

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 :

1<sup>o</sup> corps durs, tels que les grains de plomb, les petits cailloux, les noyaux de cerises. Quelques-uns d'entre eux, comme les perles de verre, sont susceptibles de se briser; 2<sup>o</sup> corps mous, boulettes de papier, de mie de pain; dans ce groupe rentrent les corps qui, comme les pois, les haricots, peuvent se gonfler par l'humidité; 3<sup>o</sup> corps pouvant s'implanter dans l'épaisseur des parois du conduit auditif ou dans la membrane du tympan, tels que les épingles, les épis de graminées, etc.

**Symptômes.** — Il peut se faire que des corps étrangers introduits dans l'oreille y soient longtemps tolérés sans déterminer d'accidents. Ils ont même pu être oubliés par le malade, et la surdité observée en pareil cas est attribuée à une tout autre cause. Mais ces faits sont exceptionnels.

Le plus souvent le corps étranger détermine, par sa présence, une otite aiguë caractérisée par des douleurs intenses, du gonflement, un écoulement purulent. La membrane du tympan elle-même s'enflamme à la longue et se perforé. La suppuration gagne l'oreille moyenne, et la mort peut survenir par complications cérébrales, méningite, abcès du cerveau.

A part ces graves accidents, les corps étrangers de l'oreille peuvent encore déterminer d'autres complications utiles à connaître, pour les rapporter à leur véritable cause. Quelquefois, en effet, des bourdonnements, des vertiges, de la céphalalgie, ont été mis sur le compte d'une affection cérébrale, tandis que l'ablation du corps étranger suffisait à les faire disparaître. On a noté aussi différents troubles réflexes, qui se retrouvent dans d'autres affections de l'oreille. De ce nombre sont la toux, les vomissements, la salivation, des convulsions épileptiformes, des paralysies.

**Diagnostic.** — Il nécessite un examen soigneux du conduit auditif à l'aide du spéculum. Il est, en effet, des malades qui affirment la présence dans leur oreille d'un corps étranger, alors que celui-ci est sorti spontanément. M. Duplay dit avoir vu un chirurgien, s'acharnant à la poursuite d'un corps étranger qui était certainement sorti de lui-même, déchirer la membrane du tympan et saisir avec des pinces le promontoire. On comprend la gravité de pareilles manœuvres. D'autre part, Giraldès a observé un fait dans lequel l'enfant et les parents, ne se souvenant plus de l'oreille dans laquelle se trouvait le corps étranger, un médecin l'avait cherché à plusieurs reprises

dans celle où il n'était pas. Il est donc, avant tout, nécessaire de déterminer d'une façon précise la présence, la nature et le siège du corps étranger.

M. Desprès remarque avec raison que, dans les cas où il y a un gonflement considérable, de la suppuration et de violentes douleurs, l'emploi du spéculum est impossible. Un stylet introduit avec précaution vient alors frapper le corps étranger et avertir de sa présence. Mais lorsque la membrane du tympan est perforée et que les os sont dénudés, la sensation obtenue par le stylet est la même, et le diagnostic reste souvent douteux.

**Traitement.** — Bien que les corps étrangers soient quelquefois expulsés spontanément, il ne faut pas compter sur une éventualité si favorable, et, prenant en considération les graves accidents que nous avons signalés, le chirurgien doit s'efforcer d'extraire le plus tôt possible les corps étrangers du conduit auditif.

Nous suivrons, dans cette étude, l'excellente division pratique, adoptée par M. Desprès dans l'article OREILLE du *Dictionnaire de Jaccoud*, en corps étrangers récemment introduits dans le conduit auditif, et corps y ayant séjourné depuis longtemps.

