

conclusion. Pour qu'elle fût légitime, il faudrait, en effet, qu'il fût démontré que la tumeur, livrée à elle-même, n'arrivera pas à compromettre par son voisinage les méninges et le cerveau. Or, c'est ce qui n'est pas. L'opération est donc justifiée ; mais le chirurgien doit s'attendre à rencontrer dans son exécution de grandes difficultés. Il doit, en outre, être informé de sa gravité.

Quant aux tumeurs pulsatiles, leur constitution spéciale appelle des modes de traitement qui n'ont rien de commun avec ceux des autres tumeurs de l'orbite. Sattler et M. Chauvel tracent de la manière suivante le traitement applicable à cette variété de tumeurs : On doit d'abord recourir à tous les moyens capables de ralentir la circulation, repos, régime, compression directe sur la tumeur, emploi des médicaments qui, comme la digitale, sont de nature à modérer la tension sanguine. A ces différents moyens on peut joindre la compression digitale ou instrumentale de la carotide primitive. Malheureusement la compression, soit digitale, soit instrumentale, de la carotide est fort difficile à supporter. Mais en faisant une compression intermittente, avec des séances de plus en plus longues, on peut arriver à la faire tolérer par la malade. Entre les mains de Vanzetti et de quelques autres chirurgiens (Gioppi, Scaramazza, Galezowski, Harlan) la compression digitale a fourni de bons résultats. Même lorsqu'elle échoue, elle a pour avantage, en favorisant le développement de la circulation collatérale, de préparer le malade à bien supporter la ligature de la carotide primitive. Cette dernière opération peut être considérée comme la méthode de choix pour le traitement des tumeurs pulsatiles de l'orbite. D'après les statistiques de Sattler et de Chauvel, elle donne en effet, sur 56 cas, 57 guérisons ou 66 pour 100 ; 11 insuccès et 8 morts. Un des traits les plus caractéristiques de la ligature de la carotide primitive, appliquée au traitement des tumeurs pulsatiles de l'orbite, c'est sa bénignité. Tandis que, d'après les relevés de Pilz et de Wyeth, la mortalité pour la ligature de la carotide primitive en général est de 41 à 45 pour 100, la même opération, appliquée au traitement des tumeurs pulsatiles de l'orbite, ne donne qu'une mortalité de 14 à 16 pour 100, c'est-à-dire environ trois fois moindre. Mais les succès que fournit la ligature ne sont pas toujours durables, et, dans un certain nombre de cas, on a observé des récidives. L'emploi de la compression directe sur la tumeur et des réfrigérants peut encore enrayer le développement de

l'affection. Sinon, on doit recourir aux injections coagulantes qui, entre les mains de Brainard, de Bourguet, de Walton et de Desormeaux, ont donné de bons résultats. Enfin, dans les cas d'insuccès, la ligature de la carotide primitive du côté opposé reste comme la seule ressource, après qu'on s'est assuré que la compression de cette artère suffit à faire disparaître tous les symptômes.

Quant aux tumeurs vasculaires non pulsatiles, les angiomes, grâce à leurs limites parfaitement circonscrites, à la capsule qui les enveloppe, peuvent être extirpés comme des tumeurs solides. Si elles étaient plus diffuses, ces tumeurs seraient avantageusement traitées, soit par l'acupuncture, soit par les injections coagulantes. Les mêmes réflexions ne sont pas applicables aux tumeurs variqueuses ou varices de l'orbite. Telle est en effet la communication large et facile qui existe entre ces veines dilatées et les sinus intracrâniens, qu'on doit toujours craindre la propagation de l'inflammation à ces sinus. Aussi, si la tumeur ne cause que peu de gêne, le mieux est de s'abstenir. Dans le cas contraire, on aura recours à l'injection de perchlorure de fer, faite avec précaution, à petites doses, et avec compression de la jugulaire interne, pour suspendre la circulation dans les sinus crâniens pendant l'injection.

CHAPITRE IV

MALADIES DE L'APPAREIL AUDITIF

Les maladies de l'appareil auditif nous présentent à étudier successivement les maladies de l'oreille externe, celles de l'oreille moyenne et celles de l'oreille interne.

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES DE L'OREILLE EXTERNE

Sous ce titre, nous devons étudier les maladies du pavillon de l'oreille et celles du conduit auditif externe.

