

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.

Löwenberg 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^o 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.

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 blanche, 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 styilet. 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'amande douce 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).

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 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 récurrences.

Traitement. — Wilde et Trœltsch 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.

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 goutteuse.

a. — OTITE EXTERNE AIGUE.

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 boriquée, le chloral au centième, devront remplacer les injections émollientes. Plus tard enfin, quand l'inflammation est à son déclin, les injections légèrement astringentes (avec l'alun, le tanin, 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 manifes-

tation de la maladie. Elle est le plus souvent produite par un état général diathésique, scrofuleux 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. Çà 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 amenant la carie et la nécrose des os.

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 myringomycoïsis, 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.

Symptômes et marche. — Le développement de l'*aspergillus* cause des douleurs généralement violentes, des bourdonnements et de la surdité. Quant aux signes locaux, ils consistent en la formation d'un dépôt blanchâtre, ou de grumeaux isolés, qui tapissent la membrane du tympan et la partie profonde du conduit auditif. L'arrachement de cette sorte de fausse membrane ne se produit qu'avec difficulté et au prix de vives douleurs. Souvent on trouve au-dessous d'elle la peau rouge et épaissie, et la production morbide ne tarde pas à reparaitre.

La marche est aiguë ou chronique. La masse parasitaire se développe en quelques jours; mais les récidives fréquentes prolongent quelquefois la maladie pendant plusieurs mois.

Étiologie et pathogénie. — Le développement de l'*aspergillus* dans l'oreille suppose l'introduction de spores venus du dehors. Le malade de Lévi était un soldat qui se tenait couché sur du foin moisi. Wreden a retrouvé les spores d'*aspergillus* suspendues parmi les poussières de la chambre d'une de ses malades. Mais on s'est demandé si ces parasites jouaient véritablement le rôle de cause, ou bien s'ils

ne se développaient que secondairement dans le cours d'une inflammation de l'oreille. On tend aujourd'hui avec Wreden à considérer l'otite parasitaire comme une entité morbide spécifique. Toutefois, le gonflement de l'épiderme ramolli, dans le cours d'une otite externe, constitue une condition favorable à son développement. Une otorrhée abondante est, au contraire, une circonstance peu propre au développement du microphyte. D'après Bezold, les instillations d'huile en seraient la cause; Wreden note la fréquence beaucoup plus grande de l'aspergillus chez l'homme que chez la femme. D'après Urbantschitsch, on ne l'aurait pas encore rencontré chez les enfants.

Diagnostic. — Il se fera surtout d'après la présence de ces masses blanchâtres sur la membrane du tympan et dans la partie profonde du conduit auditif, et surtout d'après l'examen microscopique.

Pronostic. — Il est généralement bénin. Le parasite reste le plus souvent superficiel; mais on l'a vu pénétrer dans l'épaisseur même de la membrane du tympan, et, après l'avoir ulcérée, faire irruption dans l'oreille moyenne.

Traitement. — Le traitement consiste à détruire le parasite par des injections antiseptiques ou par des caustiques. Wreden a conseillé l'hypochlorite de chaux. On peut employer l'acide phénique ou salicylique. Ladreit de Lacharrière recommande de toucher les points malades avec une solution de nitrate d'argent au quart; M. Terrier dit s'être bien trouvé d'instillations de glycérine phéniquée.

e. — OTITE SYPHILITIQUE.

On peut voir des plaques muqueuses, des condylomes, des ulcérations dues à la syphilis dans le conduit auditif externe. Toutefois, les plaques muqueuses du conduit auditif sont rares, puisque, sur 560 malades atteintes de plaques muqueuses observées par M. Desprès à Lourcine, cet auteur n'en a vu que quatre présentant des plaques muqueuses du conduit auditif externe. On a signalé également de petites tumeurs gommeuses circonscrites du conduit auditif. Mais, en dehors de ces faits, Ladreit de Lacharrière a décrit une otite syphilitique, accident de la période secondaire constituant une manifestation spécifique, qu'il compare à l'iritis syphilitique.

Les caractères de cette variété d'otite sont, d'après l'auteur, son début rapide et peu douloureux. Les deux conduits sont atteints simultanément; la peau et la membrane du tympan sont rouges et fendillées. Le méat est souvent rétréci au point de rendre difficile l'examen au spéculum. La sécrétion, séreuse d'abord, devient ensuite muco-purulente et répand une odeur très désagréable.

L'otite syphilitique coïncide avec les autres manifestations secondaires de la diathèse; elle guérit le plus souvent sans laisser de traces; quelquefois cependant elle amène un certain degré d'épaississement de la membrane du tympan.

Le traitement n'est autre que le traitement général de la syphilis. Les frictions sur l'apophyse mastoïde avec la pommade iodurée, les injections émollientes, donneraient d'excellents résultats.

f. — OTITE GOUTTEUSE.

Sous le nom d'otite goutteuse, Ladreit de Lacharrière décrit une inflammation du conduit auditif coïncidant avec d'autres manifestations de la diathèse goutteuse du côté des reins et des articulations. L'inflammation n'atteindrait pas seulement le conduit auditif externe, mais aussi le pavillon. Il y a un gonflement et un rétrécissement considérable du conduit auditif; des vésicules herpétiques s'y forment, et amènent bientôt une sécrétion muco-purulente, glaireuse. La peau du pavillon de l'oreille est tendue et violacée. Cette fluxion intense se produit rapidement et s'accompagne de douleurs violentes. Le pronostic n'offre pas de gravité.

ARTICLE III

NÉOPLASMES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE.

Les principales tumeurs qu'on rencontre dans le conduit auditif sont les tumeurs sébacées, les exostoses, les polypes et les tumeurs malignes (épithélioma, sarcome).

a. — TUMEURS SÉBACÉES.

Signalés pour la première fois par Toynbee sous le nom de tumeurs