1<sup>o</sup> **Extraction des corps étrangers récemment introduits dans le conduit auditif.** — Le premier moyen à mettre en œuvre dans ces cas, c'est l'injection forcée avec une seringue dont la canule est introduite dans le conduit auditif. L'eau, chassée avec force, passe en arrière du corps étranger, le déplace et l'entraîne d'arrière en avant dans une partie plus large du conduit d'où il tombe facilement au dehors. Bien employé, ce moyen réussit dans l'immense majorité des cas, et c'est toujours par lui qu'on doit commencer.

Mais il est des corps mous, tels que les boulettes de papier, les haricots, auxquels le procédé de l'injection ne convient pas. En effet, l'eau les gonfle, et ne fait que les fixer plus solidement dans l'intérieur du conduit. Un crochet très mince, pouvant s'implanter dans le corps étranger, est le moyen qui convient le mieux en pareil cas. M. Desprès indique une manière simple de se procurer ce crochet; c'est de prendre une épingle, de la recourber près de sa pointe, et d'en former ainsi une sorte d'hameçon qui, monté sur une pince, pourra facilement être implanté dans le corps étranger et l'amener au dehors.

Lorsqu'il s'agit d'un corps implanté dans les parois, tel qu'un épi

de blé, un fragment d'aiguille, on pourra le saisir avec de fines pinces à griffes.

2° **Extraction des corps étrangers ayant séjourné longtemps dans le conduit auditif.** — Ici les difficultés sont beaucoup plus grandes ; le gonflement est considérable, le conduit auditif saigne facilement, le malade souffre beaucoup et lutte contre le chirurgien ; aussi sera-t-on souvent obligé de recourir au chloroforme. L'instrument auquel on doit alors donner la préférence, si les injections forcées ont échoué, c'est la curette. On l'introduira en longeant la paroi inférieure du conduit, puis, quand elle sera arrivée en arrière du corps étranger, on lui imprimera un mouvement de bascule, et on l'attirera brusquement à soi, de façon à amener avec elle le corps étranger. La curette articulée de Leroy d'Étiolles pour les corps étrangers de l'urèthre pourrait être employée ici avec avantage. J. Cloquet a fait construire une sorte de tire-fond qui se visse dans le corps étranger ; d'autres se sont servis d'un petit forceps.

Lorsque le corps étranger a amené la perforation de la membrane du tympan et pénétré dans l'oreille moyenne, tous les moyens précédemment indiqués échouent souvent. Deleau a conseillé les injections d'air par la trompe d'Eustache, pour repousser en dehors le corps étranger. Hedinger conseille de refouler par le cathétérisme les corps étrangers enclavés dans la caisse : après quoi, ils sont extraits par l'injection forcée.

Lowenberg a vanté les agglutinatifs ; un petit pinceau enduit de colle est mis en contact avec le corps étranger, et quand on suppose que l'adhésion est suffisante, on le retire, espérant entraîner avec lui le corps étranger qui lui est accolé.

Enfin, dans les cas où les accidents sont pressants et où tout a échoué, le chirurgien peut recourir au procédé de Paul d'Égine, qui consiste à pratiquer une incision semi-lunaire en arrière du conduit auditif, pour arriver plus facilement par cette voie artificielle sur le corps étranger. Rejetée par Malgaigne, cette opération est conseillée par Trœlstch, par MM. Duplay, Desprès et Terrier. Dans des recherches faites sur le cadavre à propos de notre thèse sur les opérations préliminaires, nous avons pu nous assurer que cette incision préalable favorise en réalité l'extraction des corps étrangers. Mais, au lieu de faire l'incision directement en haut, comme le conseille Trœlstch,

nous pensons qu'il vaut mieux la faire en haut et en arrière, comme le veut Paul d'Égine.

