

paississement du tympan, donnent lieu, il est vrai, à la production du même phénomène, mais il est alors moins accusé. Le diagnostic définitif ne s'établira toutefois que par l'examen de l'oreille. Chez certains sujets, le conduit est tellement large ou le bouchon si gros, qu'on aperçoit ce dernier même à la lumière directe, pour peu que l'on ouvre l'oreille. Mais il n'en est pas toujours ainsi : le bouchon est parfois petit, profond, et, si avec cela le conduit auditif est sinueux et étroit, on ne voit, à l'éclairage direct, qu'une oreille normale, autre source d'erreur dans le diagnostic de cette affection.

Introduisez donc un spéculum et projetez dans son intérieur, avec un miroir, la lumière d'une lampe. Au lieu de la membrane du tympan, vous apercevrez un corps généralement brillant, de couleur sombre, rappelant souvent celle du bitume, quelquefois celle de la confiture de prune ou d'abricot. Si le conduit est très contourné, attendez-vous à une certaine difficulté pour voir le corps étranger, ce qui peut encore induire en erreur un praticien non suffisamment exercé.

Quelques malades n'éprouvent du fait de la présence du bouchon de cérumen que de la surdité, surdité complète, en ce sens qu'ils n'entendent pas la montre, si rapprochée qu'elle soit de l'oreille, mais ils doivent toujours l'entendre au contact. S'ils n'entendent pas la montre au contact, c'est qu'il existe en même temps une autre lésion du côté du tympan, de la caisse ou même des centres nerveux, et le pronostic s'en trouve notablement aggravé. Ne promettez pas d'avance le retour complet de l'ouïe dans ces conditions. Il ne faut pas toutefois attacher sous ce rapport une grande importance à la date de la surdité. J'ai vu des malades complètement sourds depuis dix ans et plus recouvrer l'intégrité de l'audition (1) : il y a cependant un intérêt évident à les débarrasser le plus tôt possible.

Une partie de ces ondes impressionne le nerf auditif, mais une autre partie s'écoule par le conduit auditif externe et par la trompe d'Eustache. Donc tout ce qui fait obstacle à cet écoulement au dehors augmente la propagation au dedans, et le bruit est tellement fort qu'il masque celui perçu par l'oreille saine. Faites sur vous-même l'expérience suivante : appliquez le diapason sur votre front, les ondes sonores se répartiront uniformément des deux côtés du crâne, si vos oreilles sont saines ; bouchiez l'une d'elles avec le doigt, vous n'entendrez plus que de celle-là.

(1) Un ouvrier sourd depuis dix ans vint me trouver à l'hôpital Lariboisière. Il avait un bouchon de cérumen dans chacune des oreilles. Débarrassé aussitôt, il recouvra l'ouïe, mais, au lieu d'être joyeuse, sa physionomie exprima d'abord un profond chagrin. « En voyant, dit-il, combien il était facile de me guérir, je regrette amère-

D'autres malades ne sont pas atteints seulement de surdité : quelques-uns accusent non de la vraie douleur, mais une sensation de plénitude très pénible dans l'oreille, un retentissement très désagréable de leur propre voix. Suivant que le bouchon déprime plus ou moins le tympan, il survient des bourdonnements variables en intensité, quelquefois violents, insupportables. La compression indirecte sur le liquide du labyrinthe peut être telle que les malades sont en proie à des étourdissements, à du vertige comme dans la maladie de Ménière. C'est encore là une source d'erreur de diagnostic très préjudiciable. Un jeune homme se trouvant dans ces conditions, au point qu'il lui était arrivé de tomber sur la voie publique, était traité pour un vertige stomacal par un de nos confrères les plus distingués.

