

bords proéminents, taillés à pic. La syphilis simultanée du nez et du pharynx et l'infiltration des glandes cervicales indiquaient la nature syphilitique de l'affection. Dans un cas, publié par RAVOGLI (l. c.), de syphilide tuberculeuse de la région latérale du cou, il se développa également dans le conduit auditif et sur la membrane tympanique plusieurs tubercules syphilitiques, qui s'ulcérèrent et formèrent des ulcères isolés à base déprimée et bords surplombants.

Dans un cas que j'ai observé, il y eut formation d'un ulcère caractéristique sur la paroi inférieure du conduit auditif, dans le cours d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne. L'ulcère occupait avec sa base couenneuse les parois inférieures et latérales de la portion cartilagineuse et était nettement limité à l'ouverture externe de l'oreille par son bord infiltré, taillé à pic. L'existence simultanée de la syphilis du pharynx ne laissait aucun doute sur la nature syphilitique de l'affection. Dans un deuxième cas, à côté d'un ulcère occupant toute la longueur de la paroi cartilagineuse du conduit auditif, il y en avait encore un deuxième, rond, à bords saillants, dans la conque.

On sait que l'angine syphilitique s'étend non rarement à l'oreille moyenne. Il se produit, soit un catarrhe avec obstruction de la trompe d'Eustache et accumulation de sérum ou de mucus dans l'oreille moyenne, ou bien l'ulcération atteint le cartilage tubaire, avec destruction d'une partie de la trompe et rétrécissement ou soudure consécutive de son canal. En outre, les inflammations syphilitiques simples ou ulcéreuses de l'espace naso-pharyngien peuvent conduire à des otites moyennes purulentes avec perforation de la membrane tympanique, mais l'exploration à l'aide du miroir ne montre que rarement un aspect différent de celui des formes ordinaires. Non rarement, dans les affections de l'oreille moyenne dues à la syphilis, la perception de l'acoumètre et du diapason par les os de la tête est diminuée ou supprimée (complication par une maladie syphilitique du labyrinthe), circonstance qui, en présence d'autres symptômes de la syphilis, fournit une base sérieuse au diagnostic d'une maladie spécifique de l'oreille.

Le traitement des condylomes du conduit auditif consiste, à côté du traitement général par lequel il faut toujours commencer, à cautériser à diverses reprises (trois à six) les granulations avec la pierre infernale ou une solution concentrée d'acide chromique et, après l'affaissement des excroissances mamelonnées, à faire des badigeonnages avec une solution de sublimé (0,1 : 30,0) ou la teinture d'iode. KNAPP recommande de saupoudrer les condylomes avec du calomel et plus tard de badigeonner avec une solution à 1 % de nitrate d'argent. Quand il y a ulcération du conduit auditif, il convient de faire au début des badigeonnages répétés avec de la teinture d'iode sur les places ulcérées, puis, lorsque l'ulcère a perdu l'aspect couenneux, de l'enduire avec un liniment camphré. Dans un cas, la cicatrisation ne fut amenée que par le port prolongé dans le conduit auditif, d'un bourdonnet fait avec un emplâtre mercuriel.

Un exemple de guérison rapide de condylomes du conduit auditif est le suivant :

Chez une femme d'âge moyen, deux mois après l'infection primaire, il se produisit dans l'oreille gauche une sensation de gêne et bientôt après un écoulement d'oreille. Six semaines plus tard survinrent des douleurs, qui l'amènèrent à avoir recours aux soins d'un médecin. Aspect : condylomes verruqueux, d'un gris sale à l'entrée de l'oreille, forte sécrétion, légère dureté d'oreille, syphilis cutanée depuis deux mois, psoriasis palmaire, pustules et croûtes sur le dos du nez, angine syphilitique. — Traitement : à côté d'un traitement général simultané, cautérisation à trois reprises avec le nitrate d'argent, puis pendant quatre jours application d'une solution de sublimé (0,1 : 30,0). Le jour suivant le conduit auditif est sec, les places malades lisses mais encore rouges, l'ouïe normale.

6. — INFLAMMATION PARASITAIRE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE
(Otomycosis [Virchow]. — Myringomycosis aspergillina [WREDEN]).

