

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

dans un follicule pileux ou dans une glande, mais généralement tout un groupe de follicules et de glandes, situés dans le voisinage les uns des autres, est atteint. L'inflammation a son siège, soit dans les parties profondes de la peau situées près du périchondre, soit dans les couches superficielles.

*Étiologie.* — L'inflammation folliculaire, généralement désignée sous le nom de *furunculose* du conduit auditif, survient fréquemment sans cause connue, chez des personnes fortes, bien portantes; elle est parfois une manifestation partielle d'une furunculose générale de la peau extérieure. On observe aussi la formation intercurrente de furoncles dans le cours de suppurations chroniques de l'oreille moyenne et d'eczémas chroniques du conduit auditif externe. Comme causes étiologiques de la furunculose, on cite en outre: l'irritation mécanique du conduit auditif, en particulier les injections fréquentes, puis le grattage avec des corps durs dans le prurit du méat, les blessures de ce dernier, l'irritation par des corps étrangers, l'instillation de substances irritantes, l'emploi prolongé de solutions d'alun (v. TRÖLTSCHE, HAGEN).

Les résultats des recherches de LÖWENBERG sur ce sujet sont importants pour le développement de la furunculose, ainsi que pour son traitement. Son attention ayant été éveillée par les recherches de PASTEUR, LÖWENBERG trouva dans le pus des furoncles soustrait à l'action de l'air des microorganismes nombreux, qu'il regarde comme la cause originelle de la furunculose. La production du furoncle s'explique par la pénétration dans le conduit auditif des micrococci en suspension dans l'air et dans l'eau, qui se fixent dans les follicules glandulaires, où ils donnent lieu à une irritation inflammatoire. Si le pus du furoncle se répand dans le conduit auditif, les micrococci peuvent se loger dans d'autres follicules et amener la formation de furoncles multiples, ce qui expliquerait la succession rapide des récidives des furoncles du conduit auditif.

La furunculose du conduit auditif se présente surtout au printemps et en automne, et souvent elle est si fréquente, que l'on est poussé à lui attribuer un caractère épidémique. La maladie atteint plus fréquemment les adultes que les enfants; on l'observe non rarement dans l'anémie, les anomalies de menstruation, le diabète mellitus, le passage dans l'âge critique (HAGEN).

*Symptômes.* — Les symptômes varient, suivant que l'inflammation a son siège dans le voisinage du périchondre ou dans les couches superficielles de la peau. L'affection, particulièrement quand son siège est profond, commence par des douleurs déchirantes ou pulsatives, augmentant peu à peu, qui rayonnent dans diverses directions vers la tête et la région du cou, et empêchent le sommeil du malade jusqu'à ce que l'inflammation ait atteint son plus haut degré. Tout contact de l'oreille, mais particulièrement les mouvements de la mâchoire, accroissent la douleur. Des accès de fièvre et la perte de l'appétit ne sont pas rares dans les premiers jours. Une sensation de plénitude, des bruits subjectifs et des altérations de l'ouïe ne surviennent en général que quand les furoncles ferment la lumière du conduit auditif, par exception seulement, quand le conduit auditif n'est pas obstrué, par suite de l'hyperhémie transmise à l'oreille moyenne et interne.

Quand l'inflammation a son siège situé profondément, la tumeur produite par l'exsudation apparaît plate, sans limitation précise et seulement un peu rouge. Au contraire, si le siège est superficiel, on trouve une tumeur généralement très rouge, livide, nettement limitée, qui se développe fréquemment au milieu de douleurs légères, parfois sans aucune douleur. Le siège de l'inflammation est le plus souvent la paroi inférieure et la paroi antérieure du conduit auditif. Souvent des furoncles multiples se produisent simultanément ou se succèdent rapidement et viennent en contact, de façon à fermer la lumière du conduit auditif. Quand il y a formation de furoncles sur la paroi antérieure du méat, la région située devant le tragus apparaît enflée, rouge-bleuâtre; si le siège est la paroi postérieure, il se produit parfois un gonflement si fort sur l'apophyse mastoïde, qu'il peut faire croire à la présence d'une périostite mastoïdienne. L'engorgement simultané des glandes de la région latérale du cou est, en somme, rare.