La méthode, l'unique méthode de traitement de l'obstruction par bouchon cérumineux, est l'injection dans l'oreille. Les injections sont si généralement conseillées par les médecins et même si souvent pratiquées d'autorité par les malades lorsqu'il s'agit d'une affection quelconque de l'oreille, qu'on peut se demander pourquoi tant de malades conservent leur infirmité. C'est que les injections sont mal faites. Il faut savoir d'ailleurs que l'injection, cette panacée conseillée à tort et à travers, doit être employée avec discernement, car il existe des maladies de l'oreille où elle est fort nuisible ; dans l'obstruction de la trompe d'Eustache, par exemple, l'injection augmente les accidents en allant justement à l'encontre du but à atteindre. Revenons aux bouchons de cérumen. Le médecin se contente en général de dire au malade : « Faites des injections dans l'oreille, » et la prescription est exécutée tant bien que mal, avec la petite seringue en verre habituelle ou tout au plus avec un irrigateur et par des personnes incompetentes. Or sachez que, pour débarrasser votre malade, l'injection doit être faite avec une très grande puissance, et qu'un adulte doit y déployer toute sa force. On se sert même parfois d'appareils spéciaux jouissant d'une pression considérable. Voici comment il faut la pratiquer, et la pratiquer vous-même.

L'oreille du malade étant exposée à la lumière, faites porter par un aide le tragus en avant, le pavillon en haut et en arrière. Ser-

ment d'avoir depuis dix ans dépensé tout le fruit de mon travail en visites de médecin et en drogues de toute espèce. » Je rapporte ce fait non comme un exemple rare, mais seulement pour engager mes confrères à s'occuper des maladies de l'oreille, en leur montrant les services qu'ils peuvent rendre.

vez-vous d'une seringue à hydrocèle, à moins que vous n'en ayez une plus forte, dont le jet soit fin; remplissez-la d'eau tiède. Approchez-en l'extrémité à quelques centimètres de l'oreille et, prenant un point d'appui sur votre poitrine, poussez de toutes vos forces dans l'axe du conduit sans vous préoccuper de suivre une paroi plutôt que l'autre.

Quelquefois le malade éprouve un peu d'étourdissement, une tendance à la syncope, mais c'est tout. Il est bien rare qu'une seule injection réussisse à débarrasser le conduit, et il convient d'en faire quatre ou cinq de suite. Si, au bout de ce temps, vous n'obtenez aucun résultat, remettez l'extraction à quelques jours, et pendant ce temps ordonnez au malade de prendre matin et soir un bain d'oreilles pendant dix minutes avec de l'eau de savon tiède, de façon à ramollir le cérumen, et il est très probable que vous obtiendrez un résultat complet aux premières injections.

Inspectez alors le tympan que vous verrez nettement, et en général fortement injecté. Faites porter ensuite dans le conduit pendant vingt-quatre heures une boulette de coton pour éviter le contact direct de l'air extérieur sur une membrane depuis longtemps à l'abri, et aussi pour diminuer l'intensité du bruit, car il y a quelquefois de l'hyperacousie momentanée: une malade sourde depuis plus de quinze ans à ne pas entendre un seul bruit dans Paris fut, tout de suite après sa délivrance, péniblement impressionnée par le chant d'un oiseau.

d. *Obstruction du conduit auditif par les bouchons épidermiques.* — Au lieu d'un corps brunâtre, il se peut faire que vous découvriez au fond du conduit auditif un corps blanchâtre. Il est composé d'une masse de cellules épidermiques, intimement accolé aux parois du conduit et à la membrane du tympan, et joue un rôle identique à celui des bouchons de cérumen. Cette sécrétion anormale est ordinairement liée à une irritation chronique du conduit et de la membrane du tympan. On y a parfois trouvé un parasite du genre *aspergillus* (Wreden).

L'extraction est en général très difficile et ne peut être effectuée à l'aide des injections. Il convient de rapprocher de ces faits ceux dans lesquels existe un amas de cérumen dans un conduit auditif eczémateux. L'adhérence est telle que l'injection est impuissante et doit être remplacée par l'usage de pinces à griffes.