## ARTICLE II

### MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE SÉCRÉTION DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

#### 1° TROUBLES DE SÉCRÉTION. — CONCRÉTIONS CÉRUMINEUSES

La sécrétion des glandes cérumineuses présente de très grandes différences suivant les personnes. Elle est sujette aussi à se modifier dans diverses circonstances pathologiques. Dans quelques formes d'otite moyenne (otite scléreuse), on rencontre une sécheresse particulière du conduit auditif externe, qui ne doit pas être regardée comme cause de la surdité, mais comme un épiphénomène dans la maladie. Inversement, la sécrétion peut être exagérée. De là, l'amas de cérumen formant de véritables bouchons qui obstruent le conduit auditif. Ce serait une erreur de croire que le défaut de propreté soit l'unique cause de ces amas de cérumen. Sans doute, la malpropreté, les poussières qui pénètrent dans le conduit auditif chez les personnes se livrant à certaines professions, peuvent prédisposer à la formation des bouchons cérumineux ; mais il faut en outre un trouble de sécrétion.

La sécrétion, chez quelques personnes, est exagérée ; de plus, comme le pensent Pétrequin et Trœlstch, elle peut être modifiée dans sa composition et présenter une consistance plus grande qui met obstacle à son expulsion. Chez les personnes atteintes d'éruptions du conduit auditif, les produits abondants de la desquamation épithéliale se mêlent au cérumen, comme le fait observer M. Terrier, et augmentent sa consistance. Wreden a décrit, sous le nom de *kératose obturante*, une affection du conduit auditif externe caractérisée par une desquamation considérable des couches épidermiques et déterminant la formation de bouchons dans les parties profondes du conduit. Hartmann donne à cette affection le nom d'*otite externe desquamative*.

Enfin quelquefois on rencontre un rétrécissement du conduit auditif qui, s'opposant à l'issue du cérumen, rend plus facile encore à

comprendre son accumulation. Disons cependant que plusieurs fois nous avons été frappé de voir des bouchons cérumineux chez des personnes présentant une dilatation considérable du conduit auditif avec effacement de ses courbures.

**Anatomie pathologique.** — Les bouchons cérumineux peuvent présenter des caractères très différents. Tantôt, en effet, ils sont extrêmement durs et résonnent sous le stylet comme des calculs, tantôt ils sont d'une consistance pâteuse, ou même liquide comme du miel. C'est surtout chez les enfants, dit M. Duplay, qu'ils offrent ce dernier caractère. Leur coloration n'est pas moins variable; quelquefois jaunes ou brunâtres, ils ont d'autres fois une coloration blanchâtre, due à la présence de la cholestérine. Souvent on rencontre dans leur intérieur, outre le cérumen, des corps étrangers, des poils et une quantité variable de cellules épidermiques.

Par leur séjour prolongé, ces bouchons cérumineux peuvent détruire les parois du conduit auditif, et pénétrer jusque dans la caisse du tympan et dans les cellules mastoïdiennes, comme l'a signalé Toynbee.

**Symptômes.** — Le symptôme qu'accusent tout d'abord les malades, c'est la surdité, qui peut être incomplète ou aller au point que la montre n'est entendue qu'au contact de l'oreille. Généralement cette surdité se montre peu à peu et augmente graduellement. Quelquefois cependant elle peut se manifester d'une manière brusque, ce qui tient, comme le fait observer M. Duplay, soit à ce que le bouchon cérumineux s'est déplacé, soit à ce que son volume ayant augmenté sous l'influence de l'humidité, il oblitère plus complètement le conduit auditif. A la surdité peuvent se joindre divers symptômes, tels que des bourdonnements, des vertiges, des vomissements qui pourraient faire croire à l'existence d'une lésion encéphalique.

**Diagnostic.** — Il se fonde sur l'examen du conduit auditif à l'aide du spéculum et du stylet. Leur coloration brunâtre fera reconnaître les bouchons cérumineux; leur consistance généralement moindre permettra de les différencier des corps étrangers.

**Pronostic.** — En général, le pronostic est favorable. Il faut toutefois se rappeler qu'à la longue les bouchons cérumineux peuvent déterminer par leur présence des désordres graves. En outre, ils sont souvent liés à l'existence d'autres lésions de l'oreille moyenne ou interne que leur extraction ne saurait en rien modifier. Ces

réserves faites, il convient d'ajouter cependant que, dans nombre de cas, l'extraction des bouchons cérumineux fournit au chirurgien un succès aussi brillant que rapide. Des malades, qui se croyaient atteints d'une surdité irrémédiable, sont agréablement surpris de recouvrer l'ouïe en quelques instants.

