

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

écoulement abondant d'un exsudat clair, qui diminue au bout de quelques jours pour faire place à des croûtes jaune clair ou jaune-brun, qui recouvrent les parties dénudées. Dans les circonstances normales, avec l'arrêt de l'exsudation, il se forme en-dessous des croûtes une nouvelle couche d'épiderme, qui reprend bientôt l'aspect naturel après la chute des croûtes. Parfois pourtant l'exsudation d'un liquide clair ou purulent, en-dessous des croûtes, persiste encore plusieurs semaines, jusqu'à la formation d'un nouvel épiderme.

Issue. — L'issue de l'eczéma aigu est généralement la guérison, qui se produit fréquemment déjà au bout de quelques jours, mais assez souvent aussi après plusieurs semaines seulement. Parfois l'eczéma guérit en quelques places du pavillon et du conduit auditif, tandis qu'en d'autres surviennent de nouvelles éruptions. Des poussées éruptives répétées, dues à la persistance de l'influence causale, à des maladies générales ou à un eczéma étendu d'autres parties du corps, amènent des modifications profondes du tissu cutané et la transformation de la forme aiguë en forme chronique.

L'eczéma chronique se distingue de l'eczéma aigu par les modifications plus profondes de la peau. Tandis que, dans l'eczéma aigu, l'inflammation se borne de préférence aux couches superficielles de la peau, dans la forme chronique il se produit un accroissement de masse du tissu conjonctif sous-cutané, et par suite un rétrécissement du conduit auditif cartilagineux et un épaississement, agrandissement et raideur du pavillon. La sécrétion et la formation des croûtes se localisent ici de préférence dans les dépressions du pavillon et vers l'attache postérieure, tandis que dans les autres parties il y a une desquamation abondante.

L'eczéma chronique du pavillon et du conduit auditif externe se montre le plus souvent sous la forme d'eczéma croûteux ou squameux. Les deux formes peuvent être combinées l'une avec l'autre. La forme croûteuse se caractérise par la formation de croûtes puissantes, sous lesquelles il y a exsudation d'un liquide séreux ou purulent. Elle offre donc en gros les mêmes apparences que l'eczéma aigu dans la période de formation des croûtes.

La forme squameuse de l'eczéma est caractérisée par une hyperhémie et hypertrophie de la peau, accompagnée d'une desquamation permanente de l'épiderme. La maladie est fréquemment combinée avec l'eczéma de la peau de la tête et ne se localise que rarement sur le pavillon ou dans le conduit auditif. L'eczéma squameux peut provenir de la forme humide chronique, mais plus souvent il se présente comme tel sans exsudation séreuse antérieure de la peau. Dans les cas les plus légers, la desquamation est assez faible pour se limiter à quelques cavités du pavillon ou sur le pourtour de l'orifice externe de l'oreille. Mais, dans les cas plus graves, l'eczéma s'étend non seulement au pavillon et à son pourtour, mais à tout le conduit auditif et à la surface externe de la membrane du tympan. Ici aussi, par suite d'une forte infiltration de la peau, le pavillon est agrandi et le conduit auditif rétréci, et l'on trouve des déchirures de la peau en forme de crevasses, légèrement exsudantes et difficiles à guérir, particulièrement dans les cavités du

pavillon, vers l'attache supérieure et postérieure, en outre à la périphérie supérieure de l'orifice externe de l'oreille.

Parmi les symptômes de l'eczéma chronique, le plus constant est une forte démangeaison, qui amène le malade à se gratter souvent le méat avec des corps durs, ce qui provoque des inflammations douloureuses intercurrentes du conduit auditif externe. Des bruits subjectifs sont amenés, soit par l'obstruction du conduit auditif par les écailles détachées, soit par hyperhémie consécutive dans l'oreille moyenne et dans le labyrinthe. Des altérations de l'ouïe peuvent se développer également, sans obstacles mécaniques dans le conduit auditif, par un gonflement simultané de la muqueuse de la caisse et de la trompe.

