

Elle est primitive ou consécutive. *Primitive* elle reconnaît pour cause l'influence d'un agent extérieur, le froid, les traumatismes divers du conduit auditif, l'introduction dans cette cavité de corps étrangers, de liquides irritants ou septiques, du pus blennorrhagique (HUNTER, VIGAROUX, ITARD, TRIQUET). *Consécutive*, l'otite aiguë est souvent due à la propagation au conduit auditif d'une affection de la face ou du cuir chevelu (érysipèle, eczéma, etc.); on l'observe encore à la suite des fièvres graves : rougeole, scarlatine, variole. Pour terminer cette énumération, signalons la présence de lésions syphilitiques, dont l'existence dans le conduit détermine l'apparition d'un écoulement, et mentionnons enfin l'influence des états constitutionnels : rhumatisme, tuberculose.

Symptômes. — Les premiers symptômes de la maladie consistent dans un état de sécheresse exagérée du conduit, avec sensation de chaleur et démangeaisons; bientôt survient un gonflement considérable qui obstrue le conduit et rend l'examen fort difficile, sinon impossible. Les douleurs des plus violentes sont, comme dans le cas précédent, augmentées par les mouvements des mâchoires; les malades accusent une surdité graduellement croissante, des bourdonnements, des battements, phénomènes dus à l'inflammation de la membrane du tympan qui accompagne presque toujours l'otite. Dans certains cas, les douleurs s'irradient le long des branches du trijumeau; cette inflammation détermine une réaction fébrile et un état saburral assez marqué.

Après deux ou trois jours, les symptômes locaux et généraux s'amendent, et on constate l'apparition d'un écoulement d'abord séro-purulent, plus tard purulent. La quantité du liquide ainsi sécrété varie suivant l'origine de la maladie. L'écoulement continue en général pendant une quinzaine de jours, de purulent devient séreux, puis diminue peu à peu, et vers la fin du troisième septénaire, ordinairement tout a disparu.

La marche de la maladie n'est pas toujours aussi franche; chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, l'abondance de la sécrétion reste la même et la maladie passe à l'état chronique. Dans d'autres circonstances, heureusement fort rares, l'inflammation se communique aux couches sous-jacentes (otite périostique); enfin elle peut gagner la membrane du tympan et la caisse, nous verrons plus tard la gravité spéciale de ces complications.

Diagnostic. Pronostic. — L'inflammation diffuse du conduit auditif est habituellement difficile à reconnaître. Le furoncle seul pourrait donner le change; mais alors, l'inflammation n'occupe pas toute l'étendue du conduit auditif, elle est surtout accentuée en un point, la petite masse est acuminée, le gonflement n'est pas uniforme.

Il serait fort important au point de vue du pronostic, de connaître l'état de la membrane du tympan, mais les explorations étant, comme nous l'avons dit, souvent impossibles et toujours fort douloureuses à cause du gonflement, il est prudent de s'abstenir. Ce défaut de renseignements doit rendre le chirurgien fort réservé sur le pronostic, car si le plus souvent la maladie guérit sans laisser de traces, il faut se rappeler la possibilité des complications que nous avons signalées.

Traitement. — Avant l'apparition de l'écoulement, on doit chercher à mo-

dérer l'inflammation et à calmer la douleur. La première indication sera remplie par une application de sangsues au niveau du tragus. Les vésicatoires que l'on a l'habitude de placer en arrière de l'apophyse mastoïde n'ont aucune action. Il convient donc d'abandonner ces dérivatifs qui ne sont pas toujours exempts d'inconvénients. Pour calmer la douleur, on instillera dans l'oreille des solutions émollientes et calmantes (décoction de pavot, de guimauve). Les douches locales de vapeur constituent aussi un excellent moyen. Il faut proscrire sévèrement les huiles diverses, si employées encore, qui restent dans le conduit auditif, rancissent, et sont une cause nouvelle d'irritation. Dès que l'écoulement commence à diminuer, les instillations avec des substances astringentes (acétate de plomb, sulfate de zinc) trouveront leurs indications.

