

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.)

*Étiologie.* — L'othématome se produit le plus souvent à la suite de *traumatismes*, plus rarement *spontanément*. Dans un cas décrit par BRUNNER (*Arch. f. Ohr.*, vol. V), la cause indiquée est le contact prolongé du pavillon avec une vitre froide. Cette circonstance, que souvent, sous un coup violent, le pavillon reste intact, tandis que, souvent aussi, une légère traction exercée sur lui suffit pour amener un épanchement de sang, fait supposer qu'il y a fréquemment certaines modifications du tissu cartilagineux de l'oreille, d'où résulte une prédisposition à la production de l'othématome. Parmi ces modifications, L. MEYER, PAREIDT, HAUPT, LEUBUSCHER, SIMON, VIRCHOW, FURSTNER et J. POLLAK indiquent : la dégénérescence du cartilage de l'oreille, le ramollissement et les fissures, la formation de cavités à contenu homogène, salé, la prolifération vasculaire et la formation de néoplasmes. Il est, du reste, vraisemblable que des brutalités fréquentes amènent dans le cartilage des modifications telles, que finalement un léger traumatisme provoque un épanchement de sang.

Parmi les vingt-sept cas observés par le médecin-major D<sup>r</sup> R. CHIMANI, dans une période de quatorze ans, il y en avait vingt et un d'origine *traumatique* et six *spontanés*. Dans dix-neuf cas de la première catégorie, où la provenance fut établie officiellement, l'othématome se produisit sur le *pavillon gauche*, neuf fois par des soufflets, deux fois par des coups de poing, une fois par traction, une fois par un coup avec un fourreau de baïonnette ; sur l'oreille droite, deux fois par des soufflets, trois fois par des coups et une fois, avec rupture de la membrane tympanique, par chute dans l'eau d'une grande hauteur. Dans les deux cas restants d'othématome du pavillon gauche, la cause attribuée à un soufflet est restée douteuse.

Les six othématomes spontanés siégeaient, quatre fois sur le pavillon gauche et deux fois sur le pavillon droit. Les individus, âgés de vingt et un à vingt-six ans, étaient, cinq complètement sains et un seul affaibli par une cachexie de fièvre intermittente. Vingt et un cas furent guéris ; dans cinq cas, il resta une difformité plus ou moins prononcée du pavillon ; dans un cas, le cartilage de l'oreille fut perdu en grande partie par fonte purulente.

L'othématome se présente chez des individus bien portants, mais très fréquemment chez les aliénés. Souvent le pavillon gauche est atteint, rarement l'othématome est bilatéral (HUN). Tandis que GUDDEN, s'appuyant sur la fréquence du siège de l'affection à gauche, l'attribue uniquement à des traumatismes (mauvais traitements), SIMON (*Berl. kl. Wochenschr.*, 1863) croit, que la cause de l'othématome chez les fous doit toujours être attribuée à des modifications du tissu du pavillon. Enfin ROOSA (l. c.) fait dépendre l'othématome des aliénés de l'affection cérébrale, s'appuyant sur l'expérience de BROWN-SEQUARD, qui a observé la production d'un épanchement sanguin dans le pavillon à la suite de la section du corps restiforme sur des animaux.

*Symptômes.* — L'othématome se présente au début, sur la surface antérieure du pavillon, sous forme d'une tumeur d'un rouge bleu, sphérique ou irrégulière, de consistance pâteuse ou ferme au toucher, rarement bien fluctuante. L'othématome spontané atteint rarement les dimensions de l'othématome traumatique. Tandis que, dans le premier, la tumeur ne s'étend généralement qu'à une petite portion de la face concave du pavillon,

en particulier à la conque et à la fossette scaphoïde, on trouve, dans l'othématome traumatique, une tumeur couvrant presque toute la surface antérieure du pavillon, obturant quelquefois le conduit auditif externe, tumeur qui, comme je l'ai vu dans un cas, peut s'étendre aussi à la face postérieure du pavillon en passant par-dessus le bord de l'hélix.

L'othématome spontané se développe fréquemment sans troubles subjectifs, tandis que l'othématome traumatique est généralement accompagné de fortes douleurs, d'une sensation de chaleur et de tension. Dans l'othématome spontané, il survient aussi plus tard de violentes douleurs, par l'addition d'une inflammation réactive. On observe des bruits subjectifs et des altérations de l'audition, seulement dans les cas d'obstruction du conduit auditif par la tumeur ou de blessure simultanée de la membrane tympanique.

