

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^{m/m} 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^r 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. 515), 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 périchondre. 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-

tante de la peau du pavillon hypertrophique et fortement rougi. Le degré le plus grave de congélation, comme il doit s'en produire assez souvent dans le Nord avec congélation simultanée du nez, amène la mortification de la peau et du cartilage, avec perte partielle du pavillon et resserrement de son résidu en un appendice informe.

Le *traitement* consiste, pendant la période de réaction, dans l'application locale du froid, qui doit être continuée aussi longtemps qu'elle est bien supportée par le malade. Pour les formes les plus légères, il suffit d'appliquer des compresses froides avec de l'eau de Goulard et de la teinture d'opium (200,0 : 10,0) ; dans les formes plus graves, de petites poches de glace ou un appareil de LEITER de forme convenable sont indiqués. Les parties de la peau dépouillées par la formation de vésicules ou d'excoriations doivent être badigeonnées avec l'onguent à la céruse et l'onguent diachylon, avec une pommade borique ou au zinc, et il faut continuer l'emploi de l'un de ces remèdes, jusqu'à ce que les parties mises à nu se soient recouvertes d'un épiderme résistant.

2. — PÉRICHONDRITE DU PAVILLON

(Perichondritis auriculæ)

La périchondrite du pavillon s'observe très rarement, et l'on ne trouve dans la littérature spéciale que des cas isolés de cette forme de maladie décrits par WILDE (traduction allemande, page 200), R. CHIMANI (*Arch. f. Ohr.*, II), KNAPP (*Zeitschr. f. Ohr.*, X) et O. D. POMEROY (*Transact. of the Am. otol. Soc.*, IX). Elle se développe sans cause connue et atteint la surface antérieure du pavillon, et, — ce qui est caractéristique pour cette forme d'inflammation, — *sans s'étendre au lobule*. Ou bien le conduit auditif reste intact, ou bien l'inflammation se produit d'abord dans le méat et se propage de là au pavillon. Dans un cas observé par KNAPP, l'affection était compliquée d'une otite moyenne perforative.

Dans la période la plus intense de l'inflammation, on trouve sur la surface antérieure du pavillon une tumeur rouge ou rouge-bleu, irrégulière, fluctuante, qui comprend la plus grande partie de la conque et de la rainure de l'hélix et *se trouve nettement arrêtée en bas à la limite du lobule*. Elle présente au premier moment beaucoup de ressemblance avec l'othématome, mais elle s'en distingue par son développement lent, accompagné de symptômes inflammatoires, et par son contenu, qui consiste en un liquide purulent ou analogue au liquide synovial, mais ne contient pas de sang. Cependant, quand la tumeur date de longtemps, il est difficile de la distinguer d'un othématome, parce que, comme nous l'avons vu, dans ce dernier parvenu à une période avancée, la tumeur ne renferme parfois pas de sang, mais un liquide transparent, sirupeux. Le sondage de la tumeur ouverte montre une séparation plus ou moins étendue du périchondre et la dénudation du cartilage rugueux, irrégulier.

Les *issues* de la périchondrite sont : la guérison après la formation préa-

lable d'un abcès et l'évacuation du liquide synovial mêlé de pus, sans altération de la forme du pavillon (CHIMANI), ou un resserrement et une forte déformation du cartilage, comme on l'observe dans les plus mauvaises formes de l'othématome (KNAPP). La marche, dans les cas observés, a été lente et, dans un cas publié par KNAPP, où l'inflammation provenait d'un gonflement furonculaire du conduit auditif, il y eut à plusieurs reprises formation de tumeurs en différents points du pavillon. La durée de l'inflammation a varié de trois à dix semaines.

Le *traitement* de la périchondrite consiste au début dans l'emploi d'antiphlogistiques énergiques et l'incision de la tumeur fluctuante faite de bonne heure. Le traitement antiseptique et la pose d'un bandage compressif, qui viennent ensuite, se font d'une manière analogue à celle que nous avons décrite à propos du traitement de l'othématome.

Comme affections excessivement rares, il y aurait encore à signaler ici la *gangrène* et le *noma* du pavillon, observé par HUTCHINSON (*Med. Times and Gaz.*, 1881). La guérison eut lieu dans ce dernier cas après avoir enlevé les parties atteintes de nécrose et cautérisé avec le nitrate de mercure. En outre, WILDE parle (l. c. pag. 208) d'une maladie fréquente en Irlande dans les basses classes, d'un caractère phagédénique, dont l'issue est généralement funeste, qu'il désigne sous le nom de *pemphigus gangraenosus* et qui se présente derrière et sur l'oreille. JARISCH et CHIARI ont observé un cas d'*ulcère tuberculeux de la peau* sur le pavillon gauche d'un phthisique.

B. — INFLAMMATIONS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Le siège des formes primitives d'inflammation est la peau du conduit auditif, d'où les modifications s'étendent non rarement aux parois cartilagineuses ou osseuses du canal auriculaire. Le siège est, soit la portion cartilagineuse, où les éléments glandulaires de la peau sont atteints de préférence, soit la portion osseuse du méat, d'où l'inflammation plus superficielle s'étend fréquemment aussi à la couche cutanée de la membrane du tympan. Rarement le conduit auditif est enflammé d'une manière uniforme dans toute son étendue.

L'otite externe présente une série de formes caractéristiques, qui se distinguent, en partie par leur localisation, en partie par la nature de l'exsudation et la cause occasionnelle de l'inflammation. Avant de passer à la description de ces diverses formes cliniques d'inflammation, nous devons faire remarquer, qu'ici aussi on rencontre assez souvent des formes combinées et que par suite il n'est pas rare qu'un cas particulier se range difficilement dans un groupe déterminé.

1. — INFLAMMATION FOLLICULAIRE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

(Otitis externa follicularis seu circumscripta.)

L'inflammation folliculaire du conduit auditif externe a son siège de préférence dans la portion cartilagineuse. Le processus a son point de départ