2° OTITE EXTERNE CHRONIQUE

Étiologie. — L'inflammation chronique du conduit auditif externe est une terminaison fréquente de l'otite aiguë. Elle peut s'établir d'emblée, mais le plus souvent la constitution du sujet a sur l'apparition du mal et sur sa forme, une influence des plus marquées. La forme humide ordinaire chez les scrofuleux, constitue ces écoulements rebelles connus sous le nom d'otorrhée, qui sont très communs chez les enfants et les adolescents. A l'âge adulte, la maladie est plutôt sous la dépendance de l'arthritisme, l'écoulement est alors nul ou presque nul (forme sèche).

Symptômes. — 1° *Forme humide.* — Quelle que soit son origine, la maladie se traduit par un écoulement du conduit auditif dont la quantité et la coloration varient. Il est tantôt clair, jaune citrin ou séreux, tantôt au contraire louche, jaune-verdâtre : son odeur peut être très faible ou âcre, et repoussante, les démangeaisons sont fréquentes, les douleurs généralement très marquées. Les parois du conduit semblent légèrement injectées, macérées, elles sont recouvertes par un enduit blanchâtre, ou par des croûtes d'un brun jaunâtre. La membrane du tympan, opaque, présente la même coloration.

2° *Forme sèche.* — L'écoulement est peu considérable; en revanche il existe des démangeaisons fort désagréables avec sensation de chaleur et de tension des parties. Pour calmer ces démangeaisons, le malade se gratte avec des instruments divers; ces manœuvres diminuent le prurit mais augmentent la sensation de chaleur et de plénitude. Le derme est épaissi, des lamelles épidermiques mortifiées et plus ou moins adhérentes en tapissent les parois, l'épaississement ne tarde pas à envahir la membrane du tympan; l'acuité auditive est toujours diminuée.

Marche. Complications. — Abandonnée à elle-même, la maladie a peu de tendance à la guérison, dans les cas les plus heureux, sa durée est toujours très longue. La persistance des divers états que nous venons de décrire peut entraîner des complications graves du côté des organes voisins. Nous avons signalé l'épaississement de la membrane du tympan, son ulcération, ajoutons la formation de polypes et le développement d'une otite moyenne consécutive. Enfin l'inflammation envahit parfois les parties sous-jacentes et donne nais-

sance à la variété d'otite dite périostique, dont nous verrons plus tard la gravité.

Diagnostic. Pronostic. — Le diagnostic n'offre aucune difficulté : l'otite externe chronique est fréquemment négligée ; cependant sa durée, les altérations que subit la fonction auditive, les complications graves, même mortelles qui peuvent survenir, en font une maladie sérieuse.

Traitement. — Dans la forme humide, on fera plusieurs fois dans la journée, avec toutes les précautions convenables, des lavages du conduit avec de l'eau tiède et légèrement phéniquée. Ces irrigations empêchent la stagnation, préviennent la mauvaise odeur et les dépôts épidermiques ; immédiatement après, il faut instiller quelques gouttes d'une solution astringente (collyre au sulfate de zinc, de cuivre, au nitrate d'argent, etc.), dont on graduera peu à peu les proportions. Ces mêmes instillations seront aussi employées avec avantage dans la forme sèche. Enfin le médecin traitera surtout l'état général ; chez les scrofuleux, les toniques, les préparations iodurées, l'huile de foie de morue seront employés de préférence ; chez les arthritiques, c'est à la médication arsenicale ou sulfureuse qu'il faut s'adresser. Une saison au Mont-Dore ou à la Bourboule hâtera souvent la guérison.

3° OTITE PÉRIOSTIQUE

L'inflammation du périoste et de l'os, rare comme complication de l'otite externe aiguë, plus fréquente dans les otites chroniques anciennes, se montre aussi parfois à la suite des fièvres éruptives (rougeole, scarlatine) ; on a signalé encore cette affection comme complication possible de la syphilis à la troisième période.