Bien que des cas isolés de formation de champignons dans l'oreille aient été observés déjà par MAYER¹, PACINI² et CARL CRAMER³, cependant c'est seulement une courte communication de SCHWARTZE (A. f. O., II) et particulièrement un travail développé de WREDEN (Monographie, 1868) qui ont appelé l'attention des otologues sur la forme particulière d'inflammation du conduit auditif due à un développement de champignons. Dans ces dernières années, la pathologie de l'otomycosis s'est enrichie des contributions importantes de BURNETT, BLAKE, J. PATTERSON CASSELS, HASSENSTEIN, HAGEN, BEZOLD, STEUDENER, LÖWENBERG et autres.

Les champignons qui se présentent le plus fréquemment dans l'oreille appartiennent, d'après WREDEN, au genre *aspergillus nigricans* et *flavescens*, d'après BEZOLD, au genre *aspergillus fumigatus*. On rencontre rarement le *trichothecium roseum* Lk.,



FIG 214. — *Aspergillus nigricans*. — M, réseau mycéliel recouvert de nombreuses spores détachées. — H, hyphe. — S, sporange avec spores mûres. — H', hyphe; — R, receptacle; — St, sterigmates couverts de spores.

observé par STEUDENER, le champignon décrit par HAGEN avec des conidies vert d'herbe (*Otomycos Hageni*), *Otomycos purpureus* de WREDEN, *Ascophora elegans* de V. TRÖLTSCHE.

¹ Arch. f. Anatom. de Müller, 1844.

² Florence, 1851.

³ Vierteljahrschr. d. naturf. Ges. in Zürich, 1839 et 1860.

L'examen des masses de champignons enlevées de l'oreille montre : un *lacis mycéliat*, à enchevêtrement multiple, traversant l'épiderme détaché, d'où s'élèvent perpendiculairement des tubes cylindriques, à fortes parois, assez souvent cloisonnés (hyphes ou stipes, fig. 214 H, H'), qui portent la tête du champignon (sporange ou thèque S). Celle-ci est formée d'un renflement central en forme de vésicule (receptacle R), de cellules allongées, disposées radialement sur le réceptacle (sterigmates St) et de spores ou conidies rondes, placées sur leurs extrémités libres.

La couleur des diverses formes de champignons dépend en partie de la coloration des conidies. Celles-ci sont brun-noir dans l'*asp. nigric.*, jaunâtres ou verdâtres dans l'*asp. flavesc.* et l'*asp. glaucus*, gris-noir dans l'*asp. fumigatus*. D'après BURNETT (*Am. Journ. of Otol.*, 1879), les têtes de fructification sont plus petites et plus étroites dans l'*asp. glaucus* que dans l'*asp. nigric.*; les sporanges les plus petites sont celles de l'*asp. fumigatus*, qui, d'après BEZOLD, provoque plus rarement que les autres genres des phénomènes inflammatoires dans l'oreille.

Étiologie. — Les spores de champignons amenées par l'air dans le conduit auditif externe peuvent, dans des circonstances favorables, germer et se multiplier rapidement. Le plus fréquemment, d'après BEZOLD, on observe le développement de champignons à la suite d'instillations de substances huileuses, qui, comme toutes les graisses (LÖWENBERG), offrent un terrain favorable à la croissance des végétations mycéliales. Que l'otomycosis puisse provenir de l'instillation de substances médicamenteuses contenant des champignons (LÖWENBERG), l'expérience ne l'a pas prouvé jusqu'ici. Mais je puis confirmer, par plusieurs observations personnelles, l'indication de BEZOLD, que les champignons de l'oreille se développent chez des personnes qui habitent des localités humides, où se produisent des moisissures. Un des cas que j'ai observés concerne un jeune homme employé dans une fabrique de levure. Fréquemment on ne découvre pas une cause occasionnelle de l'otomycosis.