*Marche et issue.* — La marche de l'othématome est variable avec l'étendue de l'épanchement sanguin et le degré de la lésion simultanée du cartilage. Quand ce dernier n'est pas fortement altéré par l'hémorragie, l'issue est beaucoup plus favorable, que quand il y a des déchirures du tissu cartilagineux par l'extravasation sanguine. Par suite, dans une série de cas, il y a guérison par résorption, sans déformation du pavillon, tandis que, dans d'autres cas, il reste une grande difformité du pavillon, par suite d'épaississement cicatriciel, d'atrophie et de resserrement du cartilage et de la peau. Rarement, et cela plus fréquemment dans la forme traumatique que dans la forme spontanée, il survient en outre une inflammation étendue du cartilage de l'oreille et de son revêtement, avec sécrétion d'un exsudat gélatino-sanguinolent, puis purulent, d'où peut résulter une destruction purulente partielle et une perforation multiple du cartilage et de la peau, même la perte d'une partie du pavillon.

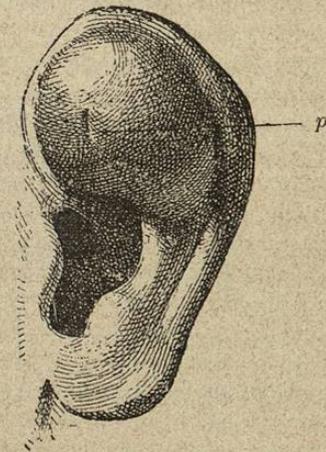


FIG. 213.

Sur un homme de vingt-trois ans avec un othématome spontané du côté gauche, durant depuis six jours et embrassant le segment supérieur du pavillon, on fit la ponction de la tumeur fluctuante à la place la plus saillante (fig. 213 p.), à cause de la grande souffrance éprouvée par le malade, et il s'écoula du sang pur. Les jours suivants, écoulement de sang et de masses gélatineuses de la cavité. Par le sondage, on reconnaît que le cartilage est percé en un point, et que les bords de l'ouverture sont dentelés. Par des injections répétées d'une solution concentrée de nitrate d'argent (2-4 : 10), on observe une décroissance progressive de l'écoulement et une diminution de la cavité. Dans la sixième semaine, récidive avec accroissement de la tumeur, qui exigea une nouvelle incision. Retour au traitement par la pierre infernale, jusqu'à la cicatrisation complète, qui eut lieu à la fin du troisième mois. En dehors d'une petite proéminence à la place de l'incision, il n'y avait pas déformation apparente du pavillon. Que, dans ce cas,

une modification du tissu cartilagineux fut la cause prédisposante de l'othématome, c'est ce qui me parut d'autant plus probable, que je trouvai sur l'oreille droite, à la place correspondante à l'affection de l'oreille gauche, un épaissement opaque du cartilage de 4 à 5<sup>m/m</sup> d'étendue.

L'issue fut moins heureuse dans un cas que j'ai eu l'occasion de voir dans le service du médecin-major D<sup>r</sup> CHIMANI. Au cours d'une cachexie de fièvre intermittente grave, il se développa un othématome atteignant toute la surface antérieure et la plus grande partie de la surface postérieure du pavillon, et ne laissant indemnes que le tragus et le lobule. Le pavillon présentait une tumeur globulaire, ferme, d'un rouge bleu, qui se détachait de la tête à angle droit et s'étendait jusqu'à l'orifice externe de l'oreille. Au milieu de violents symptômes généraux, il y eut fonte purulente et sanieuse de la plus grande partie du pavillon, de sorte que celui-ci fut détruit jusqu'en-dessous de la crête de l'hélix et il ne resta que le tragus, l'antitragus, le lobule et un petit morceau du cartilage de l'hélix. En même temps, par suite du resserrement cicatriciel de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, la lumière de ce dernier fut réduite à une fente. La durée de la maladie jusqu'à la cicatrisation a été de onze semaines.

*Diagnostic.* — Le diagnostic d'un othématome peut être établi avec assurance, quand il est la suite rapide, évidente, d'un traumatisme. Dans la forme spontanée, le *développement rapide* de la tumeur est décisif pour le diagnostic et empêche toute confusion possible avec une perichondrite du pavillon, un angiome ou un néoplasme.

*Pronostic.* — Le pronostic de l'othématome traumatique est plus favorable que celui de l'othématome spontané, au point de vue de la résorption sans déformation du pavillon, si l'on excepte les cas où l'action traumatique produit une blessure profonde du cartilage. La diminution de la tumeur sans réaction est à regarder comme une circonstance favorable, la production de symptômes violents d'inflammation, qui nécessitent l'ouverture de la tumeur, comme une circonstance défavorable pendant la marche de la maladie.