**Traitement.** — Ici, comme pour l'extraction des corps étrangers venus du dehors, le moyen par excellence consiste dans l'emploi des injections forcées. Si le bouchon cérumineux est trop dur, il est utile de le ramollir pendant quelques jours, soit par des injections émollientes, soit par des instillations d'huile d'amandes douces ou de glycérine. C'est seulement lorsque les injections forcées ont dissocié le bouchon cérumineux qu'on peut, avec des pinces fines, saisir les corps étrangers ou les amas épidermiques qui se trouvaient dans son intérieur. Il faut ensuite, par un petit tampon d'ouate, protéger les parois du conduit et la membrane du tympan contre l'air extérieur, dont le contact brusque pourrait déterminer une vive inflammation.

## 2° INFLAMMATIONS (OTITES EXTERNES)

Les nombreuses inflammations du conduit auditif, désignées sous le terme général d'otites externes, ont été très diversement classées par les auteurs.

Avec MM. Duplay et Terrier, nous les diviserons en *otites circonscrites* et *otites diffuses*.

### A. — OTITES CIRCONSCRITES (FURONCLE, ACNÉ, HYDROSADÉNITE).

Ce qui caractérise cette forme, c'est que l'inflammation est limitée en un point circonscrit du conduit auditif externe. Rarement il s'agit d'un furoncle du conduit auditif, amenant la formation d'un bourbillon; plus souvent, il s'agit d'une inflammation des glandes sébacées (acné) ou des glandes cérumineuses (hydrosadénite). La nature microbienne des furoncles de l'oreille, comme celle de la furonculose en général, est aujourd'hui démontrée. Lœwenberg y a constaté la présence des diverses variétés de staphylocoques.

**Étiologie.** — Cette affection se voit surtout chez l'adulte, et en particulier chez les femmes à l'époque de la ménopause. Chez les

sujets dartreux, elle coïncide quelquefois avec des inflammations diffuses du conduit auditif ou des otites moyennes suppurées.

**Symptômes.** — L'otite circonscrite débute par une sensation de prurit, bientôt accompagnée de chaleur et de tension dans l'intérieur du conduit auditif. La douleur extrêmement vive s'irradie aux parties voisines; elle est exaspérée par les mouvements de la mâchoire. Elle peut aller jusqu'à priver les malades de sommeil et à causer de la fièvre.

On constate un gonflement et une rougeur marquée du conduit auditif, puis la formation d'une petite tumeur qui, augmentant de volume, vient se mettre en contact avec la paroi du côté opposé, au point d'obstruer complètement le conduit. Il en résulte de la surdité, des bourdonnements, des battements, des élancements très douloureux.

La terminaison peut se faire par résolution; mais le plus souvent la suppuration survient. S'il s'agit d'un furoncle, on constate l'issue d'un bourbillon; dans les cas d'inflammation glandulaire, la petite tumeur donne issue à du pus seulement.

**Diagnostic.** — L'examen du conduit auditif permet de reconnaître l'otite circonscrite, en faisant constater la tuméfaction et la douleur limitées à un point précis. Mais il est beaucoup plus difficile de différencier le furoncle de l'hydrosadénite. Au début, la distinction est même impossible. Plus tard, M. Duplay fait remarquer que l'hydrosadénite n'a pas la forme acuminée du furoncle et une aussi vive sensibilité. De plus, la marche dans le furoncle est beaucoup plus rapide.

**Pronostic.** — Il n'est pas grave; mais l'otite circonscrite est une affection très douloureuse, et qui est sujette à de nombreuses récidives.

