

il y a des démangeaisons violentes, avec des douleurs plus ou moins vives et un sentiment de chaleur dans l'oreille. Le conduit auditif externe peut s'enflammer à son tour par contiguïté de tissu, il en résulte quelquefois une dureté plus ou moins considérable de l'ouïe; cette affection récidive souvent et donne lieu, après plusieurs récidives, à l'eczéma chronique.

On soustrait les parties malades au contact de l'air par des applications de poudre de riz ou de poudre d'amidon; des lotions tièdes avec des solutions astringentes, surtout avec de l'eau blanche, amènent rapidement la guérison dans le plus grand nombre des cas.

2° *Eczéma chronique*. Étudié surtout par Auspitz, Rau, Toynbee, Schwartz, Hébra, Triquet, il se présente le plus souvent chez l'enfant sous la forme d'eczéma *impétigineux*, et chez l'adulte sous celle d'eczéma *squammeux*. Dans le premier cas, il est caractérisé par des croûtes plus ou moins épaisses avec sécrétion séreuse abondante, rougeur et démangeaisons violentes. Dans le second, on remarque de la rougeur avec une abondante desquamation furfuracée.

Les préparations arsenicales à l'intérieur, des applications de pommade à l'oxyde de zinc, en ayant soin de mettre en contact avec le médicament toutes les parties malades : tels sont les moyens à employer contre la forme impétigineuse. Dans le cas d'eczéma furfuracé, les préparations de goudron, le collodion sont fortement recommandés.

E. **Tumeurs du pavillon**. Nous les divisons en bénignes et en malignes.

1° **Tumeurs bénignes**. (a) *Dépôts d'urate de soude (tophus du pavillon)*. Chez un certain nombre de goutteux, on a remarqué dans le pavillon et surtout dans le lobule de petites tumeurs, le plus souvent peu volumineuses, très-dures, constituées par des dépôts d'urate de soude. On a vu quelquefois un accès de goutte débiter par une rougeur et une douleur plus ou moins vive autour de la tumeur (Garrod).

(b) *Tumeur sanguine du pavillon (othématome)*. Elle succède aux contusions violentes, et s'accompagne presque toujours d'une fracture du cartilage. Ses caractères sont ceux de tous les épanchements sanguins sous-cutanés; Virchow croit qu'elle ne se produit qu'après un ramollissement préalable du cartilage. Elle ne se voit pas seulement chez les aliénés, comme on a voulu le prétendre. Si la résorption du sang épanché ne se fait pas, on ouvre le foyer avec le bistouri et on panse à plat; quelques chirurgiens préfèrent passer un petit séton dans la tumeur.

(c) *Tumeurs fibreuses*. Wild et Hilton ont constaté, chacun de son côté, une tumeur fibreuse du pavillon de l'oreille; l'ablation de la production morbide fut faite avec succès.

2° **Tumeurs malignes**. On ne voit guère le pavillon envahi par d'autres productions morbides de ce genre que par le cancroïde. Cette dernière affection n'est point rare. Le plus souvent elle marche rapidement, donne lieu à des douleurs atroces en se propageant aux parties profondes; elle amène rapidement l'infection ganglionnaire; ses symptômes, sa marche, sa terminaison et son traitement ne diffèrent en rien de celui du cancroïde affectant les autres parties du corps (voy. p. 487 et suiv.).

## CHAPITRE II.

### MALADIES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE.

**Procédés d'exploration du conduit auditif externe et de la membrane du tympan**. L'entrée seule du conduit auditif externe est accessible à la vue. En exposant le sujet à une lumière vive, en tirant fortement le pavillon en arrière et en haut, tandis qu'avec le pouce on déprime le tragus en avant, on peut apercevoir toute la portion antérieure du conduit auditif externe, et même, dans certains cas, selon Troltsch, on découvre une certaine portion de la membrane du tympan. Le plus souvent cet examen est insuffisant : les petits poils qui se trouvent implantés dans la partie cartilagineuse du conduit, l'étréoussure, la direction légèrement anguleuse de ce dernier empêchent la lumière de pénétrer. Pour éloigner ces obstacles, on se sert de petits instruments appelés *spéculums* de l'oreille, que l'on introduit dans le conduit auditif externe, en même temps que l'on projette au fond la lumière du jour concentrée au moyen d'un miroir concave, en ayant soin de redresser la direction du conduit auditif en attirant le pavillon en arrière et en haut.