Symptômes. — L'otite périostique est caractérisée par l'apparition brusque de douleurs sourdes, térébrantes, dont la violence augmente pendant la nuit. En même temps, on constate l'existence d'un gonflement œdémateux du conduit auditif, dont la lumière est obstruée et transformée en une simple fente. Les symptômes s'amendent parfois, le plus souvent apparaît une suppuration intense bientôt suivie de la nécrose d'une portion du conduit osseux. Dans quelques circonstances, l'affection semble entrer en voie de résolution, mais il persiste un gonflement notable des parties molles, la maladie passe à l'état chronique, de temps à autre surviennent alors des poussées aiguës.

Complications. — L'ostéo-périostite peut se propager au dehors ; elle envahit alors l'apophyse mastoïde, la partie écailleuse du temporal, et détermine des troubles du côté de l'articulation temporo-maxillaire, origine de certaines tumeurs blanches. Dans d'autres cas plus graves, l'inflammation gagne les parties profondes, se communique aux méninges et au cerveau, entraînant des accidents mortels. Les rapports intimes de la paroi supérieure du conduit auditif avec la fosse cérébrale moyenne, les anastomoses de ses vaisseaux avec ceux du diploé et des sinus, expliquent fort bien la possibilité de semblables accidents, sans qu'il existe aucune lésion du côté de la caisse (TRÖLTSCHE, TOYNBEE, DUPLAY).

Diagnostic. Pronostic. — L'apparition de douleurs térébrantes dans le

cours d'une otite, leur augmentation pendant la nuit, l'état du sujet, les commémoratifs mettront sur la voie du diagnostic. L'élimination des séquestres est toujours de longue durée, leur présence entretient la suppuration ; la guérison ne survient qu'après leur expulsion.

La violence des douleurs, la suppuration, la possibilité des complications que nous venons de signaler, font de l'ostéo-périostite une affection des plus graves.

Traitement. — On cherchera à calmer les douleurs par des frictions d'onguent mercuriel belladonné autour de l'oreille, par des injections de morphine, une application de sangsues. Les injections émollientes, les douches chaudes seront aussi fort utiles. Dès que la suppuration est établie, que le conduit auditif devient perméable, on insistera sur les irrigations tièdes, avec une solution d'acide borique ou salicylique à 4 p. 100. Les séquestres seront extraits dès que leur motilité le permettra. La guérison étant commencée, il faudra surveiller avec soin la cicatrisation afin de s'opposer à la production d'adhérences et de rétrécissements.

4° OTITE PARASITAIRE

Les parasites de l'oreille, signalés pour la première fois par MEYER en 1844, ont été étudiés surtout par SCHWARTZ, WREDEN et LÉVY. Les variétés le plus souvent observées sont l'*Aspergillus nigricans*, *flavescens*, et l'*Aspergillus fumigatus* (BÉZOLD). Le siège d'élection de ces parasites est la partie postérieure du conduit auditif, au voisinage de la membrane du tympan. Ils se montrent sous forme de fausses membranes recouvertes d'un dépôt blanchâtre et velouté, parsemé de points noirâtres ou rougeâtres. Les malades se plaignent de douleurs, de bourdonnements, accusent une sensation de compression du côté de la membrane du tympan, et deviennent rapidement sourds. Spontanée ou provoquée, la chute de la fausse membrane entraîne une prompte amélioration.

Le développement de la maladie résulte de l'introduction de spores, dont la germination est favorisée par la présence d'une légère humidité du conduit auditif.

Le pronostic est généralement bénin, la maladie dure de une à six semaines, mais elle récidive avec la plus grande facilité.

Traitement. — Après avoir enlevé les fausses membranes, il faut faire des instillations avec une solution antiparasitaire : hypochlorite de chaux 1 p. 300 (WREDEN) ; alcool absolu (WEBER, LIEL) ; acide salicylique 2 p. 100 (BÉZOLD) ; nitrate d'argent, solution au 1/4 (LADREIT DE LACHARRIÈRE).