**Traitement.** — Wilde et Trœltzsch disent avoir pu enrayer l'affection au début par des cautérisations au nitrate d'argent ou par une solution concentrée de sulfate de zinc. Plus tard, quelques sangsues au-devant du tragus, des injections émollientes, des cataplasmes appliqués sur l'oreille peuvent calmer les douleurs. Mais le moyen par excellence, c'est l'incision de la petite tumeur. La nature microbienne de la furunculose commande l'emploi des antiseptiques, liqueur de Van Swieten, solutions d'acide borique à 4 pour 100.

## B. — OTITES DIFFUSES

Ce sont surtout les inflammations diffuses du conduit auditif externe qui présentent un grand nombre de variétés d'après la cause qui leur a donné naissance. Quelle que soit d'ailleurs cette cause, l'otite peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique; nous étudierons d'abord ces deux formes, puis nous examinerons isolément certaines variétés, telles que l'otite périostique, l'otite parasitaire, l'otite syphilitique, l'otite gouteuse.

## a. — OTITE EXTERNE AIGUË

**Étiologie.** — Les traumatismes, les corps étrangers, les manœuvres d'extraction de ceux-ci, l'action du froid, les brûlures du conduit auditif, sont autant de causes qui peuvent donner naissance à l'otite aiguë. Les affections cutanées, telles que l'herpès, l'eczéma, les exanthèmes, comme la rougeole, la scarlatine, la variole, l'érysipèle, la provoquent également. Enfin on a admis sans preuve suffisante l'existence d'une otite blennorrhagique, due au transport du pus blennorrhagique sur la peau du conduit auditif externe.

**Symptômes.** — Ce sont d'abord des démangeaisons, la sensation de picotements, de corps étrangers, puis des douleurs assez violentes pour causer de l'insomnie, de la fièvre et du délire. Il existe en même temps des bourdonnements et de la surdité.

On constate une rougeur vive et un gonflement très marqué du conduit auditif externe, qui est rétréci et quelquefois obstrué par des débris épithéliaux. Au bout de quelques jours, les symptômes précédents s'apaisent, on voit survenir un écoulement séro-purulent, puis purulent, qui se prolonge pendant quinze jours à trois semaines. La maladie se termine habituellement par résolution, mais elle laisse à sa suite une desquamation épithéliale du conduit auditif, qui persiste quelquefois pendant longtemps. Enfin elle peut passer à l'état chronique, ou même se propager à la membrane du tympan, qui se perforé, et à l'oreille moyenne. La propagation peut aussi se faire du côté des parois osseuses du conduit auditif et donner naissance à l'otite périostique.

**Diagnostic.** — La diffusion même des lésions permet le diagnostic avec l'otite circonscrite.

**Pronostic.** — Le plus souvent l'otite aiguë guérit sans laisser de traces; toutefois, lorsqu'elle est déterminée par une cause diathésique, herpès, eczéma, elle est sujette à des poussées nombreuses, et passe même fréquemment à l'état chronique. Enfin les complications possibles du côté de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne aggravent le pronostic.

**Traitement.** — Au début, le traitement doit être antiphlogistique. On appliquera sur l'oreille des cataplasmes; on fera, dans le conduit auditif, des injections émollientes tièdes, additionnées de têtes de pavots pour calmer la douleur. Dans les cas très aigus, une application de sangsues au-devant du tragus trouvera son indication. Lorsque la suppuration est survenue, les injections antiseptiques avec l'eau boricuée, le chloral au 1/100, devront remplacer les injections émollientes. Plus tard enfin, quand l'inflammation est à son déclin, les injections légèrement astringentes (avec l'alun, le tannin, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre) aideront à la résolution.

#### b. — OTITE EXTERNE CHRONIQUE

Bien qu'elle se montre souvent comme conséquence de la forme aiguë, l'otite externe chronique peut être aussi la première manifestation de la maladie. Elle est le plus souvent produite par un état général diathésique, scrofule ou herpétisme.