L'otomycosis accompagnée de phénomènes de réaction se présente généralement chez des personnes adultes d'âge moyen, presque jamais chez les enfants, rarement chez les vieillards ; elle se rencontre plus fréquemment dans les classes pauvres du peuple que dans les classes riches. Le développement fréquent de champignons sur des individus atteints de catarrhes chroniques de l'oreille moyenne provient certainement des instillations répétées dans le conduit auditif de toutes sortes de substances grasses, se décomposant facilement. Dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, il n'est pas rare non plus de voir se former des champignons sur des croûtes humides, particulièrement en employant le chlorure de fer, mais sans provoquer des phénomènes inflammatoires. BURNETT a vu des couches de champignons s'étendre jusque dans la cavité tympanique. Jusqu'ici on n'a pas observé d'excroissances de champignons dans les suppurations profuses de l'oreille moyenne.

Symptômes. — Les végétations peuvent exister dans le conduit auditif et même s'étendre à une grande partie du méat et de la membrane tympanique sans aucun symptôme, aussi longtemps que les champignons n'ont leur siège que dans l'épiderme. Mais si les végétations pénètrent dans le réseau de Malpighi et viennent en contact avec le tissu vivant, il se développe cette forme particulière d'inflammation que l'on appelle l'otite externe parasitaire.

L'opinion, que les mycélium peuvent pénétrer dans les couches profondes du chorio, est confirmée par une préparation qui se trouve dans ma collection, montrant une perforation de la membrane tympanique où le reste périphérique se trouve traversé de mycélium. Il résulte aussi d'une observation que j'ai faite, que la pénétration de végétations d'*aspergillus* dans le tissu vivant peut provoquer de violents phénomènes inflammatoires. Sur un homme atteint d'un catarrhe chronique de l'oreille moyenne, j'ai trouvé à l'examen le conduit auditif osseux parsemé de petites boules, jaune de soufre, portées par des pédicules courts, qui furent reconnues être des champignons *aspergillus* à pédicule (*asp. flav.*). Il y avait absence complète de phénomènes inflammatoires. Dans l'exhibition qui fut faite le même jour à la Société médicale, l'un des assistants en maniant maladroitement le spéculum fit une petite écorchure dans le méat, et le jour suivant déjà il se développa, au milieu de symptômes violents de réaction, une otite externe étendue, avec formation et détachement de lambeaux d'épiderme garnis de nombreux champignons. Dans un autre cas, où il y avait une couche d'*aspergillus* allant jusqu'au voisinage de l'orifice externe de l'oreille, sans aucun symptôme, je fis, à titre d'expérience, une incision dans la peau, en un point de la paroi cartilagineuse inférieure couvert de végétations serrées. Il se développa au bout de quelques jours, seulement à la place de l'incision, une infiltration peu douloureuse de la peau, formant une saillie assez forte, qui ne disparut qu'au bout de quatorze jours. D'après WREDEN, les essais d'inoculation, qu'il a faits dans des conduits auditifs sains, sont restés sans résultat.

Les symptômes subjectifs de l'otite externe parasitaire consistent en une forte démangeaison et des piqûres volantes, qui augmentent et se transforment en douleurs violentes, rayonnant vers la tête et le cou. A cela s'ajoutent, dans la plupart des cas, des bourdonnements et de la dureté d'oreille.

En examinant le conduit auditif, on trouve, dans le cas d'*asperg. nigric.*, particulièrement la partie osseuse et la membrane tympanique couvertes d'une membrane ponctuée de noir ou complètement noire, comme saupoudrée de poudre fine de charbon. A l'aide d'injections, on la fait sortir sous forme de lambeaux étendus, d'une grande épaisseur, sur la surface desquels on voit, souvent déjà à l'œil nu, ou avec la loupe, les petits points noirs caractéristiques (sporanges). D'après LÖWENBERG, l'épiderme pénétré par les mycéliums peut former de petits kystes, sur la surface interne desquels siègent les végétations. Dans le cas d'*asp. flavesc.*, la surface des lambeaux d'épiderme envahis par les mycélium, se montre couverte d'une couche de poussière jaune, semblable à la poudre de lycopode.

Après avoir éloigné ces membranes du conduit auditif, on trouve le revêtement de la partie osseuse et la membrane tympanique fortement rougis, enflés et dépouillés en grande partie de la couche épidermique. Par places seulement, on voit des îlots gris, irréguliers, isolés, sur lesquels, après les avoir enlevés avec la sonde, on reconnaît des cellules épidermiques traversées par des spores de champignons.