C'est ici le moment de dire en quoi consiste l'eczéma de l'oreille.

Eczéma du conduit auditif. — Cette affection est loin d'être rare et se rencontre souvent en même temps que l'eczéma du pavillon. Très facile à reconnaître, elle est caractérisée par un épaissement de la peau du conduit, la production de croûtes à sa surface et la desquamation de la couche épidermique. Ces lésions sont parfois très légères, mais elles peuvent être assez prononcées pour oblitérer complètement le conduit et déterminer la surdité de ce côté. Dans ce cas les parois se touchent, la peau est rouge et forme des bourrelets à l'entrée de l'oreille; il existe un suintement plus ou moins abondant. L'eczéma peut être profond, occuper la région de la membrane du tympan et donner naissance à une variété de myringite.

Les malades n'accusent pas de douleur proprement dite, mais une démangeaison constante qui les porte à se gratter et atteint parfois un degré insupportable, surtout chez les femmes nerveuses. Il existe des troubles de l'audition quand le tympan est en même temps affecté.

Voici le traitement que j'emploie d'habitude et qui réussit en général rapidement :

Laver l'oreille, quand le liquide y peut pénétrer, avec de l'eau de goudron (une cuillerée à soupe de goudron Guyot dans un irrigateur); après ce lavage toucher les parois du conduit avec un pinceau enduit d'une pommade au précipité rouge; administrer à l'intérieur la liqueur de Fowler. Si les parois du conduit sont au contact, il est toujours possible de faire pénétrer entre elles jusqu'au tympan une petite tente d'ouate enduite de pommade. Arrivée sur la membrane, la tente, enroulée autour d'une pince de façon que son extrémité soit mobile, se replie sans causer d'accident. Ce pansement, avec quelques variantes dans le choix du médicament, m'a toujours paru efficace, à condition d'être bien fait.

Il ne faudrait pas confondre avec l'eczéma les *plaques muqueuses* que l'on observe, très rarement, il est vrai, à l'entrée du conduit auditif. Il suffit d'ailleurs d'y songer pour éviter l'erreur. Ces plaques présentent les mêmes caractères que dans les autres régions, si ce n'est qu'elles m'ont paru plus douloureuses.

Inflammation du conduit auditif externe.

On observe dans le conduit auditif deux ordres d'affections inflammatoires distinctes : les unes sont partielles et n'ont de spécial que la région qu'elles occupent : ce sont les furoncles, les abcès sous-cutanés développés dans les glandes cérumineuses ; les autres sont totales, c'est-à-dire étendues à toute la longueur du conduit ou du moins à l'une de ses parois : ce sont les otites proprement dites.

Furoncles et abcès sous-cutanés du conduit auditif externe. — Ils sont en général situés à l'entrée du conduit, dans le point où existent une couche de tissu conjonctif et des glandes. Les furoncles forment dans le canal une petite saillie acuminée et suivent la même marche que dans les autres régions. Ils n'occasionnent qu'une douleur plus vive en raison de la densité de la peau et de son exquise sensibilité. Ils ont pour siège anatomique les nombreuses glandes sébacées annexées aux poils qui protègent l'entrée de l'oreille. Les abcès des glandes cérumineuses font moins relief dans la cavité auriculaire, car ils sont situés un peu plus profondément.

Si l'on se rappelle que la partie postéro-supérieure du conduit est dépourvue de cartilage et que les glandes y sont accumulées en très grand nombre, on comprendra que cette variété d'abcès se développe de préférence en ce point, et que le pus vienne très souvent se faire jour, non dans la cavité du conduit, mais en arrière au niveau du sinus auriculo-mastoidien.

On les reconnaît par l'examen direct de l'oreille, dans laquelle existe une saillie plus ou moins grande de la peau, en un point très limité. Au début, la couleur du tégument n'est pas sensiblement altérée, et la douleur déterminée en pressant avec un stylet sur le point soupçonné malade sera un des principaux éléments de diagnostic. La mastication, le bâillement, seront très pénibles, si l'affection occupe la paroi antérieure du conduit.

