiderme, d'exsudat et de croûtes produisent une altération mécanique de l'ouïe, accompagnée de bruits subjectifs.

*Marche.* — La marche de l'eczéma aigu est typique dans la plupart des cas. Dans les cas les plus légers, les vésicules se séchent rapidement dès le deuxième ou troisième jour, puis l'épiderme se détache et la guérison a lieu. Plus souvent, après que les vésicules ont crevé, il se produit un