Marche et issue. — La marche de l'otite externe parasitaire dépend de l'extension des végétations et de l'intervention plus ou moins rapide du traitement. Lorsque le processus reste abandonné à lui-même ou que sa nature n'est pas reconnue par le médecin, l'inflammation peut persister pendant plusieurs semaines avec de légères variations et, comme je l'ai

observé dans plusieurs cas, conduire à la perforation de la membrane du tympan de dehors en dedans. Parfois les phénomènes inflammatoires disparaissent complètement, malgré la persistance des végétations de champignons dans l'oreille, pour reparaitre à plusieurs reprises avec une véhémence nouvelle, à des intervalles de plusieurs semaines ou mois. Dans l'exploration de cas de ce genre, on trouve fréquemment le conduit auditif rempli de membranes mycéliales emboîtées les unes dans les autres.

Immédiatement après l'expulsion des membranes, dans la période inflammatoire, il y a une forte diminution des douleurs et des bruits subjectifs et la guérison se produit rapidement par un traitement approprié. Mais si, après avoir chassé les membranes, on ne fait usage d'aucun remède antiparasitaire, on trouve fréquemment, dès le jour suivant, en même temps que des symptômes persistants de réaction, le conduit auditif couvert de nouveau de membranes épaisses, analogues à celles enlevées le jour précédent. Les poussées successives peuvent se renouveler ainsi rapidement, jusqu'à l'épuisement spontané de la formation des champignons ou jusqu'à ce que le traitement intervienne pour amener la guérison.

Diagnostic. — Le diagnostic des végétations parasitaires dans le conduit auditif ne rencontre pas de difficultés, si, en présence de symptômes accusés de l'otite externe, l'examen à l'aide du miroir fait reconnaître dans le conduit auditif l'apparence objective caractéristique, que nous avons décrite. Quelquefois pourtant les injections font sortir de l'oreille des plaques épidermiques brun-noir, qui peuvent être prises pour des membranes mycéliales, mais sur lesquelles la couche brune est reconnue être de la poussière, de la poudre de charbon ou des portions de plantes pulvérisées. Dans les cas douteux, l'examen microscopique est donc indispensable pour établir le diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic de l'otite externe parasitaire est complètement favorable, car, par l'emploi de remèdes antiparasitaires, la guérison a lieu rapidement et, même après la perforation de la membrane tympanique, l'ouverture perforative se cicatrise en peu de temps. (Voir BEZOLD : *Ueber Otomycosis*, 1880). Le pronostic n'est pas aussi favorable quant à la possibilité d'une récurrence de l'inflammation, en particulier chez des personnes qui vivent dans des lieux humides, chargés de moisissures, où par conséquent il y a une circonstance occasionnelle pour le renouvellement de la maladie. J'ai vu pourtant aussi des récurrences fréquentes chez des personnes placées dans les circonstances les plus favorables, où il n'y avait pas de cause visible du retour de la maladie.

Traitement. — Parmi les nombreux remèdes recommandés pour combattre les végétations, c'est l'alcool rectifié, proposé par HASENSTEIN et KÜCHENMEISTER, qui m'a donné les meilleurs résultats. Le mode d'emploi est le suivant : Après avoir enlevé en grande partie les membranes mycéliales par des injections, le conduit auditif est rempli, à l'aide d'une cuillère préalablement chauffée, d'alcool rectifié qu'on laisse dans l'oreille au moins un quart d'heure. Au début, on emploie le remède deux fois par jour. Généralement l'alcool est bien supporté. Quand il provoque une forte sensation de

brûlure, il convient de l'étendre au commencement avec de l'eau distillée et d'employer un mélange progressivement plus concentré.

Le résultat du traitement est généralement si rapide, qu'au bout de deux jours on ne voit déjà plus trace de végétations dans le méat. Le revêtement du conduit auditif externe et la membrane tympanique se montrent recouverts d'un épiderme sec, délicat; la douleur, les bourdonnements et la surdité disparaissent et, après trois à quatre jours de traitement, la guérison est généralement complète.