**Symptômes.** — Les douleurs sont très atténuées, quelquefois même il n'y a qu'une sensation de démangeaisons violentes et de tension du côté de l'oreille. On peut, avec M. Duplay, décrire à la maladie deux formes très distinctes: l'une, caractérisée par un écoulement purulent, mérite le nom de forme humide; l'autre, dans laquelle l'écoulement fait défaut, prend le nom de forme sèche.

Dans la forme humide ou otorrhée purulente, la sécrétion de pus est abondante. Ce liquide se présente avec des caractères différents: tantôt épais et verdâtre, tantôt séreux, grisâtre, il affecte parfois une horrible fétidité. Le conduit auditif présente un gonflement très marqué et une rougeur intense qui s'étend jusqu'à la membrane du tympan. Ça et là existent des ulcérations superficielles qui laissent parfois suinter un peu de sang.

Dans la forme sèche, au contraire, l'écoulement fait presque

complètement défaut. Il est séro-purulent. C'est ici surtout que les sensations de démangeaison et de cuisson atteignent une grande intensité. Comme dans la forme précédente, le conduit auditif est rétréci, mais ici le rétrécissement tient moins au gonflement de la peau du conduit qu'à la présence d'une grande quantité de lamelles épidermiques qui y sont entassées.

**Marche.** — **Durée.** — **Terminaisons.** — L'otite externe chronique a une durée extrêmement longue; parfois même elle persiste pendant toute la vie. Elle peut donner lieu à des accidents graves. Tout d'abord, l'inflammation, se propageant à la membrane du tympan, amène le ramollissement, puis la perforation de cette membrane et la suppuration de l'oreille moyenne. L'otite externe chronique devient quelquefois aussi le point de départ d'excroissances polypiformes qui se forment, soit sur les parois du conduit, soit sur la membrane du tympan. Enfin l'inflammation peut se propager au périoste et à la lamelle osseuse du conduit et devenir ainsi l'origine de graves complications.

**Diagnostic.** — C'est avec l'otite moyenne suppurée que peut se confondre l'otite externe chronique. L'examen de la membrane du tympan, en permettant de constater sa rupture, tranchera le diagnostic.

**Pronostic.** — Il est sérieux, vu la longue durée de la maladie, et aussi vu la possibilité des complications que nous avons signalées.

**Traitement.** — Le traitement général s'adresse à la diathèse, cause première de la maladie. Si le sujet est scrofuleux, on emploiera l'huile de foie de morue et les toniques. Chez les herpétiques, on aura recours aux arsenicaux. Comme traitement local, les grandes injections avec des liquides antiseptiques (acide borique, acide phénique, permanganate de potasse, etc.) constituent le moyen le plus puissant pour entraîner le pus au dehors et diminuer sa production. Les injections astringentes peuvent être ensuite employées, quand la suppuration a été ainsi modifiée. La glycérine convient surtout à la forme sèche de la maladie.

#### c. — OTITE PÉRIOSTIQUE

L'inflammation du périoste et des parois osseuses du conduit auditif externe peut être primitive; c'est ce qui arrive dans les états

généraux graves, dans la convalescence des maladies fébriles, telles que la fièvre typhoïde. Mais souvent aussi elle est une conséquence de l'otite externe, soit aiguë, soit surtout chronique. Souvent elle coïncide avec le catarrhe purulent de la caisse.

**Symptômes.** — Le premier symptôme est une douleur extrêmement violente, exaspérée par les mouvements de la mâchoire, par les déplacements imprimés au pavillon de l'oreille. Le gonflement du conduit est tel que ses parois arrivent au contact, de façon à l'obstruer complètement. De là des bourdonnements d'oreilles et de la surdité. Le rétrécissement du conduit auditif ne permet pas l'examen au spéculum. Mais l'examen à l'œil nu et à l'aide du stylet fait constater les caractères suivants, signalés par M. Duplay, et par lesquels l'otite périostique se différencie des inflammations plus superficielles du même conduit. La coloration est rosée, et non d'un rouge vif; le stylet modérément appuyé ne provoque pas de douleur, il faut que la pression exercée soit forte pour faire souffrir le malade. Elle donne une sensation d'œdème mou et pâteux. La rougeur et le gonflement se montrent même parfois au dehors, dans le sillon qui sépare le pavillon de l'oreille de l'apophyse mastoïde.