*Marche.* — L'exsudat sécrété dans le pourtour des follicules se transforme généralement en pus au bout de trois à quatre jours de durée de l'inflammation. Rarement il n'y a formation d'abcès qu'après huit à dix jours. Ordinairement le pus perce à la pointe jaunâtre qui se forme au point le plus saillant de la tumeur, plus rarement dans une partie latérale. Plus le siège de l'exsudation est profond et plus est tardive la rupture de l'abcès dans le conduit auditif. La disparition de l'inflammation sans formation d'abcès est rare.

Après l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès, disparaissent généralement la forte douleur et aussi peu à peu les autres symptômes. Parfois pourtant surviennent de violentes exacerbations, soit par suite de nouvelles poussées en d'autres points, soit par obstruction de l'ouverture de l'abcès et obstacle à l'écoulement du pus.

Après l'évacuation de l'abcès, la tumeur s'efface en peu de temps, fréquemment pourtant il reste pendant plusieurs semaines une légère infiltration et enflure de la place atteinte. Souvent il se développe dans l'ouverture de l'abcès un tissu de granulation spongieux, qui peut être pris pour un polype en forme de champignon, situé sur la paroi du conduit auditif. La marche est toujours retardée par de telles excroissances, et la guérison n'arrive qu'après les avoir enlevées ou cautérisées.

La furunculose du conduit auditif présente une tendance particulière aux récidives. Celles-ci se produisent tantôt à des intervalles de temps plus courts, tantôt à des intervalles plus longs (furunculose habituelle), et causent assez souvent l'amaigrissement et une excitation nerveuse.

*Diagnostic.* — Il ne présente pas de difficultés, quand on tient compte des symptômes subjectifs et objectifs. Dans un examen superficiel, des exostoses du conduit auditif externe recouvertes d'une peau rouge, ou ces abaissements de la paroi du méat qui se produisent dans le cours d'inflammations de l'apophyse mastoïde, peuvent être pris pour des furoncles du conduit auditif externe. La formation de pustules de pus isolées ou multiples, se produisant parfois au milieu de fortes douleurs, dans les parties du

conduit auditif osseux où manquent les éléments glandulaires, n'appartient pas à la catégorie des inflammations folliculaires.

*Traitement.* — Dans la période d'exsudation, le but principal du traitement est de calmer les douleurs et de les faire disparaître aussi vite que possible. Lorsque l'inflammation a son siège situé profondément et qu'elle est très douloureuse, le mieux est de pratiquer l'incision de la tumeur avec ou sans anesthésie locale (LÖWENBERG), qu'il y ait déjà ou non formation de pus. Dans le dernier cas, il sort de l'ouverture un exsudat liquide, sanguinolent et la douleur diminue par suite du relâchement de la peau. Quand le foyer purulent n'est pas atteint par l'incision, le pus ne tarde pas à se frayer une voie dans l'ouverture. L'incision est en outre indiquée dans les cas où le pus a pénétré jusqu'à la surface de la peau et où la tumeur est terminée en pointe, la rupture étant empêchée par la grande résistance de la couche dermique superficielle. Même quand il s'est déjà formé à la surface une ouverture, par où l'écoulement du pus ne peut avoir lieu, soit à cause de sa petitesse, soit par suite de son obstruction par le bourbillon, on est souvent obligé d'agrandir l'ouverture d'éruption. Après l'ouverture spontanée ou opératoire de l'abcès, il convient d'exercer une légère pression sur la surface extérieure du conduit auditif cartilagineux, pour amener à la surface le pus et le bourbillon du furoncle.

Outre l'incision, on peut employer encore différents moyens pour calmer les douleurs, par exemple des frictions narcotiques dans le pourtour de l'oreille (voir pag. 236), l'introduction dans le méat de tampons de coton trempés dans un mélange de laudanum 4,0, eau distillée 42,0, l'application dans le conduit auditif d'un petit morceau de lard taillé en pointe et frotté avec une pommade à la morphine et à l'acide borique (acide borique 1,0, vaseline 20,0, acétate de morphine 0,2) et l'introduction de graines de raisin sec, cuites dans du lait et chaudes (vieux remède populaire). Ces remèdes sont particulièrement indiqués pour les individus qui redoutent l'opération. Les sangsues sont rarement employées; elles ne sont à leur place, que lorsqu'il y a en même temps un fort gonflement devant le tragus ou sur la région mastoïdienne et que, malgré l'incision du furoncle, les douleurs ne diminuent pas. Des cataplasmes chauds calment parfois la douleur, d'autres fois l'augmentent. SCHWARTZE et LÖWENBERG les ont en horreur, le dernier parce qu'à son avis ils favorisent le développement des bactéries du furoncle. Par contre, dans ces derniers temps, j'ai obtenu un soulagement rapide par l'application de l'appareil réfrigérant de LEITER (pag. 515). Il faut éviter les injections dans l'oreille, parce que l'expérience montre qu'elles provoquent de nouvelles éruptions.

