

été piquée. Une opération n'est proposable que dans cette dernière hypothèse; encore Duplay conseille-t-il d'attendre que l'enfant ait l'âge de raison pour que le diagnostic puisse être mieux établi. Contre ces membranes oblitérantes on a employé les caustiques (Boyer, Itard), notamment les caustiques chimiques (nitrate d'argent fondu sur un stylet, potasse), mais ils exposent à la récurrence par cicatrisation vicieuse. Il est plus simple de recourir à l'incision cruciale suivie de l'excision des quatre lambeaux. Au-dessous de l'opercule membraneux on a trouvé un amas gélatineux qu'il importe d'extraire. (Rau.)

L'oblitération acquise succède à des brûlures (Nard), à l'introduction de corps étrangers. Le procédé chirurgical à lui opposer est le même que pour l'oblitération congénitale.

Dans l'un et l'autre cas (congénital ou acquis) l'examen avec le diapason doit établir l'état des oreilles moyenne et interne.

3° Malformations de la cavité tympanique et de l'oreille interne. — La membrane tympanique est sujette à quelques anomalies, par exemple dans son inclinaison. On peut la voir presque horizontalement placée, surtout chez les crétins, parce que la base du crâne ne subit pas son développement normal. Chez un sourd-muet dégénéré, Trölsch a pu mesurer l'angle de la membrane avec la paroi supérieure du conduit : il était de 167 degrés.

En d'autres circonstances la membrane présentera une division verticale, sorte de coloboma (Trölsch) ou des perforations congénitales au niveau de la membrane flaccide de Shrapnell, sans apparence d'atténuations morbides (Bochdalek). Gruber, Wreden ont signalé l'absence de la trompe d'Eustache. Elle peut être oblitérée à l'un ou l'autre de ses orifices. Son coude au niveau de l'artère carotide a été trouvé très accentué.

Plus on avance vers les parties profondes de l'appareil auditif et plus sont rares les difformités. La caisse peut manquer et être remplacée par un massif osseux, ou bien ce seront les osselets qui feront défaut, qui présenteront un type irrégulier.

Le labyrinthe aussi peut manquer, quelquefois en partie seulement (absence des canaux demi-circulaires, du limaçon, limaçon n'ayant qu'un tour de spire). Encore est-il souvent difficile de se prononcer sur l'origine évolutive ou pathologique de ces altérations.

Des déhiscences existent assez souvent, remplaçant par une paroi membraneuse les couches osseuses. Ainsi s'explique l'irruption du pus en des points qui semblaient préservés. On les rencontre sur le canal de Fallope, le *tegmen tympani*.

II

MALADIES DU PAVILLON

I. Lésions traumatiques (1). — 1° **CONTUSIONS.** — Qu'il y ait chute ou heurt violent sur la tête, le pavillon est appliqué fortement contre la région temporale très résistante, d'où lésions d'importance variable : ecchymoses, bosses sanguines, fracture des cartilages. Celle-ci s'observe principalement chez les vieillards dont l'âge ou l'arthritisme ont rendu cassantes les pièces cartilagineuses.

Certaines professions (lutteurs) entraînent des contusions chroniques par la répétition des violences endurées. Le pavillon prend alors le caractère éléphantiasique avec rougeur des téguments. Cette altération n'est point rare chez les fous, qui ont la manie de tirer constamment leurs pavillons. Le traitement ne comporte pas d'indications particulières à la région. S'il y a fracture des cartilages, on immobilise entre des plaques d'ouate et une bande mouillée de tarlatane qui enserre la tête. Jarjavay a mentionné le cas d'un blessé chez lequel la consolidation n'avait pas eu lieu et dont les deux parties pouvaient se superposer comme les deux parties d'un livre.

2° **PLAIES.** — Les piqûres sont sans gravité. Parmi elles, cependant, le perçement du lobule peut être l'origine de quelques accidents. Ce sont les bijoutiers qui pratiquent généralement cette petite opération. Si leurs poinçons ne sont pas propres ou si la plaie n'est pas surveillée, quelques accidents peuvent se montrer (érythème, érysipèle, impétigo). Chez les femmes lymphatiques, le crochet de la boucle d'oreille élargit parfois la perforation et arrive même à sectionner le lobule en deux languettes. Ces personnes sont astreintes à de grands soins de propreté. Les unes, en déposant leurs pendants quelques jours, arrivent à les supporter. D'autres sont obligées de renoncer à les mettre.