Il y a différentes sortes de *spéculums* de l'oreille : les uns bivalves, tels sont ceux d'Itard, de Kramer; d'autres bivalves et coudés, celui de Bonnafont, par exemple. Les chirurgiens français emploient de préférence les spéculums bivalves, bien à tort, sans aucun doute, l'écartement des deux valves permettant aux petits poils, à de petits fragments de cérumen, aux desquamations épidermiques d'intercepter le passage de la lumière et de s'opposer ainsi à un examen complet. En Allemagne et en Angleterre, on emploie les spéculums pleins; tel est celui de Wilde, qui se compose d'un tube en argent de forme conique, de 1 pouce et demi de longueur; l'extrémité la plus large mesure cinq huitièmes de pouce, la petite 2 à 4 lignes environ. Il existe une infinité d'espèces de spéculums pleins : les uns sont en métal, les autres en caoutchouc vulcanisé; leur forme varie à l'infini. Un des plus connus est celui de Politzer en caoutchouc vulcanisé. C'est un tube cylindrique, à extrémité évasée, infundibuliforme, de 22 millimètres de diamètre; l'extrémité inférieure est cylindrique et mesure de 4 à 6 millimètres.

Les modes les plus variés ont été employés pour éclairer le conduit auditif : Troltsch se sert de la lumière solaire, qu'il concentre au moyen d'un miroir concave en verre étamé de 8 à 9 centimètres de diamètre, d'une distance focale de 14 à 16 centimètres et percé d'un trou à son centre. Toynbee emploie une bougie, Triquet une forte lampe à huile de schiste, à bec plat, et munie d'un réflecteur concave de 15 centimètres de diamètre, situé en arrière du foyer lumineux. On doit à Bonnafont l'*otoscope*, qui semble réunir toutes les conditions désirables pour obtenir un bon éclairage.

L'introduction du spéculum demande, surtout chez les jeunes enfants, beaucoup de précautions. Tirant le pavillon en haut et en arrière, de manière à redresser la direction du conduit auditif, on insinue l'instrument, en le poussant doucement d'avant en arrière, en même temps qu'on lui imprime de légers mouvements de rotation; bientôt le spéculum ayant pénétré à une profondeur suffisante, on découvre la membrane du tympan, dont on apprécie la couleur, la forme, la direction, la grandeur, les différences pathologiques de voussure, les vaisseaux qui la parcourent; en retirant lentement le spéculum on examine toute la longueur du conduit auditif. Le plus important de cette exploration est de déterminer le point du tympan où apparaît par transparence le manche du marteau. Il sert de repère pour apprécier les changements survenus dans la forme et la direction du tympan. Pendant l'introduction du spéculum il arrive parfois que quelques plaques épidermiques se détachent du conduit auditif; elles peuvent se rouler sur elles-mêmes en forme de cornet, ou se présenter de champ sous forme d'une cloison blanchâtre qu'il faut prendre garde de confondre avec la membrane du tympan. Un examen attentif permet d'éviter cette erreur, qui serait loin d'être rare, d'après Bonnafont et Ménière.

**A. Blessures du conduit auditif.** Les unes sont dues à l'imprudence des malades, qui s'introduisent dans le conduit auditif des corps piquants, épingles, aiguilles à tricoter, etc.; d'autres sont produites par les manœuvres du chirurgien qui cherche à extraire un corps étranger. Ces blessures sont en général peu graves, tant qu'elles restent bornées aux parois latérales du conduit auditif. Il n'en est plus de même si elles atteignent la membrane du tympan, qui peut se trouver perforée. On a vu quelquefois, à la suite de grandes violences exercées sur la mâchoire inférieure et surtout sous le menton, des fractures plus ou moins considérables de la portion du conduit auditif dont la face antérieure contribue à former la fossette articulaire qui reçoit le maxillaire inférieur. Cette fracture est rare: le cartilage inter-articulaire présente une épaisseur suffisante pour amortir considérablement le choc par contre-coup. Quand cette fracture se produit, on constate une hémorragie par l'oreille, et souvent une vive inflammation consécutive du conduit auditif.

**B. Corps étrangers.** Les uns sont vivants, d'autres inertes.

**1° Corps étrangers vivants.** Ce sont surtout des insectes (perce-oreille), ou des larves de diptères (larves de mouches, etc.). Dès qu'on a reconnu leur présence, il faut tâcher de les saisir avec une pince et de les amener au dehors. Si l'on ne peut réussir, on injecte dans l'oreille un liquide huileux; l'insecte périt bientôt; en renversant la tête du côté opposé, souvent l'insecte sort; d'autres fois on portera un morceau de coton cardé dans le conduit auditif; l'insecte s'y engage et est facilement amené au dehors. Sédillot a vu, pendant la campagne de Constantine, de nombreux blessés avoir les oreilles remplies de vers et souffrir cruellement. Des injections avec une solution de sublimé firent périr ces larves, qui furent ensuite extraites à l'aide de pinces appropriées.

**2° Corps étrangers inertes.** Les uns sont mous, les autres durs. Les

premiers sont en général peu dangereux; on les enlève à l'aide d'un crochet, en ayant soin de les diviser s'ils sont trop volumineux.