Pour prévenir plus sûrement les récurrences, je crois bon d'ordonner au malade de continuer les instillations d'alcool à plus grands intervalles, à peu près une fois toutes les quatre semaines, pendant toute une année.

En dehors de l'alcool, on a recommandé encore un certain nombre de remèdes pour détruire les végétations de champignons. Parmi les plus actifs, nous pouvons citer l'acide borique en poudre ou en solution alcoolique (1 : 20) ou encore mélangé par parties égales avec l'oxyde de zinc (THEOBALD), en outre l'hypermanganate de potasse en solution à 1 ou 2 % (v. TRÖLTSCH, SCHWARTZE, HAGEN), l'acide carbolique exempt de créosote (3, 0 : 100, 0 huile ou glycérine, LUCAE), une solution alcoolique de tannin (50 %, WREDEN), l'esprit salicylique (2 %, BEZOLD), l'hypochlorite de chaux (0,07 — 0,15 : 35,0 eau distillée, WREDEN), l'hyposulfite de soude (0,2 : 30,0, BLAKE, BURNETT) et la solution arsenicale de Fowler.

Il y aurait encore à signaler ici, comme *mycosis* rare, la *pityriasis alba*, décrite par LADREIT DE LACHARRIÈRE (*Annal. des malad. de l'or.* etc., 1875). Elle se présente en combinaison avec la *pityriasis caput.*, à l'âge de quarante à cinquante ans. Après l'enlèvement des petites écailles, qui montrent sous le microscope les spores caractéristiques des champignons, on trouve la peau du conduit auditif épaissie et rouge. Cette *mycosis* ne doit pas être confondue avec la *seborrhée* du conduit auditif, dans laquelle il y a également formation de petites écailles graisseuses. Le traitement de la *pityriasis alba* consiste à arracher les poils généralement raides et à badigeonner le revêtement du méat avec un solution de sublimé à 1 %.

V. — RÉTRÉCISSEMENTS ET ADHÉRENCES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Des rétrécissements du conduit auditif externe se produisent par infiltration et gonflement du revêtement du méat, par contraction cicatricielle ou par hyperostose et néoplasies osseuses des parois du conduit. Les rétrécissements causés par gonflement et hypertrophie de la peau se développent le plus fréquemment dans le cours des inflammations secondaires accompagnant des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, en outre dans l'eczéma chronique et les formes primitives de l'otite externe. Des strictures cicatricielles se produisent dans les inflammations secondaires chroniques du conduit auditif, pendant les suppurations prolongées de l'oreille moyenne, à la suite d'ulcérations diphthéritiques et syphilitiques, à la suite de lésions traumatiques et corrosives (par des acides concentrés, le galvano-cautère, le crayon de pierre infernale) du revêtement du conduit auditif. Un rétrécissement en forme de fente de l'entrée de l'oreille, dû au resserrement et affaissement de la paroi cartilagineuse du méat (v. TRÖLTSCH) se présente assez fréquemment chez les vieillards.

Les rétrécissements sont temporaires ou permanents. Parmi les premiers,

se trouvent les gonflements de la couche cutanée, par infiltration inflammatoire, qui disparaissent fréquemment, soit spontanément, soit par un traitement approprié, non seulement dans les formes aiguës, mais aussi dans les formes chroniques. Parfois pourtant, quand l'infiltration de la peau persiste longtemps, particulièrement dans le cours de suppurations chroniques de l'oreille moyenne, il y a production de néoplasies connectives, avec épaissement et condensation persistants du tissu cutané, accompagnée d'un fort rétrécissement de la lumière du conduit auditif.

Les strictures provenant d'ulcérations et de corrosions se comportent différemment. Quelquefois l'on trouve des strictures circonscrites, en forme d'anneau, qui, comme dans un cas observé par MORPURGO, sont tendues à la façon du diaphragme d'un instrument d'optique et entourent une ouverture de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille. L'aspect présenté peut facilement faire croire à la présence d'une perforation de la membrane tympanique, si l'on ne fait pas attention à la faible distance qui sépare la membrane pathologique de l'ouverture externe de l'oreille. Dans d'autres cas, par suite d'épaississement et resserrement calleux étendu du tissu conjonctif sous-cutané, il se forme des strictures permanentes, qui ont généralement leur siège dans la partie médiane et cartilagineuse. Le rétrécissement peut être circonscrit et il atteint alors généralement le milieu du méat, ou bien il est allongé et s'étend ordinairement du voisinage de l'orifice externe de l'oreille jusque dans le conduit auditif osseux.