Les coupures peuvent détacher une portion du pavillon. On doit en ce cas procéder à la suture, puisque Bérenger-Féraud a mentionné sept cas de réunion parfaite. Gellé en cite un autre. Dans quatre cas

(1) A. FOVILLE, Rech. sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'or. chez les aliénés (*Gaz. hebdom.*, 1859). — KÜHN, Hématocèle du pavillon de l'or., thèse de Strasbourg, 1864. — DOLBEAU, *Soc. de chir.*, 6 janvier et 24 février 1869. — CLAVIERIE, De l'hématome du pavillon de l'or., thèse de Paris, 1870. — FOVILLE, *Union méd. de la Seine-Inf.*, 1877. — GELLÉ, *Soc. de biol.*, 1878. — TREILLET, thèse de Paris, 1882. — GELLÉ, Précis des mal. de l'oreille, 1885, p. 11 et suiv. — L. JULLIEN, *Lyon méd.*, 26 mai 1889. — HAMON DU FOUGERAY, *Ann. des mal. du lar. et de l'or.*, 1890, p. 236. — AUDAIN (de Haïti), *Bull. de Soc. de chir.*, 3 juin 1896.

même, il a vu la réunion se faire, bien que l'appendice eût été complètement détaché. Beck cite un cas de ce genre.

Si le pavillon est totalement coupé ou arraché de la tête, le méat auditif se resserre sous forme d'un petit pertuis. C'est ce que je viens d'observer chez un homme dont l'ouïe n'était pourtant pas mauvaise. Une opération peut être alors de mise pour refaire un méat de largeur suffisante.

Le pavillon est facilement le siège de gelures qui le laissent rouge et difforme. Urbantschitsch conseille comme préventif l'enduit d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme.

II. **Affections cutanées.** — Il y a lieu de signaler ici :

1° Les *érythèmes*, fréquents l'hiver chez les sujets scrofuleux. Gellé les signale chez les enfants qui mettent leurs premières dents.

2° Les *engelures* se développent dans les mêmes circonstances. Elles peuvent prendre le caractère phagédénique. (Triquet, Larrey.)

3° L'*érysipèle* y complique les lésions qui suivent. La tuméfaction envahit surtout la face profonde qui est d'un tissu moins serré.

4° Les *ulcérations* d'origines diverses : quelques-unes succèdent à des phlyctènes et entament jusqu'au cartilage qui est ou non sphacélé. Elles peuvent durer pendant toute l'enfance. Gilloth les a également observées chez des vieillards. Constantin Paul considérait la fente du lobule, par les boucles d'oreille, comme un stigmate de scrofuleuse.

5° La *gangrène* s'observe chez les alcooliques, diabétiques, aliénés, dans le choléra. Si elle se limite, par exemple à la suite d'une congélation, on peut, à la chute de l'escarre, réunir les parties restantes. Nélaton pratiqua dans un de ces cas une opération qui dissimulait à merveille la perte de substance. Blaise et Sarda ont vu un cas de gangrène palustre atteignant les pavillons et le bout du nez (1).

6° Les *phlegmons* et les *abcès* siègent ordinairement sur le lobule, provoqués par les boucles d'oreille.

7° La *syphilis* s'y rencontre sous ses divers types : chancres simulant des épithéliomes, gommés, etc. Jullien a décrit un syphilome lympho-chondrique du pavillon, venu trois mois après le chancre et envahissant lymphatiques et cartilage.

8° L'*eczéma* y est aigu ou chronique. Isolé quelquefois, mais le plus souvent associé à l'eczéma du conduit auditif, du cuir chevelu, etc., sec ou humide, il est des plus tenaces. Le pavillon couvert de gerçures ou rhagades rend le décubitus douloureux et détermine ainsi de l'insomnie. Cet eczéma s'observe surtout chez les femmes, à l'époque de la puberté ou de la ménopause. Il peut laisser des œdèmes tenaces et des hypertrophies éléphantiasiques qui portent surtout sur le lobule au point de grandir vingt fois les

(1) BLAISE ET SARDA, *Montpellier méd.*, 1^{er} septembre 1888.

dimensions normales (Gellé). Le pavillon semble, dans certains cas, soulevé et détaché de la tête.

Les lotions à l'eau bouillie chaude, l'application d'une lame de caoutchouc sont, avec le traitement général arsenical, les moyens les plus recommandables. Comme topiques, on utilise au début l'huile d'olive stérilisée et salicylée (à 1 p. 100), plus tard le glycérolé d'amidon à l'oxyde de zinc à 1 p. 30.