I

MALADIES DU PAVILLON DE L'OREILLE

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU PAVILLON DE L'OREILLE

a. **Contusions.** — Malgré sa mobilité, le pavillon de l'oreille n'échappe pas aux contusions. Il peut en effet se trouver pris entre un corps extérieur et les parois du crâne, et être écrasé entre ces deux plans résistants. De là, des ecchymoses, des épanchements sanguins, et quelquefois même des fractures des cartilages du pavillon de l'oreille.

Jarjavay a appelé l'attention sur une variété particulière de contusion; c'est celle qu'on observe chez les lutteurs, quand les têtes des deux adversaires sont pressées violemment l'une contre l'autre. Il en résulte un décollement des parties molles, une infiltration séro-sanguine, et, à la longue, une hypertrophie du tissu cellulaire et la formation de tumeurs sanguines, que nous décrirons sous le nom d'hématomes du pavillon de l'oreille.

b. **Plaies.** — Les piqûres n'offrent en général aucune gravité, témoin la perforation du lobule de l'oreille qu'on a l'habitude de pratiquer chez les jeunes filles pour y suspendre des boucles d'oreilles. Cependant chez les sujets scrofuleux ou herpétiques, cette petite opération donne quelquefois naissance à de l'eczéma, à de l'érysipèle. Il en résulte même des ulcérations qui, si le corps étranger n'est pas supprimé, peuvent sectionner complètement le lobule de l'oreille.

Les plaies par instruments tranchants constituent parfois une simple incision plus ou moins large dont les lèvres, réunies par une suture méthodique, permettent la guérison facile. Dans d'autres cas, l'instrument tranchant a détaché un lambeau formé par une partie ou même par la totalité du pavillon de l'oreille, qui ne tient plus que par un mince pédicule. Dans ces cas encore, il faut faire tous ses efforts pour obtenir la réunion immédiate du lambeau, de façon à éviter son sphacèle et une difformité persistante. Dans 7 cas

rapportés par Bérenger-Féraud, le pavillon de l'oreille, ne tenant plus que par un mince pédicule, a pu être réuni avec succès. Ladreit de Lacharrière, dans l'article OREILLE du *Dictionnaire encyclopédique*, rapporte un fait semblable : Un maçon avait eu tout le pavillon et une partie de la peau du cou arrachés par la chute d'une pierre. Le pavillon pendait sur le cou, retenu par un lambeau de peau. Une suture au fil d'argent réunit exactement les parties, et une mèche de charpie fut placée dans le conduit auditif pour en maintenir l'ouverture. La réunion par première intention se fit presque sur tous les points, et le malade guérit sans difformité sensible, en conservant l'intégrité de l'ouïe.

Dans d'autres cas, l'instrument tranchant a détaché complètement un morceau du pavillon de l'oreille. Ici encore on peut tenter, au moment même de l'accident, la réunion du lambeau détaché, mais avec moins de chances de succès que dans les cas précédents. Cependant Bérenger-Féraud rapporte 4 exemples dans lesquels la réunion ainsi pratiquée aurait réussi. Dans un cas où toute la partie supérieure du pavillon de l'oreille avait été détachée par une plaie antéro-postérieure, je repliai sur elle-même la section du pavillon, et je la maintins par quelques points de suture. La réunion se fit, et j'obtins ainsi un pavillon de l'oreille rappelant assez exactement la forme normale, bien qu'à la vérité plus petit.

Les plaies contuses, telles que celles qui sont faites par les projectiles lancés par la poudre, se prêtent beaucoup moins à la réunion. Cependant Bonnafont cite un certain nombre de plaies de ce genre qui ont guéri rapidement sans complication. Dans un cas, Nélaton, après la chute des eschares, pratiqua la réunion secondaire des lèvres de la plaie, et il réussit ainsi à éviter toute difformité. Cet exemple mérite d'être imité.

ARTICLE II

MALADIES INFLAMMATOIRES DU PAVILLON DE L'OREILLE

a. **Érysipèle.** — L'érysipèle atteint assez fréquemment le pavillon de l'oreille, soit qu'il se développe primitivement comme conséquence d'une plaie, d'une éruption antérieure, soit qu'il ne l'envahisse que secondairement, après avoir débuté par la face ou le cuir chevelu. Il

s'y caractérise par un gonflement considérable, de violentes douleurs et une sensation très marquée de brûlure.

b. **Érythème.** — L'érythème du pavillon de l'oreille s'observe surtout chez les sujets jeunes et scrofuleux. Il résulte parfois d'un traumatisme tel que la perforation du lobule, mais plus souvent il est causé par le froid humide et succède aux engelures.