La marche et l'issue de l'eczéma chronique varient avec le degré de la maladie de la peau. Les formes les plus légères, n'atteignant que l'oreille, peuvent guérir d'elles-mêmes ou disparaître après un court traitement, tandis que les formes plus graves ne rétrogradent que rarement spontanément et se montrent très rebelles au traitement. Même là où l'on a obtenu une guérison apparente, il y a récurrence plus ou moins tardive ou précoce de l'eczéma. Parfois surviennent en outre dans le conduit auditif externe des inflammations folliculaires douloureuses.

Diagnostic. — Celui-ci résulte de l'apparence objective décrite. D'après AUSPITZ, il n'y aurait une confusion possible qu'avec la séborrhée très rare de l'oreille externe; cependant, dans cette dernière maladie, il n'y a ni rougeur ni infiltration de la peau.

Le pronostic de l'eczéma chronique, au point de vue du retour de l'exsudation ou de la desquamation, n'est favorable que dans les cas les plus légers; au contraire, dans les formes extensives, compliquées d'eczéma de la peau de la tête ou d'autres parties du corps et accompagnées d'hypertrophie de la peau, le pronostic est généralement défavorable.

Traitement. — Dans le traitement de l'eczéma de l'oreille, il faut tenir compte des causes étiologiques et des phases de la maladie de la peau. Quoique l'eczéma aigu guérisse fréquemment spontanément, il est important, précisément dans la période aiguë, d'écarter toute cause d'irritation, pouvant entretenir l'exsudation et mettre obstacle à la formation d'un nouvel épiderme. On doit donc interdire au malade les injections d'oreille, le lavage des places eczémateuses avec de l'eau, et protéger contre l'action de l'air, en les enduisant d'onguent emollient ou de vaseline, les parties de la peau enflammées ou dépouillées par la rupture des vésicules et exsudantes. Pour les places humides du pavillon et en particulier l'eczéma intertrigo, qui se présente fréquemment chez les enfants derrière l'oreille, le mieux est de les couvrir de poudre. Mais ce dernier procédé ne convient pas pour l'eczéma aigu du conduit auditif, à cause de l'obstruction rapide du canal auriculaire. Des compresses froides sur la région de l'oreille, avec addition d'acétate de plomb en dissolution ou d'eau de Goulard, ne sont indiquées que pour les éruptions douloureuses, très étendues, dans la période de formation des vésicules.

Si le malade vient en traitement pendant la phase de formation des croûtes,

il faut d'abord enlever celles-ci, pour rendre possible l'action des médicaments sur la peau malade. Je regarde comme fâcheux l'arrachement violent des croûtes adhérentes ou le frottement avec un morceau de toile sèche, employé par quelques praticiens, parce que j'ai toujours observé, à la suite de ces procédés, la formation de croûtes nouvelles et plus fortes, malgré l'emploi de remèdes actifs dans d'autres cas. Le mieux est de ramollir d'abord les croûtes, en portant sur elles une assez grande quantité d'huile d'olive ou de baume du Pérou ; le jour suivant on peut détacher facilement les masses ramollies avec le pinceau ou les enlever avec la pince.

Ensuite, sans irriter davantage les parties de la peau dépouillées, on enduit le pavillon et toutes ses cavités avec une pommade médicamenteuse portée à l'aide du pinceau. Celles qui conviennent le mieux sont les suivantes : l'onguent *diachylum d'Hebra* (préparé avec de l'huile d'olive), la pommade au carbonate de plomb et l'onguent émollient à parties égales, la pommade de vaseline plombique (emplâtre *diachylum c.*, vaseline pure à parties égales), la pommade à l'acide borique (1 : 15 vaseline), la pommade à l'oxyde de zinc (1 : 30), la pommade de PAGENSTECHE (HEDINGER). En outre, les deux faces du pavillon sont recouvertes d'un morceau de toile fine, enduit de la même pommade. Pour assurer le contact parfait, on appuie le linge dans les cavités du pavillon et on le fixe, en particulier pendant la nuit, en mettant par-dessus une compresse de coton maintenue par un léger tour de tête. Dans le conduit auditif externe, le mieux est d'introduire de petits bourdonnets, correspondant à la grandeur du méat et imprégnés avec la pommade. Ceux-ci, ainsi que le pansement du pavillon, sont changés toutes les vingt-quatre heures; en même temps, la pommade mêlée d'exsudat ne doit pas être lavée, mais enlevée avec précaution à l'aide d'un pinceau.