On signale quelques cas de zona sur le pavillon en même temps que sur la membrane tympanique. Ils accompagnent des névrites du trijumeau ou du facial.

9° L'*impéligo*, sec ou humide, peut creuser le pli auriculo-temporal qui suppure et sent mauvais, le pavillon se détache presque. Le traitement général de la scrofule et des soins de propreté antiseptiques suffiront en général.

10° Je mentionnerai le *lupus*, la *tuberculose* et la *lèpre du pavillon*. Gellé y a vu des ulcérations couvertes de diphtérie.

11° Les auteurs allemands, Hartmann par exemple, mentionnent le *phlegmon du pavillon* qui est le plus souvent une péri-chondrite. Le pus s'accumule sous le péri-chondre et le pavillon se déforme à la suite. Hartmann dit avoir vu ces péri-chondrites s'étendre à tout le pavillon. On incise la collection purulente et on curette au besoin. Hessler a même dû reséquer une portion du cartilage nécrosé.

III. **Tumeurs du pavillon.** — HÉMATOME DU PAVILLON. — Cet hématome consiste en un épanchement de sang entre les cartilages et leur péri-chondre. Son étude n'a été faite que récemment. On la doit surtout à A. Foville, Kuhn, Claverie, Gudden et Wilde.

Étiologie. — On l'observe comme conséquence de traumatismes répétés (lutteurs, boxeurs). Son apparition est préparée chez eux par l'état congestif de la tête qu'amènent les efforts de la profession. Gudden a fait cette remarque que, sur les statues antiques d'Hercule, Castor et Pollux, Hermès, etc., le pavillon est déformé, recroquevillé comme chez nos lutteurs. Virchow a constaté sur un lutteur japonais de trente-quatre ans, que les oreilles étaient épaissies par places, amincies en d'autres. Le lutteur japonais heurte son adversaire avec la face latérale de sa tête. On le rencontre aussi chez les aliénés, principalement chez les déments paralytiques. Chez eux, Gudden les attribua aux poings rudes des infirmiers. Mais Jarjavay, Schwartz et Wendt l'ont observé chez des individus sans aucune tare cérébrale.

HÉMATOCÈLE DU PAVILLON. — Il est surtout fréquent chez les hommes (52 hommes, 10 femmes) (Kühn). Il siège à la face externe du pavillon, de préférence vers le haut, au niveau de la fosse naviculaire et à gauche. Il s'en rencontre de bilatéraux.

Pathogénie. — Il n'est pas aisé de s'expliquer l'apparition souvent spontanée de ces extravasats sanguins.

A leur niveau même, diverses altérations ont pu être constatées. A. Foville a publié, en 1877, l'examen histologique de l'hématome d'un aliéné. Il y avait constaté le ramollissement très accentué du cartilage, la dégénérescence embryonnaire des capillaires et vaisseaux sanguins, avec leur rupture au niveau de l'épanchement. Hartmann y a vu des cavités kystiques résultant du ramollissement du cartilage et prêtes à recevoir le sang pour former l'hématome. Se fondant sur ces lésions locales trophiques, divers physiologistes en ont cherché l'explication dans des altérations centrales du système nerveux. On ne pouvait pas oublier la célèbre expérience de Claude Bernard qui, sectionnant sur un lapin les filets cervicaux du grand sympathique, voit toute la moitié de la tête et surtout l'oreille se congestionner et s'échauffer. Schiff n'avait-il pas aussi (1855) amené les congestions du pavillon en pratiquant sur des animaux l'hémisection du bulbe? Brown-Séguard, de son côté (1879), détermine des hémorragies sous la peau du pavillon en lésant les corps restiformes ou la moelle cervico-dorsale.

MM. Mathias Duval, Laborde, Gellé ont publié les derniers documents relatifs à cette question. Sectionnant, sur un chien, la partie la plus inférieure du plancher du quatrième ventricule, ils constatent tous les troubles circulatoires et thermiques que Claude Bernard avait signalés dans la section du grand sympathique au cou. Gellé a étudié ce qui se passe plus particulièrement dans les cavités otiques de ces animaux; ce sont : une muqueuse tympanique écarlate, ecchymotique, des caillots encombrant les rampes du limaçon. Ainsi les hémorragies se produisent dans les profondeurs de l'oreille, tout comme dans le pavillon.