§ 3. — Tumeurs du conduit auditif externe

1° TUMEURS SÉBACÉES

TOYNBEE a donné ce nom à une affection des plus rares, constituée par une accumulation de cellules épidermiques disposées par couches superposées,

enfermées dans une membrane spéciale. Ces productions auraient une marche incessante, détruiraient peu à peu les parois du conduit, et entraîneraient la mort du sujet en ouvrant la cavité crânienne. Le traitement consiste : 1° à inciser le sac ; 2° à vider avec une curette les masses épithéliales ; 3° à arracher les parois avec des pinces convenables.

2° EXOSTOSES

Les tumeurs osseuses du conduit auditif ont été étudiées par WELKER, TRIQUET, BONNAFONT, etc. Généralement, il est admis que ce genre de tumeur est rare ; contrairement à cette opinion, LADREIT DE LACHARRIÈRE pense que les exostoses du conduit auditif sont aussi fréquentes que celles des autres parties du corps.

La cause du développement de ces tumeurs est encore peu connue : on a prétendu qu'elles étaient d'origine goutteuse ou rhumatismale (TOYNBEE), syphilitique (TRIQUET). Une irritation mécanique du conduit, comme celle qui résulte de la présence de pus dans son intérieur ou de l'usage fréquent des bains de mer, est souvent l'origine des exostoses de l'oreille (G. FLIED). Enfin DUPLAY incline à admettre l'origine congénitale de ces productions.

D'après J. PATTERSON CASSELS, ces tumeurs se présenteraient sous deux formes. Tantôt le conduit auditif, dans toute sa portion osseuse, serait le siège d'un travail pathologique qui arriverait à former une sorte de bouchon obturateur (*hyperostose*) ; tantôt au contraire, en un point particulier se développerait une masse bien limitée (*exostose*). Cette dernière variété serait de beaucoup la plus fréquente.

Il existe parfois une seule tumeur dont le développement progressif diminue peu à peu la lumière du conduit ; dans d'autres cas, plusieurs masses nées de points opposés se portent à la rencontre les unes des autres, puis se confondent. Les exostoses se présentent sous forme de petits corps durs, arrondis, mamelonnés, à surface lisse ou légèrement ondulée : elles peuvent acquérir la dureté de l'ivoire ; d'ordinaire elles naissent de la paroi supérieure du conduit auditif. TRÖLTSCH prétend avoir toujours rencontré ces tumeurs simultanément dans les deux conduits ; d'après WILD et BONNAFONT, au contraire, elles sont unilatérales.

Leur développement est lent ; le seul symptôme auquel elles donnent lieu est une diminution croissante de l'ouïe, parfois cependant les malades accusent des douleurs violentes revenant par accès névralgiques. Le siège des exostoses semble dans ce cas jouer un certain rôle ; les exostoses situées près du méat sont insensibles, celles qui sont profondes sont douées d'une extrême sensibilité.

Traitement. — S'il existe encore un passage entre la production et le conduit, on a conseillé la dilatation à l'aide d'un mandrin (BONNAFONT), de tiges de laminaria (BREMER). Ces procédés sont le plus souvent insuffisants ; il vaut mieux attaquer la tumeur à l'aide de rugines appropriées ; dans le cas d'obturation complète, il faut la perforer. MATHEWSON, G.-P. FIELD, BREMER, ont em-

ployé avec succès dans ces dernières années le perforateur ou foret mécanique des dentistes. L'opération est principalement indiquée quand on constate une obturation complète déterminant la surdité, et surtout lorsqu'une collection purulente enfermée dans la cavité tympanique ne peut trouver issue au dehors. Il est inutile d'ajouter que le malade aura été soumis au préalable à la médication antispécifique.