L'écartement des croûtes, pour permettre aux médicaments d'agir directement sur le chorion malade, ne répond pas toujours au but dans l'eczéma de l'oreille, car j'ai observé souvent, dans l'application de ce procédé, la persistance de l'exsudation et la formation constante de croûtes nouvelles. On n'obtient la guérison, dans ces cas, qu'en laissant les croûtes et les humectant deux fois par jour avec du baume du Pérou, jusqu'à ce qu'elles se détachent spontanément¹.

Après la chute des croûtes, on trouve l'épiderme nouvellement formé tendre, peu résistant et la peau encore longtemps hyperhémique. Il faut donc éviter toute irritation, qui peut détruire l'épithélium et augmenter l'hyperhémie de la peau, par conséquent le lavage fréquent, le frottement de la peau et les injections du conduit auditif, et se borner pendant plusieurs semaines encore à étendre sur la peau, à l'aide d'un pinceau, une couche mince de vaseline, de crème céleste ou d'une pommade faible au précipité (0, 2 : 15).

Le traitement de l'eczéma squameux dépend de l'intensité de la des-

¹ Le badigeonnage avec une solution de pierre infernale (1-3 %), recommandé par WILDE et plus récemment aussi par KNAPP (*Zeitschr. f. Ohr.*, X), vient après le traitement ci-dessus, au point de vue d'une action rapide et sûre dans l'eczéma humide et croûteux.

quamation et du degré d'infiltration de la peau. Pour les degrés les plus légers d'eczéma squameux *du pavillon*, il suffit de faire des badigeonnages répétés avec la teinture de ruscus, l'esprit carbolique (1 : 30), une solution alcoolique d'acide borique (1 : 20), ou de laver souvent avec du savon de goudron ou de potasse (AUSPRITZ), pour obtenir la guérison. Les formes plus graves, avec un fort épaissement de l'épiderme et infiltration de la peau, se montrent au contraire très opiniâtres. Si l'épiderme est très épais et calleux, il faut le ramollir par des frictions fréquentes avec de l'huile d'olive, de l'huile de foie de morue ou du baume du Pérou et l'enlever avec précaution. Aux places plus résistantes, on est obligé de procéder à de grands lavages avec une dissolution alcoolique de savon noir, pour enlever l'épiderme calleux. Lorsqu'on y est arrivé, on peut passer au traitement par le goudron. On frictionne à plusieurs reprises les places rougies avec de l'huile de ruscus à l'aide d'un pinceau rude, et on renouvelle cette manipulation, seulement lorsque l'escharre brune s'est détachée. Si, après plusieurs badigeonnages, la peau est devenue plus lisse, plus souple et plus pâle, on peut passer à l'emploi de la pommade au goudron (huile de hêtre 10,0; glycérine 5,0; onguent émollient 40,0), à des badigeonnages avec l'huile de cade et la glycérine (1 : 35), la pommade carbolique (1 : 40), l'onguent au précipité blanc ou jaune, l'onguent de Wilson (fleurs de benjoin pulv. 5,0; onguent commun 150,0 colat. et ajoutez oxyde de zinc 25,0). Parmi ces médicaments, tantôt l'un, tantôt l'autre se montre plus actif dans chaque cas spécial.

Parmi tous les remèdes employés contre l'eczéma squameux *du conduit auditif externe*, ce sont les cautérisations avec des solutions concentrées de pierre infernale que j'ai trouvées les plus actives. Après avoir enlevé les squames des parois du méat, en les frottant avec une boulette de coton sec, on y porte la solution au moyen d'un pinceau ou d'une boule de coton. L'escharre se détache au bout d'un jour ou deux sous forme de plaques sèches, d'un brun noir, et l'on trouve la peau lisse et pâle. Dans les cas les plus légers, la peau reprend son aspect normal déjà après deux ou trois cautérisations. Dans les formes plus intenses, avec un fort rétrécissement du conduit auditif cartilagineux, il faut un plus grand nombre de cautérisations (8-10) pour amener la désinfiltration de la peau. Des gerçures à l'orifice externe de l'oreille, si elles ne montrent aucune tendance à la guérison, seront cautérisées avec la pierre infernale en substance.