L'introduction du traitement antiseptique dans la thérapeutique de la furonculose du conduit auditif constitue un progrès important. Tandis que, par les anciennes méthodes de traitement, la formation multiple des furoncles était beaucoup plus fréquente, sans que l'on fût en état d'empêcher de nouvelles éruptions, avec le traitement antiseptique on observe beaucoup plus rarement de nouvelles éruptions et récidives. Les remèdes les plus actifs sont ici aussi l'acide carbolique sous forme de glycérine carbolique (0,5 :

15, 0) en *badigeonnages* et l'acide borique sous forme de poudre (MORPURGO) ou de solution alcoolique dans le rapport de 1 : 20 (LÖWENBERG) en *instillations*. Les deux remèdes peuvent être employés avant ou après l'ouverture de l'abcès. J'ai vu à diverses reprises le furoncle disparaître à la suite des badigeonnages, sans percer dans le conduit auditif. LÖWENBERG a obtenu le même résultat, dans un cas où aucune incision ne put être faite, par des instillations d'une solution alcoolique d'acide borique. En tous cas cette méthode est préférable à la cautérisation par la pierre infernale, proposée par WILDE, et aux injections très douloureuses, recommandées par WEBER-LIEL, de deux à cinq gouttes d'une solution carbolique à 5 % dans le furoncle.

Après l'incision du furoncle, il faut aussitôt badigeonner l'ouverture avec la glycérine carbolique ou la solution borique, pour agir sur la végétation des micrococci et empêcher l'émigration des bactéries dans les follicules voisins. On continuera les instillations de la solution borique jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée.

*Traitement consécutif.* — Après le départ de l'inflammation folliculaire, la sécrétion cérumineuse cesse complètement, ou bien il y a production d'un exsudat squameux, friable. Cette sécrétion anormale est ordinairement accompagnée de démangeaisons très pénibles, qui amènent le malade à gratter le conduit auditif avec des corps durs de toute espèce. Cette irritation mécanique est fréquemment la cause de récidives de la furonculose du conduit auditif. Il faut donc interdire sévèrement au malade le grattage du méat.

Pour prévenir ces démangeaisons gênantes, il convient de badigeonner tous les deux jours, encore pendant plusieurs semaines après le départ du furoncle, le conduit auditif cartilagineux avec une pommade au précipité (précipité blanc 0,3, onguent émoullient ou vaseline 12,0) ou avec une pommade borique (1 : 20 vaseline). Mais la pommade ne doit être appliquée qu'en petite quantité, parce que le méat serait rapidement bouché par de trop grandes masses. Les badigeonnages à l'alcool, recommandés par WEBER-LIEL, ont donné aussi de bons résultats dans plusieurs cas. Le mouillage fréquent du conduit auditif avec de l'eau, par exemple pendant les ablutions, agit d'une manière fâcheuse, comme dans l'eczéma.

## 2. — INFLAMMATION DIFFUSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

(Otitis externa diffusa)

L'inflammation diffuse du conduit auditif externe, comme maladie idiopathique, est extrêmement rare. Plus fréquemment, elle est amenée par l'instillation ou injection de substances irritantes, par actions mécaniques et traumatiques. Je ne puis pas confirmer l'opinion, que l'otite externe diffuse se présente plus souvent chez les enfants. Je me suis convaincu à plusieurs reprises, que le diagnostic en était établi souvent chez des enfants, où il y avait une otite moyenne purulente aiguë, dont la constatation était rendue difficile par l'impossibilité de faire l'examen à l'aide du miroir.