Il consiste dans un gonflement léger accompagné d'une rougeur diffuse, et donne naissance à un prurit extrêmement intense. Quelquefois le gonflement et la rougeur augmentent; l'oreille prend une teinte violacée. Il s'y forme même des phlyctènes remplies d'une sérosité noirâtre. Lorsqu'elles se rompent, ces phlyctènes mettent à nu le derme ulcéré; dans les cas les plus graves, on voit même des eschares se produire.

Le traitement doit consister dans l'usage à l'intérieur des médicaments toniques et antiscrofuleux. Quant au traitement local, on doit d'abord faire tomber, à l'aide de cataplasmes de fécule, les croûtes, puis toucher les ulcérations à l'aide de liquides excitants, alcool, baume de Fioravanti, vin aromatique, glycérolé au borax, etc.

c. **Eczéma.** — De toutes les éruptions du pavillon de l'oreille, l'eczéma est la plus fréquente. Il se montre souvent chez les enfants lymphatiques et chez les femmes, à l'époque de la ménopause. Tantôt il existe à l'état aigu, tantôt à l'état chronique. Il se caractérise alors par un gonflement rougeâtre du pavillon de l'oreille, avec formation de croûtes au-dessous desquelles le derme est saignant et exulcéré. C'est surtout la partie postérieure du pavillon de l'oreille, au niveau de son point d'insertion, qui est le siège de ces ulcérations et de ces gerçures.

L'eczéma du pavillon de l'oreille est extrêmement tenace : il cause des démangeaisons et une sensation de brûlure très pénible. Enfin il amène un épaissement des parties molles qui déforme considérablement la région. Il peut même, se propageant à l'intérieur du conduit auditif, compromettre sérieusement l'audition.

Le traitement est celui de l'eczéma en général : enveloppement, poudre d'amidon, glycérolés d'amidon. Dans les cas chroniques, après avoir fait tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes, on emploie les pommades au goudron, à l'oxyde de zinc, l'huile de Cade. On a conseillé également les douches froides en arrosoir, répétées plusieurs fois par jour, en ayant soin de maintenir fermé le conduit auditif.

ARTICLE III

TUMEURS DU PAVILLON DE L'OREILLE

Bien que de constitutions anatomiques très diverses, les tumeurs du pavillon de l'oreille sont rares; on y rencontre des kystes dermoïdes, des tumeurs érectiles et des anévrysmes cirsoïdes qui ne présentent rien de particulier à noter.

Les fibromes du pavillon, et plus particulièrement du lobule de l'oreille, se rencontrent surtout chez les négresses (Saint-Vel). Les tumeurs malignes sont représentées par l'épithélioma et le sarcome. Ladreit de Lacharrière rapporte même un cas de lymphadénome dont l'examen histologique a été pratiqué par M. Malassez.

Nous insisterons seulement sur deux variétés de tumeurs qui appartiennent plus spécialement au pavillon de l'oreille, savoir les dépôts goutteux et les tumeurs sanguines dites othématomes.

1^o **Dépôts goutteux.** — Chez les goutteux on observe des concrétions tophacées du pavillon de l'oreille. Ces concrétions habituellement multiples, du volume d'un grain de mil à celui d'un pois, siègent surtout dans la gouttière ou sur le bord de l'hélix. Elles sont indolentes; cependant elles peuvent devenir le siège d'une irritation légère au moment d'une attaque de goutte.

2^o **Tumeurs sanguines ou othématomes.** — Ces tumeurs ont reçu des noms différents, hématomes, othématomes, hémato-cèles du pavillon de l'oreille.