Cette maladie occasionne parfois des douleurs très violentes qui pourraient faire craindre une véritable otite, mais la marche ne tardera pas à vous éclairer, et le doute n'aurait d'ailleurs aucun inconvénient pour le malade.

Une application de quelques sangsues en avant du tragus ou sur la région mastoïdienne, suivant le siège de l'inflammation, serait

alors indiquée. Ordonnez en même temps des bains locaux permanents d'oreille, avec de l'eau de pavot tiède que vous introduirez dans le conduit. Mais le véritable traitement est le débridement de la peau avec un bistouri. Si le malade souffre beaucoup, s'il passe des nuits agitées, sans sommeil, si vous êtes bien fixé sur la partie atteinte, n'attendez pas la suppuration pour inciser : le soulagement est parfois immédiat. Attendez, au contraire, si les douleurs ne sont pas vives.

Cette maladie est sujette à répétition, sans qu'il soit facile d'en déterminer la raison : cependant, comme le froid paraît être une des principales causes déterminantes, conseillez l'usage habituel du coton dans les oreilles.

Otites externes. — Il existe deux formes ou plutôt deux espèces d'otite externe, différentes entre elles par le siège de l'inflammation, par la marche de la maladie, par les conséquences qu'elles entraînent et le traitement qu'elles réclament. L'une a pour point de départ primitif une inflammation de la peau qui tapisse le conduit, l'autre le périoste et l'os ; la première peut être désignée sous le nom d'otite externe cutanée (certains auteurs l'ont appelée catarrhale (mauvaise expression, puisqu'il s'agit de la peau), la seconde sous le nom d'otite externe sous-périostique. La première peut sans doute, à la longue, atteindre le squelette aussi bien que la seconde, et l'on pourrait croire qu'alors elles se confondent, mais il n'en est rien : même à cette période ultime elles présentent encore des caractères différentiels. J'indiquerai successivement les signes cliniques de chacune de ces espèces, ainsi que le traitement qu'il convient de leur appliquer.

1° *Otite externe cutanée.* — L'otite externe cutanée, qui est la plus commune, revêt deux formes distinctes qui tiennent à la manière dont elle se développe : tantôt elle se montre brusquement avec un cortège imposant de symptômes locaux et généraux : c'est la forme aiguë ; tantôt elle apparaît en n'apportant que peu de troubles dans la santé générale du sujet, et la suppuration s'établit sans que ce dernier ait éprouvé de douleurs bien appréciables : c'est la forme chronique d'emblée. Si l'otite aiguë, faute de guérison, est passée à l'état chronique, les deux formes se confondent en une seule que l'on désigne en général sous le nom d'*otorrhée*.

Il me paraît inutile de décrire longuement les signes que pré-

sente l'otite externe cutanée aiguë : peau du conduit gonflée, rouge, comme œdématisée, effaçant plus ou moins la lumière du canal; douleurs violentes, s'irradiant dans toute la tête; vive agitation, cris continuels, parfois du délire.

Le diagnostic d'otite s'impose. Il n'y a qu'une question à résoudre, mais elle est capitale dans l'espèce : *S'agit-il d'une otite externe ou d'une otite moyenne?* Je souligne ces mots parce que de la réponse à cette question découle une intervention qui peut sauver l'oreille et même la vie du malade. S'il s'agit en effet d'une otite moyenne aiguë, il faudra sans retard pratiquer la paracentèse du tympan; j'ai l'habitude de dire que la paracentèse de la membrane du tympan est à l'otite moyenne ce que l'iridectomie est au glaucome aigu. Certes le diagnostic est facile à établir : pour cela il suffit de regarder dans l'oreille, mais il y faut regarder soigneusement, avec la lumière réfléchie, le spéculum et le miroir, et ne pas se contenter d'inspecter l'entrée du conduit. Si vous pouvez introduire le spéculum dans l'oreille facilement, sans augmenter la douleur, sans résistance de la part du malade; si vous apercevez la membrane du tympan; en un mot, si le calibre du conduit auditif est normal, vous pouvez affirmer qu'il ne s'agit pas d'une otite externe.