Les *strictures osseuses* sont dues, soit à une excroissance osseuse périostale, plus ou moins uniforme, des parois du conduit auditif, ou bien l'hyperostose provient surtout de la paroi postéro-supérieure du méat osseux, qui descend, comme un plan incliné, de dehors en dedans, vers la paroi inférieure et réduit la lumière du conduit auditif à une fente ne permettant pas de voir la membrane du tympan. Ces strictures, généralement accompagnées de surdité grave, se produisent fréquemment à la suite de la carie du temporal, particulièrement après l'exfoliation de grands séquestres osseux de l'apophyse mastoïde à travers une ouverture de la paroi du conduit auditif. Le rétrécissement du méat en forme de fente par bombement anormal de sa paroi antéro-inférieure doit être attribué à une anomalie de développement.

Les strictures du conduit auditif sont rondes ou en forme de fissure, rarement en forme de sablier. Quand la suppuration a cessé, la place rétrécie reste généralement sans changement; mais, pendant la sécrétion, sa grandeur varie par dépôt d'exsudat et par accroissement et diminution du gonflement de la peau.

Les rétrécissements du conduit auditif externe ne causent par eux-mêmes qu'une altération de l'ouïe à peine appréciable, même quand ils sont fortement prononcés. Si pourtant, dans la plupart des cas, l'audition est plus ou moins gravement altérée, cela tient aux processus adhésifs ou modifications destructives qui se produisent généralement en même temps dans l'oreille moyenne, ou à l'accumulation d'exsudat épaissi derrière la stricture. Quand il y a en même temps une suppuration de l'oreille moyenne, les

strictures peuvent amener une issue funeste par rétention du pus et affection consécutive du cerveau ou des sinus (ORNE GREEN, ROOSA).

Dans l'exploration des strictures du méat, un *sondage minutieux* des places rétrécies est indispensable. Non seulement il permet de distinguer les strictures membraneuses des strictures osseuses, mais il fournit aussi non rarement des indications sur la longueur de la stricture. Si celle-ci est courte, la pointe de la sonde montrera une bien plus grande mobilité derrière la place rétrécie que si la stricture se prolonge sur une grande longueur.

Le *traitement* des strictures du méat dépend des causes anatomiques du rétrécissement et de l'état simultané des parties de l'oreille externe et moyenne situées derrière la stricture. Dans les rétrécissements dus au gonflement ou à l'hypertrophie de la peau, — quand ceux-ci ne peuvent être écartés par le traitement indiqué à propos des inflammations du conduit auditif, — il convient de dilater peu à peu les places rétrécies par l'introduction de boulettes de coton coniques, résistantes, imprégnées d'acétate de plomb. Si cela n'est pas suffisant, on introduit des tentes d'éponge comprimée, de grosseur progressive, qu'on laisse en place jusqu'à ce que leur gonflement produise une légère douleur. Cette méthode, comme GOTTSTEIN en a fait justement la remarque, est préférable à la dilatation au moyen de cônes de *laminaria*, dont le gonflement trop rapide amène fréquemment une réaction violente et un rétrécissement consécutif plus fort. Des essais de dilatation forcée peuvent même avoir pour résultat une soudure des parois du méat, si la surface épidermique est enlevée par la pression du dilateur et si les parties dépouillées viennent en contact. Une dilatation rapide est indiquée, seulement quand il s'agit d'éloigner le plus tôt possible l'exsudat stagnant des parties profondes du conduit auditif et de la cavité tympanique, pour empêcher son action délétère. Comme, en pareils cas, après la sortie de l'éponge comprimée, le rétrécissement se reforme rapidement, il est nécessaire, pour maintenir libre l'écoulement de l'exsudat, d'introduire immédiatement après la dilatation un petit tube de caoutchouc de grosseur correspondante. Le port de petits tubes de caoutchouc courts, résistants ou de canules d'argent se recommande aussi pour les rétrécissements en forme de fente de l'orifice externe de l'oreille, dus à l'affaissement des parois.