**Corps durs.** Si ces corps ne sont pas pointus, s'ils n'ont pas été introduits violemment dans le conduit auditif, ils peuvent y séjourner longtemps sans donner lieu à aucun accident grave, et sans amener une grande gêne dans les fonctions de l'ouïe. Marchal (de Calvi) cite un cas dans lequel un grain de chapelet resta quarante-cinq ans dans l'oreille d'un homme. Dans un autre cas, une molaire cariée séjourna quarante ans dans l'oreille sans donner lieu à aucun dérangement. Il arrive souvent que ces corps sortent seuls pendant le sommeil, lorsque la tête repose sur le côté correspondant. Dans les cas où le corps étranger ne cause pas d'accidents, il est raisonnable de temporiser, au lieu de se livrer à des tentatives d'extraction qui ne servent souvent qu'à l'enfoncer plus profondément, le pressent contre le tympan qui finit par être perforé. Ces manœuvres déterminent parfois aussi des affections très-graves: paralysie faciale, méningite suppurée, etc. Sabatier rapporte qu'à la suite de tentatives maladroites faites dans le but d'extraire une boulette de papier mâché dont la présence n'était pas même certaine dans le conduit auditif, le malade resta bien portant pendant quelques mois, puis il fut atteint de fièvre maligne avec céphalalgie violente. Après sa mort, l'autopsie montra un abcès de la caisse du tympan communiquant avec un large abcès de la substance cérébrale. La caisse renfermait la boulette de papier, qui y avait été poussée pendant les tentatives d'extraction, après la rupture violente du tympan. Ainsi donc, à moins d'indications pressantes, il vaut mieux attendre que de se livrer à des essais d'extraction qui peuvent être si dangereux.

Dans d'autres cas, au contraire, la présence des corps étrangers occasionne des troubles locaux assez graves et même quelquefois des troubles généraux qui réclament tout de suite l'intervention du chirurgien. Fabrice de Hilden fit cesser des accès épileptiformes qui duraient depuis huit ans, par l'extraction d'une perle de verre de la grosseur d'un pois, dont la présence dans l'oreille avait été jusque-là méconnue. Les corps étrangers du conduit auditif peuvent encore produire des troubles graves soit du côté de l'estomac, soit du côté du poumon, par l'action réflexe qu'ils exercent sur le nerf pneumo-gastrique, dont quelques rameaux se distribuent à la peau du conduit auditif. F. Arnold rapporte le cas d'une jeune fille atteinte depuis longtemps d'une toux violente avec expectoration abondante, vomissements fréquents, amaigrissement considérable, qui guérit immédiatement après l'extraction d'un haricot de chacune des oreilles. Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations analogues. Dans des cas de ce genre, dès qu'il se manifeste des accidents, il faut intervenir et procéder à l'extraction du corps étranger. On peut se servir d'un petit fer recourbé, de pinces longues et fines, d'une anse de fil d'archal, de la curette de Leroy d'Étiolles. Sédillot emploie de préférence le petit crochet d'acier flexible, destiné à l'extraction des canules employées autrefois par Dupuytren dans le traitement de la fistule du sac lacrymal. Mayor et Toynbee ont conseillé les injections forcées; chez un sujet dont la membrane du tympan était dé-

truite, Deleau expulsa un corps étranger par une injection d'air dans la trompe.

Paul d'Egine avait proposé de décoller la conque auriculaire en arrière, en pratiquant à la partie postérieure de l'oreille une incision demi-circulaire. Dans le cas où toute autre tentative serait restée sans résultat, Troltsch préfère l'incision faite à la partie supérieure du conduit auditif, pour éviter la blessure de l'artère auriculaire postérieure. Sédillot eut recours une fois au procédé de Paul d'Egine pour l'extraction d'un crayon de mine de plomb introduit dans l'oreille d'un enfant; le décollement de la conque n'a pas rendu l'extraction plus facile : ce procédé nous semble donc devoir être abandonné.

Quel que soit l'instrument que l'on emploie, il faut agir avec douceur; on place le sujet en face du jour et l'on lubrifie le canal avec un peu d'huile; attirant le pavillon en haut, on introduit l'instrument le long de la paroi inférieure du conduit auditif; on cherche à le passer sous le corps étranger, que l'on fait basculer et que l'on parvient à extraire.