L'inflammation peut persister pendant longtemps à l'état chronique et se terminer par résolution. Mais plus souvent elle aboutit à la suppuration; des abcès se forment, la peau du conduit auditif s'ulcère et le pus se vide au dehors. Le cartilage du conduit et les os, eux-mêmes dénudés, se nécrosent: de là des séquestres dont l'élimination est en général fort longue; de là aussi des fongosités qui remplissent le conduit auditif externe.

Ce qui fait surtout la gravité du pronostic, c'est la possibilité des complications. L'inflammation peut, en effet, se propager en arrière à l'apophyse mastoïde; en avant, elle gagne parfois la cavité glénoïde et donne naissance à une arthrite fongueuse de l'articulation temporo-maxillaire. Enfin, telle est la minceur de la lame osseuse qui forme la paroi supérieure du conduit auditif, que l'inflammation peut se propager au cerveau et aux méninges. Un autre danger naît des rapports intimes du sinus transverse avec la paroi postérieure du conduit; de là la phlébite de ce sinus, sa thrombose et la pyohémie. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'absolue gravité de pareilles complications. Elles sont surtout à craindre dans les cas d'inflammations chroniques déterminant la nécrose du tissu osseux.

**Diagnostic.** — C'est surtout l'intensité de la rougeur et du gonflement occupant non seulement l'intérieur du conduit auditif, mais encore sa face externe, dans l'angle de réunion du pavillon de l'oreille et des parois du crâne, qui permettra de faire le diagnostic. Il faut y joindre les douleurs spontanées excessivement violentes et celles que causent les mouvements de la mâchoire et les déplacements imprimés au pavillon de l'oreille. Plus tard, l'examen direct du conduit fera constater les ulcérations et les fongosités; le stylet permettra de reconnaître la dénudation des os, la carie et la nécrose.

**Traitement.** — Dans la forme aiguë, les applications de sangsues, les vésicatoires derrière l'oreille, les révulsifs sur le tube digestif, devront être employés, en même temps que les narcotiques calmeront les douleurs violentes. Lorsque la suppuration existe, c'est aux injections antiseptiques qu'il faut avoir recours. Enfin, dans les cas où l'inflammation chronique aboutit à la carie et à la nécrose, M. Duplay conseille l'application de larges cautères derrière l'oreille pour y circonscrire l'inflammation et éviter sa propagation à l'intérieur du crâne.

#### d. — OTITE PARASITAIRE

Sous le nom d'otite parasitaire, de mycomyringite, de myringomycosis, on a décrit une inflammation de l'oreille externe, causée par la présence de parasites. Signalée pour la première fois par Mayer en 1844, la présence de microphytes dans l'oreille a été retrouvée depuis lors par Pacini, par Schwartze et d'autres auteurs. Mais c'est Wreden (de Saint-Petersbourg) qui, le premier, a donné de la maladie une bonne description. Plus récemment, Lévi en a publié dans les *Annales des maladies de l'oreille* une intéressante observation.

Les parasites qu'on rencontre le plus souvent appartiennent au genre *Aspergillus*, dont on distingue plusieurs espèces, l'*Aspergillus flavescens*, l'*Aspergillus nigricans*, etc. Le siège de prédilection du parasite est la membrane du tympan et la partie profonde du conduit auditif. Pour s'assurer si les masses enlevées de l'oreille sont des parasites, Urbantschitsch conseille de les traiter par une lessive de potasse à 8 pour 100. Sur ces préparations, le microscope permettra de reconnaître le mycélium et les spores du microphyte.