§ 4. — Vices de conformation

a. Dilatation anormale. — Les sujets atteints d'otite sèche avec épaissement de la membrane du tympan, présentent fréquemment une largeur excessive du conduit auditif dont la courbure est en même temps redressée, de sorte qu'avec l'auriculaire on peut arriver directement sur le tympan. Nous sommes absolument impuissants contre pareille affection, le seul remède consiste à faire mettre un peu d'ouate dans le conduit auditif.

b. Obturation. — L'obturation du conduit auditif peut être congénitale ou acquise. L'obturation congénitale (imperforation) coïncide souvent avec une malformation des organes voisins (absence du pavillon, de l'oreille moyenne, arrêts de développement de la face, etc). Dans d'autres cas, un simple opercule cutané oblitère le méat, en se continuant directement avec la peau des parties environnantes ; enfin l'obstacle peut siéger dans le conduit lui-même en un point plus ou moins rapproché de la membrane du tympan. Avant d'entreprendre une opération quelconque, il faut tout d'abord s'assurer de la conformation des organes et de l'état de la fonction auditive ; puis on cherchera à se rendre compte de l'épaisseur de l'obstacle, et de ses rapports avec le tympan. On se renseignera par l'exploration directe au stylet, ou à l'aide d'une aiguille à acupuncture. La profondeur à laquelle siège l'obstacle, son mode de sensibilité à la pression fourniront aussi des indications très utiles.

Le traitement est des plus simples. Il consiste, si l'obstacle n'est pas trop épais, à faire une incision cruciale de la membrane, puis à exciser chacun des lambeaux. On touchera les bords de la solution de continuité avec le nitrate d'argent, une mèche de charpie empêchera ensuite la réunion des parties. Pour détruire ces obstacles, quelques auteurs ont encore employé les caustiques ; LESCHEVIN et BONNAFONT préconisent le nitrate d'argent ; LADREIT DE LACHARRIÈRE, la pâte de Canquoin.

L'oblitération acquise ou cicatricielle du conduit auditif est rare. Elle siège toujours dans la portion fibro-cartilagineuse du conduit. Les brûlures, l'otite aiguë en sont les causes les plus ordinaires. Les méthodes opératoires précédemment indiquées sont applicables à ce genre de lésions.

c. Rétrécissements. — Les rétrécissements du conduit auditif peuvent être d'origine cutanée ou osseuse. Les premiers tiennent à un épaissement spécial du derme ou à une des différentes lésions herpétiques du conduit. Nous avons indiqué déjà le mode de formation des rétrécissements d'origine osseuse.

Les manifestations herpétiques seront traitées comme dans les autres régions. On se trouvera bien d'envoyer le malade aux eaux minérales d'Auvergne,

en particulier à la Bourboule. S'il existe un épaissement du derme, comme il persiste d'ordinaire une sorte de fente, on tentera d'obtenir la dilatation avec de la *laminaria digitata*, des morceaux d'éponge préparée. Les rétrécissements d'origine périostique seront traités à leur début par l'iodure de potassium à haute dose, et, plus tard, attaqués directement avec les instruments.

CHAPITRE IV

MALADIES DE LA MEMBRANE DU TYMPAN

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques de la membrane du tympan Perforations. — Ruptures

Bibliographie. — CLARKE, *Amer. Journ. of the Med. Sciences*, 2^e série, t. XXXV, p. 13, 1858. — W.-B. DALBY, *The Lancet*, 1873, t. I^{er}, p. 842. — SIMÉON SNELL, in *Ibid.*, 1875, t. II, p. 275. — SAYONS (E.), *Philad. Med. and Surg. Rep.*, 1879. — TURNBULL (Ch. S.), *eod. loc.*

La membrane du tympan, bien que protégée contre les agents extérieurs par sa résistance assez considérable, et surtout par sa situation, est cependant assez fréquemment le siège de plaies et déchirures.