Des rétrécissements de longue durée, causés par l'hypertrophie du revêtement du méat, résistent généralement d'une manière très opiniâtre aux procédés de dilatation qui viennent d'être indiqués; même après l'emploi fréquent de l'éponge comprimée, le rétrécissement revient à son degré antérieur, parfois même à un degré plus élevé, par suite d'une inflammation par irritation mécanique. En pareils cas, des scarifications répétées du conduit auditif cartilagineux, dans le sens de la longueur, suivies de l'introduction de tentes d'éponge comprimée, se montrent très efficaces. Dans les strictures cicatricielles, on n'obtient que rarement une dilatation notable par une intervention chirurgicale. De longues strictures osseuses sont inguérissables et l'intervention du bistouri, proposée par quelques médecins, est aussi inutile que dangereuse. Quelquefois pourtant, on pourrait obtenir une légère dilatation par des essais d'élargissement progressifs, non forcés, continués pen-

dant des mois d'une manière conséquente, au moyen de l'éponge comprimée. Des tentatives trop énergiques peuvent produire l'effet contraire. Quand il y a des symptômes probables de rétention de pus, l'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde est indiquée (SCHWARTZE).

Des rétrécissements du conduit auditif sont causés fréquemment par les formations osseuses connues sous le nom d'EXOSTOSES, sur la genèse desquelles les opinions des observateurs diffèrent beaucoup.

HRDINGER regarde les exostoses, d'une manière générale, comme le résultat d'une inflammation hypertrophique du revêtement du conduit auditif, avec ossification du tissu conjonctif de formation nouvelle. J. P. CASSELS (*Transact. of the internat. med. Congr.*, London, 1881) admet deux sortes de néoplasies osseuses: l'hyperostose et l'exostose, qui diffèrent sous le rapport de l'origine, de la grandeur, forme et structure. Les hyperostoses sont des hyperplasies; elles ne se présentent que dans la partie interne du conduit auditif osseux et jamais avant sa complète ossification; elles ont la consistance de l'ivoire, ne sont ni pédiculées ni mobiles; leur forme est conique et elles n'ont aucune connexité avec d'autres affections de l'oreille. Le siège des exostoses proprement dites est la limite entre le conduit auditif osseux et le conduit auditif cartilagineux. Elles ont toujours un pédicule, un léger degré de mobilité et sont de forme très variable. Il n'y a jamais plusieurs exostoses en même temps, contrairement à ce qui a lieu pour les hyperostoses, pourtant les deux formes de néoplasie osseuse peuvent se présenter combinées. Les exostoses, d'après CASSELS, sont souvent la suite de granulations polypeuses, qui s'ossifient peu à peu à partir de la base.

D'après v. TRÖLTSCH, il n'y a pas de délimitation précise entre les exostoses et les hyperostoses, pourtant il emploie de préférence la dernière désignation pour les excroissances osseuses diffuses, affectant toute la longueur du méat, et le nom d'exostoses pour les néoplasies osseuses circonscrites, en forme de tumeurs.

D'après SCHWARTZE, VIRCHOW et NÉLATON, la nature spongieuse ou compacte des exostoses doit être attribuée à la période plus ou moins avancée de développement de la néoplasie osseuse.

Les causes occasionnelles des exostoses ne peuvent, dans la plupart des cas, être déterminées d'une manière précise, parce que l'on n'a que rarement l'occasion d'en observer cliniquement le développement. Cependant, dans un certain nombre de cas, l'affection peut être ramenée aux causes suivantes: 1° *Hyperplasies partielles pendant la période de développement et d'ossification du conduit auditif osseux.* A cette forme devraient être rattachées, à mon avis, ces formations osseuses bilatérales, non accompagnées de symptômes de réaction, qui siègent en des places symétriques des méats et affectent dans les deux la même forme. Leur siège est la portion moyenne et interne du conduit auditif osseux. Elles sont plates ou pédiculées, mais n'atteignent jamais un développement tel, que le méat en soit complètement bouché. 2° *Inflammations périostales chroniques*, circonscrites, du conduit auditif osseux. 3° *Inflammations diffuses* du conduit auditif externe, primitives ou se développant dans le cours de suppurations chroniques de l'oreille moyenne. 4° *Disposition héréditaire* (SCHWARTZE). 5° *Syphilis* (ROOSA) et *goutte* (TOYNEE), causes d'exostoses beaucoup plus rares qu'on ne l'admettait autrefois. Un rapport avec les maladies générales indiquées n'est vraisem-