Elles ont été étudiées tout d'abord chez les aliénés, et surtout chez les malades atteints de paralysie générale, où on les rencontre le plus souvent. Mais elles n'appartiennent pas exclusivement aux aliénés, et Jarjavay a appelé l'attention sur des tumeurs semblables, qu'on rencontre chez les lutteurs de profession, chez les boxeurs. Il est évident que, chez eux, l'hématocèle du pavillon de l'oreille est le résultat des contusions répétées qu'il éprouve. On a pensé que chez les aliénés la maladie avait aussi pour cause les traumatismes que les malades eux-mêmes ou une main étrangère peuvent faire subir au pavillon de l'oreille. On a même fait remarquer la fréquence plus grande de l'hématome du côté gauche, sur lequel portent le plus souvent les soufflets. Cependant la fréquence si particulière de

l'othématome chez les aliénés, son développement chez ces malades en dehors de tout traumatisme ne permettent pas de s'en tenir à cette seule explication. Sans doute les traumatismes peuvent avoir une action déterminante; mais cette action est préparée par des lésions préexistantes du pavillon de l'oreille chez les aliénés.

A l'appui de cette opinion, M. Duplay rappelle les expériences de Brown-Séguard, qui, chez des cobayes auxquels il avait pratiqué la section des corps restiformes, vit se développer des hémorragies sous la peau du pavillon de l'oreille. D'autre part, Virchow, Meyer, Fischer, ont rencontré chez les aliénés, un ramollissement, une dégénérescence enchondromateuse du pavillon de l'oreille, qui peut rendre compte de la friabilité plus grande de leurs tissus et de la fréquence de leur déchirure.

Le siège habituel de l'othématome est la cavité de l'hélix. Au début, il se montre sous forme d'une tuméfaction générale de l'oreille, qui est rouge et luisante. Puis la tumeur se forme et se limite. Elle occupe quelquefois seulement la fossette scaphoïdienne de l'anthélix. Mais, dans d'autres cas, son développement est beaucoup plus considérable; elle comble toute l'excavation de la conque, se met de niveau avec la bordure de l'hélix, et arrive même à obturer le conduit auditif externe. La tumeur, fluctuante au centre, dure à la périphérie, présente quelquefois la crépitation sanguine, caractéristique des hématomes.

Lorsqu'on ouvre la tumeur, on la trouve constituée par du sang épanché entre le cartilage et le péri-chondre, comme le céphalématome est formé par un épanchement de sang entre l'os et son périoste. Le cartilage ramolli se dissocie parfois sous forme de fragments qui restent attachés à la face profonde du péri-chondre.

Rarement la tumeur suppure; le plus souvent le sang se résorbe, qu'il y ait eu ou non rupture de la poche. Mais l'altération profonde du cartilage amène un épaississement du péri-chondre, une rétraction du pavillon de l'oreille, et, par suite, une difformité persistante. Il peut même arriver que l'épanchement sanguin s'étant produit à la fois sur les deux faces du cartilage, celui-ci se trouve isolé. Privé de ses éléments de nutrition, il se nécrose et s'élimine.

La résorption spontanée étant la règle, il suffit de la favoriser par une compression légère et quelques topiques résolutifs. Si cependant la tumeur augmentait de volume et menaçait de se rompre, on

pourrait évacuer le sang qui y est contenu, soit par une ponction simple, soit même par une large incision qui permet d'extraire le liquide et les caillots déposés à l'intérieur de la poche. Le séton et les injections iodées sont des moyens qui doivent être rejetés.

ARTICLE IV

VICES DE CONFORMATION DU PAVILLON DE L'OREILLE

Les vices de conformation très nombreux que peut présenter le pavillon de l'oreille sont congénitaux ou acquis.

Parmi les vices de conformation congénitaux, citons tout d'abord l'absence même du pavillon de l'oreille, qui n'entrave que très peu l'audition, lorsqu'elle existe seule. Mais souvent elle se lie à d'autres vices de développement de l'oreille qui compromettent plus ou moins l'organe de l'ouïe, ou encore à d'autres vices de conformation, tels que le bec-de-lièvre, la division de la voûte palatine et du voile du palais.

Dans d'autres cas, ce sont seulement des parties isolées du pavillon qui présentent des malformations; ainsi le tragus et l'antitragus. Au lieu de difformités par absence de certaines parties, on peut observer des difformités par excès. Le pavillon peut présenter un développement exagéré. On imiterait alors la conduite suivie par Martino, qui, sur un jeune homme présentant cette difformité, excisa un lambeau triangulaire du pavillon de l'oreille, pratiqua la suture et obtint un succès complet. Dans un cas où le lobule de l'oreille descendait jusqu'au cou, Boyer en pratiqua l'excision sur un enfant. On a signalé l'existence de pavillons supplémentaires; l'excision de cette difformité ne présenterait aucune difficulté.