Quoique, d'après mon expérience, je sois d'accord avec BEZOLD pour affirmer que l'inflammation diffuse idiopathique du conduit auditif se présente beaucoup plus rarement qu'il ne semblerait à la lecture des ouvrages traitant la matière, d'autre part je ne puis admettre avec lui qu'une inflammation idiopathique du conduit auditif avec exsudation purulente n'a pas une place justifiée dans la pathologie de l'oreille. Car, bien que la forme idiopathique aiguë présente généralement un caractère de *desquamation*, j'ai pourtant observé dans quelques cas, à côté de la desquamation inflammatoire, la sécrétion de pus dans le conduit auditif, là où l'on pouvait exclure avec certitude la présence d'une affection de l'oreille moyenne. La description suivante de l'otite externe diffuse diffère, jusqu'à un certain point, de celle donnée dans les autres traités.

*Symptômes.* — Les symptômes de l'otite externe sont particulièrement marqués dans le conduit auditif osseux et sur la surface extérieure de la membrane du tympan. L'inflammation commence par une forte hyperhémie, avec gonflement douloureux de la peau, suivie au bout de quelques jours d'un écoulement séreux ou visqueux. A l'exploration, on trouve le méat rétréci et la face externe de la membrane tympanique couverte d'une couche épidermique blanche, qui, chassée par des injections, montre la forme d'un sac moulé sur le conduit auditif. A la suite de l'enlèvement de ce sac, la peau et la membrane du tympan apparaissent fortement rougies, tuméfiées, les diverses parties du marteau ne sont pas visibles et les limites entre la membrane tympanique et le conduit auditif sont effacées. Parfois le méat est tellement rétréci par un gonflement diffus ou une inflammation folliculaire simultanée de sa portion cartilagineuse, qu'il est impossible de voir les parties profondes.

Les symptômes subjectifs de l'otite externe sont de violentes douleurs rayonnantes, qui augmentent quand on appuie sur le pourtour de l'oreille et par les mouvements de la mâchoire, parfois aussi des bruits subjectifs et de la lourdeur de tête.

La fonction auditive est normale ou légèrement amoindrie. Dans le cas seulement d'une forte tuméfaction de la couche cutanée de la membrane tympanique ou d'une accumulation d'exsudat et de plaques épidermiques devant cette membrane, ou encore de gonflement consécutif dans l'oreille moyenne, il peut y avoir une surdité plus grave.

J'ai observé un ensemble de symptômes différant de celui qui vient d'être décrit, dans quelques cas où l'inflammation, tout en étant accompagnée de *phénomènes de réaction très légers*, donnait lieu cependant à une surdité et à des bourdonnements d'oreille rapidement croissants. A l'exploration, le conduit auditif se trouvait rempli par un bouchon d'épiderme allant jusqu'à la membrane tympanique; après l'avoir enlevé, les bourdonnements et la dureté de l'ouïe disparaissaient. Le revêtement du conduit auditif et la membrane tympanique étaient légèrement enflés, rougis et couverts d'une couche mince de pus. L'examen microscopique du bouchon épidermique montrait une grande quantité de micrococci dans et sur les cellules. En pareils cas, les microbes sont-ils la cause de la maladie ou se développent-ils seulement à la suite de l'exsudation? C'est ce qu'on n'a pas encore pu déterminer jusqu'ici.

*Marche et issue.* — Dans certains cas, le degré le plus élevé de la maladie est déjà franchi le troisième jour, dans d'autres la marche est irrégulière, les symptômes de diminution sont suivis de nouvelles exacerbations avec accroissement de l'exsudation et détachement de plaques épidermiques. Une diminution des phénomènes inflammatoires ne peut donc être considérée comme un signe de rétrogradation du processus, que si la sécrétion s'arrête et si le conduit auditif devient sec.

L'issue de cette forme d'inflammation est généralement la guérison, avec retour complet de la fonction auditive; pourtant les bruits subjectifs et la dureté de l'ouïe peuvent durer encore longtemps après la disparition de l'inflammation du conduit auditif. Comme suites rares de la forme aiguë, j'ai vu se produire une ulcération circonscrite de la membrane tympanique avec perforation de dehors en dedans, puis une ulcération circonscrite de la paroi inférieure du conduit auditif osseux, avec dépouillement de l'os et formation de granulations dans le pourtour de la place mise à nu. J'ai vu une fois, après avoir enlevé sur la paroi postéro-supérieure du méat une granulation formée après quatre semaines de durée de l'inflammation, se produire un ulcère, qui s'étendait au segment postérieur de la membrane tympanique et qui ne guérit qu'après avoir été touché à plusieurs reprises avec de l'alun cru en poudre.