Après le traitement caustique, il est nécessaire, pour empêcher les récurrences, de badigeonner encore pendant longtemps la peau du conduit auditif cartilagineux, deux fois par semaine, avec une légère couche de pommade au précipité blanc, ou avec une pommade faible à l'huile de cade (1 : 40 vaseline). De cette manière, on écarte aussi le plus sûrement les démangeaisons pénibles qui persistent souvent.

Avec la guérison de l'eczéma, les altérations de l'ouïe et les bruits subjectifs disparaissent fréquemment, mais non toujours.

Le traitement interne de l'eczéma de l'oreille est généralement inutile. Je me borne à l'emploi du fer et des préparations à l'iodure de fer chez les

individus anémiques et scrophuleux. Je n'ai pas d'expérience personnelle relative à l'arsenic, recommandé par HEBRA et AUSPITZ contre les eczémas rebelles.

Parmi les affections plus rares de la peau de l'oreille externe, on compte les efflorescences varioliques dans le conduit auditif externe, observées par WENDT, le pemphigus, l'herpès zoster, le lupus et le psoriasis.

Herpes zoster. — Il est caractérisé par le développement douloureux, sur la surface fortement rougie de la peau, de vésicules transparentes, réunies en groupes. Le siège se trouve, soit sur la face postérieure du pavillon, en particulier sur le lobule de l'oreille, soit sur la région située devant le tragus et sur la paroi antéro-supérieure du conduit auditif, suivant que l'herpès est dû à une affection du trijumeau ou du nerf grand auriculaire. La formation de ces vésicules est précédée, comme le montrent les observations de BURNETT, ORNE-GREEN, AUSPITZ et GRUBER, de douleurs violentes, durant plusieurs jours, rarement rémittentes, dans la tête et le pourtour de l'oreille. Après l'éruption, parfois accompagnée aussi de mouvements fébriles, il y a ordinairement diminution des douleurs; cependant, elles peuvent persister jusqu'au dessèchement des vésicules. On n'a pas observé, à ma connaissance, dans l'herpès zoster du pavillon de l'oreille, ces névralgies consécutives qui se présentent habituellement, à la suite du zoster, le long des nerfs intercostaux.

L'issue est la guérison; après la rupture des vésicules, la partie malade se recouvre d'une croûte, qui tombe après la formation d'un nouvel épiderme.

Le traitement consiste à combattre les douleurs violentes par l'emploi à l'intérieur d'un narcotique et, si son action est insuffisante, par l'application d'une injection sous-cutanée de morphine. Après la rupture des vésicules, on amène leur dessèchement, en les couvrant de poudre ou en les badigeonnant avec de la pommade d'acétate de plomb ou de céruse.

Lupus. — Le lupus du pavillon de l'oreille est excessivement rare et généralement combiné avec le lupus de la face et du pourtour de l'oreille. D'après NEUMANN (*Monatschr. f. Ohr.*, 1869), c'est le *lupus maculosus* que l'on rencontre le plus souvent; il se présente sous la forme de petites nodosités brunes, de la grosseur d'une tête d'aiguille à celle d'un pois, couvertes d'écailles, qui donnent rarement lieu à une ulcération superficielle, mais laissent pourtant des cicatrices à la peau en se flétrissant. Par là, ainsi que par la dimension moindre des efflorescences et la formation plus modérée de squames, le lupus se distingue du psoriasis, également rare, qui ne se présente jamais que combiné avec un psoriasis étendu du reste de la peau. Le *lupus erythematosus* est encore plus rare; on ne l'observe jamais isolément, mais seulement avec une affection simultanée de la peau du visage. Il forme des taches d'abord circonscrites, puis confluentes, rougies, couvertes de minces écailles. Des cas de *lupus exulcerans* paraissent n'avoir été observés que rarement jusqu'ici. Un cas de ma pratique concerne un jeune homme du meilleur monde, sain d'ailleurs, chez qui l'affection localisée sur le pavillon de l'oreille existait déjà depuis plusieurs mois. L'ulcération lupéuse se montra sur la portion supérieure du pavillon et s'étendit de là à la surface postérieure. En certaines places de la surface antérieure, la peau était si complètement détruite, que le cartilage sanguinolent se montrait à découvert. Les bords de la peau nettement découpés apparaissaient spongieux, mous et légèrement saignants. Par l'emploi répété de la curette et de cautérisations avec le nitrate d'argent en substance, on obtint la guérison, après un traitement de plusieurs semaines, avec formation d'une cicatrice et une légère difformité du pavillon.