Quelquefois le tragus et l'antitragus, accolés l'un à l'autre, obturent l'orifice du conduit auditif; on peut, à l'exemple de Boyer, pratiquer l'excision de ces saillies, ou se contenter de faire la dilatation artificielle du méat auditif.

Betz (de Heilbronn) a signalé l'existence de fistules congénitales du pavillon de l'oreille, qu'il attribue avec raison à un trouble survenu dans l'occlusion de la première fente branchiale.

Quant aux difformités acquises, ce sont surtout des adhérences

vicieuses du pavillon aux parties latérales du crâne, suite de plaies ou de brûlures vicieusement cicatrisées. Il faut, pour les éviter, diriger la cicatrisation en interposant un linge fin entre le pavillon de l'oreille et le crâne. Une fois la difformité produite, une opération autoplastique peut seule y remédier.

Enfin il arrive, comme nous l'avons déjà dit, qu'à la suite de la perforation du lobule, un travail ulcératif produise une fente complète de cette partie. Pour parer à cette difformité, on pratiquera l'avivement et la suture des deux lèvres de la fente, en laissant à sa partie supérieure un point non avivé qui reconstituera l'orifice destiné à recevoir la boucle d'oreille.

II

MALADIES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

1° PLAIES ET FRACTURES

Il est assez rare que les corps piquants et tranchants produisent des plaies du conduit auditif externe. Le fait est possible cependant, surtout pendant les tentatives chirurgicales pour enlever un corps étranger. Quant aux projectiles lancés par la poudre, ils produisent le plus souvent des fractures du conduit auditif externe, ou même des lésions plus profondes du rocher, et du cerveau lui-même.

On peut observer des brûlures du conduit auditif qui déterminent une violente inflammation de ce conduit, et, comme conséquence, des cicatrices vicieuses et l'atrésie du conduit auditif externe.

Quant aux fractures du conduit auditif, elles se produisent par le mécanisme suivant : la paroi antérieure de ce conduit osseux est si mince, elle est en rapport si intime avec le condyle du maxillaire inférieur, que, dans les coups ou dans les chutes portant sur le menton, le condyle, violemment refoulé en haut et en arrière, vient briser le conduit auditif osseux, et quelquefois même pénétre dans

son intérieur. C'est là un fait sur lequel nous reviendrons à propos des luxations de la mâchoire inférieure.

Comme le fait remarquer M. Duplay, la fracture du conduit auditif, donnant lieu à un écoulement de sang par l'oreille et s'accompagnant parfois de tous les phénomènes de la commotion cérébrale, est souvent prise pour une fracture du crâne. Du reste, le pronostic doit être d'autant plus réservé en pareil cas que la fracture du conduit auditif se complique quelquefois en réalité d'une fissure étendue à la base du crâne.

Toutefois l'intégrité de l'ouïe et de la membrane du tympan, la limitation de la douleur à la partie antérieure du conduit auditif, son exagération sous l'influence des mouvements de mastication, sont autant de circonstances qui permettent de faire le diagnostic.

2° CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

L'étude des corps étrangers du conduit auditif externe mérite toute l'attention du chirurgien, à cause de leur extrême fréquence. Ajoutons qu'on ne saurait trop y insister, car des tentatives d'extraction mal conduites peuvent devenir beaucoup plus dangereuses que le corps étranger lui-même.

La nature de ces corps étrangers est extrêmement variée. On peut les diviser tout d'abord en deux grands groupes, suivant qu'il s'agit de corps vivants ou inanimés.

On peut voir, en effet, dans le conduit auditif, des insectes, tels que des perce-oreilles, des mouches, des larves d'insectes. C'est souvent chez des sujets qui sont restés couchés à terre, la tête appuyée sur le sol, qu'on rencontre cette variété de corps étrangers. Les malades qui en sont atteints présentaient parfois une suppuration chronique du conduit auditif. Enfin des puces, des punaises ont pu pénétrer dans l'oreille pendant le sommeil, et y être retenues par la viscosité du cérumen.

Les corps inanimés se voient surtout chez les enfants, qui se font un jeu de s'introduire dans l'oreille les corps les plus divers. Chez les adultes, le corps étranger a presque toujours été introduit pour satisfaire au besoin de se gratter. Quelquefois son introduction est purement accidentelle.

Au point de vue pratique, on doit diviser les corps étrangers en :