Le passage à la *forme chronique* est rare. Elle évolue généralement sans douleur, souvent avec de fortes démangeaisons, parfois avec des bruits subjectifs et de la dureté de l'ouïe. La sécrétion est rarement assez forte pour que l'exsudat s'écoule à l'orifice du méat; c'est le plus souvent un exsudat épais, fétide, visqueux, qui renferme, à côté de cellules de pus et de cellules épidermiques, un grand nombre de micrococci. Après avoir nettoyé le conduit auditif, on trouve sa portion osseuse tuméfiée et non rarement une ou plusieurs granulations, de la grosseur d'un grain de chénevis, sur la paroi postéro-supérieure, parfois aussi sur la membrane tympanique opaque. Quelquefois, pendant l'inflammation chronique, il se développe dans la partie osseuse du méat un polype fibreux, remplissant le conduit auditif et qui laisse voir, après son enlèvement, la membrane du tympan intacte. Généralement la sécrétion s'arrête complètement déjà un jour ou deux après l'extraction de ces polypes du conduit auditif, et en même temps la fonction auditive redevient complètement normale.

Comme suites de l'inflammation, l'hyperostose avec rétrécissement du méat, l'ulcération et extension de la suppuration à la parotide, la carie avec pénétration vers l'apophyse mastoïde, la cavité crânienne et l'articulation de la mâchoire, sont rarement observées dans les inflammations idiopathiques du conduit auditif, mais de préférence dans les inflammations traumatiques, syphilitiques et dans les inflammations secondaires qui se produisent dans le cours de suppurations chroniques de l'oreille moyenne.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de l'otite externe primitive ne peut être établi avec sûreté, que si l'examen des parois du conduit auditif et de la membrane tympanique n'est gêné d'aucun côté et si une suppuration de l'oreille moyenne peut être exclue avec certitude. Le diagnostic est plus difficile dans

le cas d'un fort rétrécissement du méat et d'une inflammation folliculaire simultanée, car celle-ci aussi est assez souvent accompagnée d'un gonflement diffus des parois du conduit auditif. Pour compléter le diagnostic, il faut examiner au microscope les plaques épidermiques détachées, pour s'assurer que l'inflammation du conduit auditif n'est pas due à un développement de champignons (hyphomycètes). (Voir plus loin l'otite externe parasitaire.)

*Pronostic.* — Le pronostic de l'otite externe idiopathique est favorable, car non seulement les cas aigus se terminent généralement sans laisser de suites, mais même dans les cas chroniques, où se sont développés des granulations ou de gros polypes, la guérison a lieu après leur enlèvement. Le pronostic est moins favorable dans les inflammations traumatiques et celles dues à la corrosion des parois du conduit auditif, où l'inflammation peut être transmise à la cavité crânienne ou au sinus latéral par ulcération carieuse des parois osseuses (TOYNBEE).

*Traitement.* — Dans les inflammations aiguës, aussi longtemps que persistent les symptômes violents de réaction, il convient d'appliquer le traitement palliatif, que nous avons décrit à propos de l'otite moyenne aiguë (voir pag. 233). Dans la forme idiopathique, le traitement antiphlogistique est généralement superflu; dans les inflammations traumatiques, au contraire, les applications froides, spécialement l'appareil de LEITER, sont indiquées d'une façon pressante. Quand commence la sécrétion et le détachement de plaques épidermiques, il faut aussitôt procéder au traitement local. On employait autrefois des instillations de solutions de zinc et de plomb et des cautérisations avec une solution concentrée de pierre infernale, mais ici aussi, dans ces derniers temps, le traitement antiseptique s'est de plus en plus acclimaté. Dans les cas aigus, on réussit presque toujours à arrêter la sécrétion en insufflant à plusieurs reprises de la poudre borique. On peut aussi l'essayer, comme premier remède, dans les cas chroniques, où il n'y a pas une forte tuméfaction et formation de granulations dans le conduit auditif. Si, au bout de quelques jours, on n'observe pas une action favorable, il convient de faire des instillations d'esprit borique (1 : 20) ou d'une solution de glycérine borique (GRASWELL BABER). Dans les cas rebelles, cette méthode ne donne un résultat qu'après plusieurs cautérisations préalables avec une solution concentrée de pierre infernale (0,8 : 10,0) <sup>1</sup>.