blable, que s'il se produit en même temps en d'autres parties du corps des tumeurs osseuses pouvant être attribuées à la maladie générale.

MOOS (*Arch. f. Aug. und Ohr.* II) décrit trois cas de formation bilatérale symétrique d'exostoses sur la paroi supérieure du conduit auditif, sur laquelle, à droite et à gauche de la membrane de SHRAPNELL, se trouvaient deux tubercules blancs, plus gros qu'un grain de chénevis, dont il attribue le développement à une irritation produite par la soudure de l'anneau tympanal avec l'écaïlle du temporal.

L'aspect présenté est reproduit dans la figure ci-jointe (fig. 213). Mais il n'est pas certain qu'il s'agisse ici d'une formation osseuse, plutôt que d'une tumeur résistante de tissu conjonctif. Frappé du nombre de ces observations singulières et concordantes, j'ai passé en revue plus de mille crânes et temporaux, sans jamais rencontrer une formation semblable dans le conduit auditif, et des apparences de ce genre sur des temporaux macérés n'ont été décrites nulle part. Il serait donc possible que ces tumeurs fussent détruites par la macération ou, si elles possèdent réellement une structure osseuse, qu'elles ne fussent pas réunies directement à la paroi du conduit auditif, mais par l'intermédiaire d'un tissu fibreux.

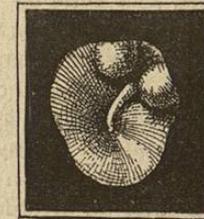


Fig. 213

La présence fréquente d'exostoses du conduit auditif chez les aborigènes d'Amérique a été constatée à diverses reprises. SELIGMANN, sur six crânes de Titicacas, a trouvé cinq fois cette anomalie; VELCKER a vu des excroissances osseuses dans le conduit auditif des tribus de l'Amérique du Nord et C.-J. BLAKE a trouvé également, en examinant de nombreux crânes de « Mound Builders » dans le Tennessee, des exostoses du conduit auditif sur 25 %. TURNER, sur un crâne péruvien déformé artificiellement, a vu les deux méats fermés par des excroissances osseuses dures, semblables à de l'ivoire, et des exostoses semblables dans les deux oreilles d'un indien Chenook à tête plate. — Si ces anomalies sont dues à certaines particularités de race ou à l'irritation mécanique des conduits auditifs par le port de lourds pendants d'oreilles, c'est ce qui jusqu'ici n'a pas été éclairci.

Les exostoses du conduit auditif apparaissent sous forme de tumeurs blanches ou jaunâtres, généralement lisses, rarement irrégulières, de diverses grosseurs, qui siègent sur la paroi du méat, soit avec une base large dont les limites ne sont pas nettement marquées, soit avec une base nettement circonscrite, étranglée. Elles peuvent se rencontrer en n'importe quel point du conduit auditif. Une place fréquente des exostoses est l'endroit où se réunissent les portions osseuse et cartilagineuse du méat et sa paroi postérieure (DELSTANCHE, GARDINER-BROWN), particulièrement sa portion externe, couverte par le conduit auditif cartilagineux. Les exostoses qui se développent à cette place sont souvent visibles à l'œil nu immédiatement derrière l'orifice externe de l'oreille, elles atteignent généralement des dimensions telles, qu'elles ne laissent plus de libre qu'une fente étroite dans la lumière du conduit auditif. Par suite de la pression de l'excroissance sur la paroi cartilagineuse, celle-ci s'atrophie jusqu'à disparaître tout à fait, ou bien l'exostose se soude si complètement avec le cartilage, que, — comme dans un cas publié récemment, — la tumeur enlevée peut être confondue avec un enchondrome ossifié.