Est-ce une otite moyenne, ou une myringite? J'indiquerai plus loin les caractères de ces deux affections.

Une otite externe aiguë pourrait être plutôt confondue au début avec les abcès glandulaires dont je viens de parler, mais je rappelle que dans ces derniers cas il existe un point douloureux très limité, facile à voir ou à trouver avec l'extrémité d'un stylet. Il est intéressant d'établir ce diagnostic, puisqu'une incision précoce peut délivrer le malade de la plus grande partie de ses douleurs.

Le traitement de l'otite externe aiguë est essentiellement antiphlogistique et calmant : quelques sangsues derrière l'oreille, des bains locaux permanents avec l'eau de pavot tiède; du coton imbibé d'huile laudanisée, de chloroforme, etc. : mais la douleur ne s'apaisera réellement qu'avec l'apparition du pus et l'ouverture de l'abcès, à moins cependant que la maladie ne se termine par résolution, ce qui est possible.

Otorrhée. — Ainsi que l'indique son nom, l'otorrhée n'est qu'un symptôme, puisqu'il signifie écoulement par l'oreille. Aussi le premier soin à prendre pour le praticien en présence d'une

otorrhée est-il de se demander : d'où vient le pus? vient-il du conduit auditif, vient-il de la caisse? Lorsque l'on constate que le tympan est perforé, et je dirai plus loin comment on le constate, la réponse est facile : mais il n'en est pas de même, si l'on ne trouve pas de perforation, car l'orifice peut être momentanément fermé, ou bien la petite manœuvre qui sert ordinairement à établir le diagnostic est inexécutable par suite d'une obstruction de la trompe.

L'otorrhée a pour signe clinique essentiel l'écoulement de pus par l'oreille. Il existe des variétés infinies dans la quantité et la qualité du liquide : la quantité oscille entre quelques gouttes et une centaine de grammes dans les 24 heures; il est des malades dont l'oreiller est littéralement inondé pendant la nuit, le pus s'écoule incessamment. Le liquide peut être clair, séro-purulent, d'autres fois il est très épais et jaunâtre. Il est parfois tellement irritant que le pourtour de l'oreille est rouge, boursoufflé, exulcéré. Le pus est plus ou moins odorant, parfois très fétide; souvent il est teinté de sang, ce qui prouve en général l'existence de granulations polypiformes dans le conduit.

En général, la douleur est très modérée souvent nulle, si ce n'est lorsqu'il survient une poussée aiguë, phénomène assez commun au cours de la maladie; les sujets éprouvent plutôt un sentiment de gêne et de plénitude dans l'oreille avec des démangeaisons. Quant à l'ouïe, elle est toujours modifiée, plus ou moins diminuée, quelquefois abolie, ce qui est en rapport avec des lésions plus profondes, en particulier du côté du tympan. Si l'on veut bien se rappeler que les deux couches externes qui entrent dans la structure de cette membrane ne sont autres que le tégument prolongé du conduit lui-même, on ne sera pas surpris que le tympan soit fatalement envahi, au moins partiellement, dans une otite externe.

L'otorrhée peut persister pendant de longues années, en ne donnant lieu qu'aux phénomènes précédents, mais il survient aussi à la longue des complications, telles que la carie du rocher, des accidents cérébraux et vasculaires, dont je parlerai plus loin.

La complication la plus commune de l'otorrhée, celle dont je dois m'occuper ici, est la présence dans le conduit auditif de bourgeons charnus pouvant atteindre un volume tel qu'ils en remplissent le calibre. On leur donne alors le nom de *polypes*, dénomination inexacte, puisque ce sont des productions purement inflammatoires,