### 3. — OTITE EXTERNE HÉMORRHAGIQUE

Cette forme est caractérisée par un épanchement hémorrhagique dans la portion osseuse du conduit auditif externe, venant à la suite de symptômes de réaction plus ou moins fortement prononcés (BING). Elle se présente généralement sur des individus jeunes, sans cause connue, avec des douleurs modérées, des bourdonnements d'oreille et une légère dureté de l'ouïe. L'exploration montre sur la paroi inférieure, plus rarement sur la paroi

<sup>1</sup> Pour les inflammations du conduit auditif compliquées par la formation de granulations et de polypes, nous renvoyons au chapitre « Polypes de l'oreille ».

postérieure du conduit auditif osseux, une ou plusieurs tumeurs allongées, d'un bleu sombre, qui s'étendent fréquemment, d'une part sur le conduit auditif cartilagineux, d'autre part sur le segment inférieur et postérieur de la membrane du tympan; elles réduisent la lumière du méat et rendent difficile l'examen de la membrane tympanique. Il s'agit, en pareils cas, d'une inflammation superficielle de la peau, dans laquelle l'exsudat hémorrhagique soulève l'épiderme sur une grande étendue. Sous la sonde, on trouve la tumeur bleue très molle et flexible, et une légère pression suffit pour amener une déchirure, par où s'écoule un liquide sanguinolent. SCHWARTZE a vu, au début de violentes otites moyennes, la formation de vésicules hémorrhagiques dans le conduit auditif osseux.

Le point le plus élevé de cette forme d'inflammation est généralement franchi le troisième jour. Les vésicules hémorrhagiques peuvent persister encore plusieurs jours après la disparition des symptômes de réaction, jusqu'à ce que leur contenu se répande au dehors par rupture spontanée ou soit résorbé. Fréquemment, après la disparition des vésicules, il y a de nouvelles poussées en d'autres points du conduit auditif.

L'issue de l'otite externe hémorrhagique est toujours la guérison. Au bout de huit à quatorze jours, l'épiderme soulevé du conduit auditif et de la membrane tympanique se détache par larges plaques, les parties malades sont recouvertes d'une couche d'épiderme sèche, délicate, et la fonction auditive redevient normale.

Le traitement consiste dans l'ouverture des vésicules à l'aide de la sonde et l'enlèvement subséquent de leur contenu par l'introduction dans le méat de coton de BRUNS. Puis le conduit auditif est rempli d'acide borique finement pulvérisé, que l'on emploie jusqu'à ce que la poudre reste complètement sèche au bout de vingt-quatre heures. En général, il suffit de trois ou quatre insufflations d'acide borique, pour arrêter l'exsudation dans le méat et sur la surface externe de la membrane du tympan.

### 4. — INFLAMMATION CROUPEUSE ET DIPHTHÉRITIQUE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

(Otite externe croupieuse et diphthéritique)

L'otite externe croupieuse est une des formes rares de maladie du conduit auditif externe. On trouve une indication à ce sujet dans WILDE (l. c., pag. 231 et 232), qui a trouvé parfois le conduit auditif et la membrane tympanique recouverts d'une couche de lymphes, pareille à celle qui revêt la trachée dans le croup. GOTTSTEIN a vu dans un cas, en même temps qu'un dépôt croupieux sur les tonsilles, une membrane croupieuse adhérente à la paroi postérieure du conduit auditif osseux; après l'enlèvement de cette membrane, la place excoriée saignait légèrement. Mais l'attention n'a été attirée sur cette forme de maladie que par les communications de BEZOLD (*Virch. Arch.*, vol. LXX), qui a été à même d'observer onze cas d'otite externe croupieuse dans un espace de trois ans. La sécrétion d'exsudat fibreux coagulé est confinée, d'après BEZOLD, dans le conduit auditif osseux