Contre le *lupus maculosus*, NEUMANN a recommandé les badigeonnages avec la glycérine iodée (1 : 2), des applications d'acide carbolique concentré ou des cautérisations avec une solution de pierre infernale à 50 %. Contre le *lupus erythematosus*, on a recommandé des frictions avec du savon mou et des badigeonnages avec une pommade au précipité blanc (10 %). La pommade à l'iodure de mercure, recom-

mandée par CAZENAVE (1 : 5-15), et l'acide pyrogallique (1 : 10 vaseline JARISCH) se montrent plus actifs. Le remède local le plus efficace est, d'après VEIBL, la scarification multiple, suivie de la cautérisation par le chlorure de zinc.

III. — HYPERHÉMIES ET HÉMORRHAGIES DE L'OREILLE EXTERNE

Les *hyperhémies du pavillon* se développent à la suite d'irritations mécaniques, sous l'influence du froid (congélation) ou de la chaleur, ou bien elles sont le résultat d'une congestion de la peau, après le départ d'eczémas ou d'inflammations érysipélateuses. Comme phénomène partiel d'un arrêt du sang dans les vaisseaux de la tête, on l'observe le plus souvent dans la cyanose à la suite d'insuffisance valvulaire. Dans certains cas isolés, elle doit être regardée comme une angionévrose à reporter au grand sympathique. L'hyperhémie, en pareils cas, est généralement unilatérale, plus rarement bilatérale; elle se produit particulièrement le soir avec une forte rougeur, l'échauffement du pavillon et une sensation de brûlure, à laquelle s'ajoutent parfois des bourdonnements d'oreille, de la torpeur cérébrale et un peu de vertige. Cet état, qui passe généralement assez vite et se reproduit à intervalles irréguliers, se présente quelquefois chez des individus sans autre maladie d'oreille, mais plus souvent dans le cours d'otites moyennes adhésives (BURNETT). Contre les hyperhémies chroniques, les compresses froides avec l'eau de Goulard et les frictions du pavillon le soir avec la vaseline sont indiquées; contre la forme angionévrotique, la galvanisation du grand sympathique.

Les *hyperhémies du conduit auditif externe* sont un symptôme accompagnant régulièrement les hyperhémies et inflammations de la caisse du tympan et de l'apophyse mastoïde. Elles se présentent souvent comme résidus d'inflammations antérieures du méat, particulièrement de l'eczéma et des furoncles, et s'observent, en outre, dans les congestions de la tête et les inflammations du pourtour de l'oreille, en particulier de la parotide.

La congestion est surtout prononcée dans la partie osseuse, moins dans la partie cartilagineuse, et elle s'étend généralement au segment supérieur de la membrane tympanique et le long du manche du marteau.

Des hyperhémies de longue durée amènent une hypersécrétion des glandes cérumineuses, ou une sécrétion anormale avec formation d'un exsudat grumeleux, friable.

HÉMORRHAGIES DU PAVILLON

(OTHÉMATOME. — HAEMATOMA AURIS)

L'othématome résulte d'un épanchement subit du sang entre le cartilage et le péri-chondre, qui sépare celui-ci du cartilage sur une grande étendue, avec ou sans solution de continuité. Comme le cartilage de l'oreille est traversé par de nombreux cordons de tissu conjonctif vasculaires (PAREIDT), il est probable qu'un othématome, avec déchirure partielle du cartilage, peut être amené par rupture de ces vaisseaux, particulièrement à la suite de traumatismes. (HAUPT, *Dissert. inaug.*, Würzburg, 1867.)