Par ces considérations, l'othématome résulterait de lésions nerveuses centrales (bulbe, grand sympathique, trijumeau). Ainsi s'expliquerait son apparition spontanée, de préférence chez les aliénés et déments.

En somme, il est des othématomes traumatiques (lutteurs), des othématomes spontanés (aliénés) et des othématomes mixtes où traumatismes et prédispositions combinent leur influence.

Symptomatologie. — Au début, c'est un gonflement de tout le pavillon, qui est rouge, luisant, douloureux, comme s'il allait être le siège d'un érysipèle. Puis une tuméfaction se montre, occupant ou débordant la fossette scaphoïde. Fluctuante au centre, elle donne à sa périphérie la sensation de caillots écrasés. Les parois sont formées en dehors par le périchondre et la peau, en dedans par le cartilage plus ou moins altéré, ramolli, présentant de petits séquestres chondraux. L'épanchement siège parfois dans l'épaisseur du cartilage (Gellé). La cavité contient un mélange de sérosité sanguinolente et de caillots noirâtres.

Après quelque temps ce contenu se résorbe, la cavité disparaît,

mais le pavillon est déformé par ce mouvement de résorption. Il se ratatine dans sa longueur et dans sa largeur. Si l'hémorragie s'est produite, comme il arrive, sur les deux faces du pavillon, la résorption consécutive le déforme totalement. L'othématome peut s'ouvrir spontanément sans autres suites. Rarement il suppure.

Le diagnostic de l'affection doit être établi avec celui de quelques kystes. Ceux-ci ont un développement graduel, tandis que le premier évolue rapidement.

Traitement. — La compression ouatée suffit si la tumeur est peu volumineuse. Dans le cas contraire on y pratique des ponctions évacuatrices. On est rarement obligé d'inciser et de curetter.

TUMEURS ÉRECTILES. — On les rencontre rarement. Elles sont artérielles ou veineuses.

Artérielles, elles se compliquent souvent d'ectasies artérielles dans le cuir chevelu. Il faut en ce cas recourir, suivant l'étendue de l'affection, à la ligature de telle ou telle artère. Colles a lié avec succès l'artère auriculaire postérieure. D'autres chirurgiens ont lié la carotide primitive. Dans un cas où cette dernière opération n'avait pas suffi, Mussey lia, quelques semaines après, la carotide du côté opposé et obtint la guérison complète. En cas d'angiome limité à une partie du pavillon, l'ablation est indiquée.

Veineuses, elles sont peu saillantes et le meilleur traitement à leur opposer consiste dans la galvanopuncture.

FIBROMES. — Les exemples en sont rares. Triquet en mentionne un cas, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, qui, occupant la face postérieure de l'oreille, la refoulait en avant.

Une variété particulière de ces tumeurs est connue sous la désignation de *fibromes du lobule*. Ce sont de petites tumeurs, dures et arrondies, qui siègent sur le trajet des boucles d'oreilles. Les unes sont de vrais fibromes, les autres des tumeurs chéloïdes (Dolbeau). Elles sont surtout fréquentes chez les négresses des tropiques qui portent de lourds pendants d'oreilles et sont naturellement plus exposées aux chéloïdes. Elles sont généralement symétriques, existant de chaque côté (Saint-Vel) implantées de préférence sur la face postérieure du lobule (Knapp). Leur ablation doit être pratiquée très largement pour éviter les récidives très fréquentes.

A l'occasion d'un *Mémoire* envoyé par le Dr Audain (de Haïti), la Société de chirurgie revenait dernièrement sur cette question des fibromes du lobule (3 juin et 10 juin 1896). Il résulte de la discussion qu'il y a lieu de séparer la chéloïde du fibrome, si fréquent dans la race noire (Kirmisson). L'ablation des chéloïdes est souvent suivie de récurrence. Il est arrivé à Richet de voir récidiver la tumeur après cinq ablations. De guerre lasse il ne conseillait plus que la compression. L'électrolyse a bien réussi entre les mains de Quénu pour les chéloïdes qui sont le plus souvent d'ordre trophique.