Causes. — L'action du traumatisme peut être directe ou indirecte; dans le premier cas, la perforation est d'ordinaire unique; dans le second, il peut y avoir double et triple solution de continuité, on a même vu quelquefois la membrane transformée en crible.

a. Perforations de cause directe. — Les lésions de cette nature peuvent être produites: 1^o par les corps étrangers de tout genre que l'on introduit accidentellement ou volontairement dans le conduit auditif (cure-oreilles, crayons, plumes); 2^o par les instruments du chirurgien, pendant les manœuvres nécessitées pour l'extraction des corps étrangers; 3^o par un jet de liquide dirigé perpendiculairement et sans précaution aucune contre la membrane du tympan.

b. Perforations de cause indirecte. — Beaucoup plus fréquentes, elles reconnaissent pour cause les ébranlements violents de l'air ambiant, les variations brusques de la pression atmosphérique.

La rupture se fait, suivant les cas, de dedans en dehors, ou de dehors en dedans. La compression brusque de l'air atmosphérique dans le conduit auditif est la cause la plus fréquente de la rupture de dehors en dedans. Un soufflet vigoureusement appliqué sur le pavillon de l'oreille, la violence de la chute chez les plongeurs, déterminent des accidents semblables; la détonation des substances explosibles donne lieu aux mêmes effets: déchirure du tympan chez les artilleurs.

Produisent la rupture de dedans en dehors, en condensant l'air dans la

caisse, les efforts de toux, de chant, d'éternument, le cathétérisme par le procédé de POLITZER, etc. Le cathétérisme direct occasionne parfois des lésions analogues, ces cas doivent être considérés comme rares. Enfin, DUPLAY fait observer qu'on a vu se produire des déchirures indirectes de la membrane du tympan, par suite de violences directes exercées sur le crâne, à une distance plus ou moins grande de l'oreille.

Siège. — Les perforations traumatiques, sans être rares dans la moitié supérieure de la membrane du tympan, occupent d'ordinaire la partie inférieure. Les déchirures de cause indirecte se rencontrent d'une façon presque constante dans la partie postérieure et inférieure de cette membrane, en arrière du manche du marteau.

Forme. — Dans les déchirures de cause directe, la forme de la blessure



Fig. 79. — Rupture ovale dans le quadrat antéro-supérieur de la membrane du tympan d'une jeune fille. Cette rupture a été produite par la chute d'une grosse caisse sur l'oreille.

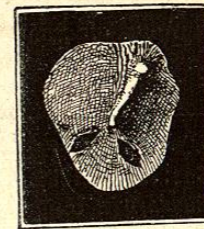


Fig. 80. — Rupture double par chute sur l'oreille, chez une femme de trente ans: aspect le troisième jour après l'accident.

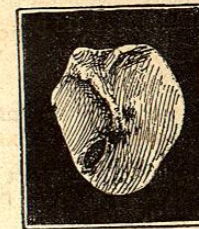


Fig. 81. — Rupture dans le segment antéro-inférieur du tympan, sur un enfant, à la suite d'un soufflet.

peut rappeler celle de l'instrument; les déchirures de cause indirecte ont une forme quelconque, linéaire, ovulaire, triangulaire (fig. 79, 80 et 81).

Symptomatologie. — La déchirure du tympan donne lieu d'ordinaire à une douleur assez violente qui peut occasionner la syncope. Peu après apparaît un écoulement sanguin qui sera naturellement d'autant plus abondant que la blessure siègera plus près du point où se trouvent les vaisseaux, c'est-à-dire du manche du marteau. Cette hémorragie prend quelquefois des allures inquiétantes, ainsi que DUPLAY l'a observé. Habituellement, la déchirure du tympan entraîne une diminution de l'acuité auditive; parfois, c'est le contraire que l'on observe, ce qui dépend de l'état de la membrane du tympan et de celui de la caisse avant l'accident. Des lésions diverses des osselets et de la caisse peuvent compliquer les déchirures de cause directe.

Diagnostic. — On doit tout d'abord nettoyer et laver le conduit avec soin, puis l'examen direct permettra facilement de reconnaître la perforation. Si l'on fait exécuter au malade une insufflation par le procédé de POLITZER, on entend un sifflement d'autant plus aigu que la perforation est plus petite; on peut de la même façon faire sortir par l'oreille de l'eau et surtout de la fumée.