*Traitement.* — Le mieux, pour les petites tumeurs non douloureuses, est de laisser la guérison se faire toute seule, parce que toute intervention, telle que bandage compressif, frictions, etc., est plus propre à ramener l'hémorrhagie qu'à hâter la résorption du sang extravasé. Pour la même raison, il n'y aurait à employer le massage, recommandé par MEYER (*Arch. f. Ohr.*, XVI), qu'avec beaucoup de prudence et non au début, mais seulement dans la troisième ou quatrième semaine. Quand la tumeur est douloureuse, ni le bandage, ni le massage ne sont à leur place. Au contraire, pour les othématomes traumatiques, accompagnés de phénomènes inflammatoires, des applications froides, au moyen de la poche de glace ou de l'appareil de LEITER (pag. 313), sont indiquées et, quand les douleurs diminuent, des compresses avec de l'eau de Goulard. Là où, malgré le traitement antiphlogistique, la douleur n'est pas calmée et la tumeur n'est pas diminuée après quatre ou cinq jours, la ponction, l'évacuation du contenu et un pansement exerçant une pression modérée sont le procédé le plus sûr pour obtenir la guérison. Parfois la cavité se remplit de nouveau de sang ou d'un liquide visqueux, de sorte qu'il est nécessaire de faire des ponctions répétées. Quand la tumeur présente un grand développement, R. CHIMANI recommande de

*fendre la tumeur*, d'évacuer son contenu et de mettre dans l'ouverture du coton carbolique ou salicylique, et plus tard un bandage de compression.

*Les épanchements de sang dans le conduit auditif externe* sont dus le plus fréquemment à des blessures traumatiques de la peau, du cartilage et à des fractures des parois osseuses. Des épanchements sanguins spontanés sont rares et viennent généralement à la suite de cette forme idiopathique d'inflammation, que nous décrivons plus loin sous le nom d'otite externe hémorrhagique.

#### IV. — INFLAMMATIONS DE L'OREILLE EXTERNE

##### A — INFLAMMATIONS DU PAVILLON

##### 1. — DERMATITE DU PAVILLON

*L'inflammation aiguë du pavillon* est une des affections rares de l'oreille. Elle atteint soit la peau, soit le péri-chondre. La dermatite du pavillon est amenée le plus fréquemment par congélation ou brûlure, plus rarement par des piqûres d'insectes et des cautérisations. On l'observe parfois, sous forme d'extension d'une inflammation érysipélateuse, dans l'érysipèle de la face et de la peau de la tête.

L'inflammation s'étend généralement à tout le pavillon; celui-ci se montre fortement rougi, enflé et agrandi, la peau tendue et brillante. Parfois, en particulier après les congélations, il se forme sur la peau des nodosités dures, très rouges, ou de larges vésicules qui crèvent bientôt et laissent couler un liquide séreux. Souvent l'inflammation est limitée au lobule et à la portion inférieure du pavillon, à la suite du percement du lobule et par l'irritation mécanique produite par le port de lourds pendants d'oreille.

*Les symptômes* qui accompagnent l'inflammation sont une forte sensation de brûlure, de tension et de pression dans le pavillon, des piqûres volantes et plus tard de violentes douleurs persistantes, auxquelles s'ajoutent parfois de la fièvre, de la lourdeur de tête et des bourdonnements d'oreille.

*La marche* est la suivante : dans les cas les plus légers, les phénomènes inflammatoires disparaissent au bout de quelques jours et le pavillon reprend son aspect normal. Même en cas de formation de nombreuses vésicules sur le pavillon, j'ai vu après la rupture de celles-ci la guérison survenir en quelques jours, les places dépouillées se recouvrant rapidement d'un épiderme normal. Rarement il s'est formé des croûtes adhérentes, qui ont laissé après leur chute, aux places atteintes, une forte rougeur persistant longtemps encore.

Les inflammations du pavillon dues à la congélation ont une marche plus rebelle. Les formes les plus légères, où les couches superficielles de la peau sont seules atteintes, guérissent assez vite. Dans les degrés plus graves de congélation, il se produit en plusieurs points, particulièrement sur les proéminences du pavillon, des excoriations qui guérissent difficilement et se couvrent plus ou moins vite de croûtes sanguinolentes. Après que ces croûtes se sont détachées, il reste souvent pendant des années une desquamation persis-