3° **Accumulation de cérumen.** Le produit d'élimination des nombreuses glandes sébacées et cérumineuses répandues dans la portion externe du conduit auditif, mêlé aux débris épidermiques et ordinairement à un certain nombre de petits poils, s'accumule souvent, surtout chez les vieillards, dans le conduit auditif, et peut donner lieu non-seulement à la surdité, mais encore causer des accidents cérébraux plus ou moins graves, dus, suivant Toynbee, au refoulement de la membrane du tympan et de la chaîne des osselets de l'ouïe, d'où une compression du contenu du labyrinthe. Ces accidents sont semblables à ceux de la compression cérébrale. Dans d'autres cas, ces masses cérumineuses durcies produisent des effets divers sur le conduit osseux et la membrane du tympan; le premier a été vu considérablement dilaté par Toynbee. Dans un cas, les parois osseuses du conduit, ayant été perforées, avaient livré passage à une masse cérumineuse qui à l'autopsie fut trouvée logée au milieu des cellules mastoïdiennes. Dans un autre cas, il y avait eu perforation de la membrane du tympan, le cérumen avait pénétré dans l'intérieur de la caisse.

Bonnafont regarde le défaut de soins de propreté comme la cause la plus ordinaire de ces accumulations de cérumen. Troltsch pense qu'elles sont dues à une disproportion entre la production et l'élimination de cette matière; soit que la quantité sécrétée soit très-considérable, soit que le cérumen se trouve retenu dans le conduit auditif par des circonstances particulières, telles que les rétrécissements du conduit auditif. Suivant le même auteur, ces accumulations se forment lentement, et ce n'est guère qu'au bout d'une dizaine d'années que le conduit auditif se trouve complètement obstrué. Toynbee admet au contraire que ces bouchons sont toujours la conséquence d'une inflammation aiguë spéciale des glandes cérumineuses ou des parties profondes de l'appareil de l'audition. Il se fonde sur ce que dans certains cas, il y a soulagement immédiat après l'enlèvement du bouchon, tandis que, dans d'autres cas, le soulagement est très-faible ou même nul. D'après le même auteur, dans un certain nombre de cas où il

n'y a pas d'amélioration après leur enlèvement, ces bouchons indiquent l'obstruction des trompes, l'épaississement de la muqueuse de la caisse, l'ankylose de l'étrier, etc.

Quelle que soit l'origine que l'on attribue à ces accumulations de cérumen, il faut néanmoins les enlever. Le traitement consiste à ramollir d'abord le bouchon par des instillations répétées d'eau tiède, puis à pratiquer des injections d'eau tiède dans le conduit auditif. Un certain nombre d'injections sont souvent nécessaires. On se gardera bien d'employer le cure-oreille ou d'autres instruments qui peuvent déterminer des perforations du tympan, des douleurs vives, des hémorragies et d'autres lésions graves.

**C. Polypes du conduit auditif externe.** Les polypes de l'oreille sont encore assez mal connus de nos jours. D'après Bonnafont, ils sont complètement semblables aux polypes naso-pharyngiens, et naissent le plus souvent de la partie la plus profonde du conduit auditif externe, et même de la membrane du tympan. Triquet croit au contraire qu'ils proviennent de la muqueuse de la caisse et même du rocher, à la suite d'otorrhées aiguës ou chroniques qui ont détruit la membrane du tympan. Troltsch affirme aussi qu'ils ne se forment qu'après des suppurations de longue durée, qu'ils sont toujours précédés d'une inflammation prolongée; qu'ils naissent bien plus souvent de la muqueuse de la caisse que de la membrane du tympan et du conduit auditif externe. Le même auteur cite plusieurs cas où les polypes avaient pris naissance sur la portion osseuse de la trompe. Voltalini rapporte l'histoire d'un polype implanté à l'ouverture tympanique de la trompe; se divisant ensuite en deux branches, l'une remplissait complètement le conduit auditif externe, l'autre traversait la trompe jusqu'à son orifice pharyngien.

Toynbee reconnaît trois classes de polypes du conduit auditif externe; les plus fréquents sont ceux qu'il désigne sous le nom de polypes *celluleux-framboisés*. Ils sont constitués par de nombreux petits grains arrondis, rattachés par un petit prolongement à une tige ou pédicule central. Ces polypes sont mous, d'un volume variable, saignent et se déchirent facilement sous l'action des instruments. On les rencontre surtout à la portion postérieure du conduit auditif externe, au voisinage du tympan. Ils sont constitués par des amas de cellules arrondies recouvertes d'un épithélium vibratile. Les polypes *fibro-gélatineux*, un peu moins fréquents que les précédents, forment la seconde classe. Ils sont en général volumineux, naissent des parois du conduit auditif par un pédicule qui présente un ou plusieurs petits renflements; arrivés à l'orifice externe du conduit auditif, ils présentent en général une forme globuleuse. Leur masse est formée de tissu fibreux, recouvert d'un épithélium analogue à celui de la muqueuse buccale. Dans l'intervalle des mailles du tissu fibreux, on remarque un nombre plus ou moins considérable de corpuscules arrondis ou irrégulièrement ovalaires, qui atteignent quelquefois le volume d'un globule sanguin; entre ces corpuscules se trouve interposée une substance gélatineuse amorphe, quelquefois si abondante qu'elle forme à elle seule la presque