TOPHUS (TUMEURS CRÉTACÉES). — Ils se montrent, chez les goutteux, sur le bord supérieur de l'hélix et dans la fosse naviculaire (Garrod, Charcot). Gros comme un pois, en moyenne, entourés de petits vaisseaux, ils ne sont douloureux que durant la crise de goutte. Ils sont constitués d'un dépôt d'urate de chaux et représentent un des signes les plus caractéristiques de cette dyscrasie. Ils coïncident généralement avec des dépôts calcaires sur la membrane tympanique. On ne les confondra pas avec les kystes sébacés qu'ont signalés Moos, Toynbee.

On les excise quand ils deviennent gênants.

On trouve mentionnées quelques observations des pavillons ossifiés chez les arthritiques ou à la suite de périchondrites. (Bochdalek, Gudden.)

TUMEURS MALIGNES. — Les observations publiées n'en sont pas nombreuses. Treillet a pu en réunir onze cas dans sa thèse (1).

Le plus habituellement il s'agit d'épithéliome. Sur 5000 malades d'otologie, Ferreri n'a compté que huit cas. Il y est primitif ou secondaire, émanant des téguments environnants. Quand il est primitif, il débute par une sorte de verrue, que le malade écorche, et qui se transforme en ulcère envahissant, évoluant rapidement. Bouisson a montré que l'eczéma du pavillon peut à la longue dégénérer en cancroïde, de même que l'impétigo et les psoriasis (Orne, Green). La marche peut être rapidement envahissante. Duplay a vu à Beaujon un malade chez lequel un cancroïde débutant par le lobule avait en quelques mois détruit tout le pavillon, mis à nu le crâne et ouvert l'articulation de la mâchoire.

Un cancer encéphaloïde a été signalé par Velpeau.

Campbell a observé fréquemment une variété de tumeurs qui se rencontrent chez les habitants de la vallée du Népal. Siégeant sur le haut du pavillon, elles le réclinaient et obstruaient la conque. Il a opéré deux de ces tumeurs, qui lui ont paru être des sarcomes.

Témoin a publié l'observation d'un lymphadénome (2) dont l'examen histologique fut fait par Malassez. Gros comme un œuf de pigeon, il siégeait au-dessus du lobule. La tumeur était demi-molle et d'un rouge violacé.

Quel que soit le genre de ces tumeurs malignes, il faut leur opposer l'excision du pavillon, partielle en V, ou totale, suivant le cas.

(1) TREILLET, Du cancer du pavillon de l'oreille, thèse de Paris, 1882.

(2) TÉMOIN, in *Dict. des sc. méd.*, Paris, 1882, 2^e série, t. XVII p. 172, art. OREILLES par LADREIT DE LACHARRIÈRE.

III

MALADIES DE L'OREILLE EXTERNE

I. **Bouchons de cérumen** (1). — Les parois du conduit auditif sont recouvertes à l'état normal d'une mince couche de cérumen : des soins de propreté bien entendus suffisent à l'en débarrasser. Mais lorsque ces soins ne sont pas pris et qu'il y a hypersécrétion sous des influences diverses, le cérumen s'accumule progressivement et finit par former avec les débris épidermiques du conduit un véritable corps étranger, qui l'obstrue plus ou moins.

Étiologie. — Le bouchon de cérumen se rencontre le plus souvent chez les adultes ; il complice parfois d'autres affections de l'oreille, et survient particulièrement à la suite d'inflammations guéries. On l'observe aussi bien chez les gens attentifs aux soins de propreté que chez les pauvres qui vivent dans la poussière et la saleté.

L'accumulation du cérumen est due soit à une augmentation de la sécrétion, soit à une disposition du conduit empêchant son élimination.

Certains sujets eczémateux, herpétiques, ayant des sécrétions exagérées, ont également une hypersécrétion de cérumen. Dans certains cas, la cause d'hypersécrétion est locale, le conduit auditif est hyperhémie, eczémateux et cette lésion cause l'accumulation du cérumen. On a remarqué également que les diverses altérations chroniques de l'oreille et du pharynx étaient souvent accompagnées de ces dépôts particuliers.

Le cérumen, substance onctueuse, grasse, peut se dessécher, devenir dur et adhérer aux parois du conduit auditif, il s'accumule ainsi peu à peu, surtout si le malade est peu soigneux. On ignore quelle influence modifie ainsi la nature de la sécrétion cérumineuse. Une

(1) BONNAFONT, Extraction des corps étrangers de l'oreille (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1875, p. 250). — J. MASCAREL, Vers vivants dans le cond. aud. ext. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1875, t. I, p. 311). — WREDEN, Affect. parasitaires de l'or. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1876, p. 116). — DELLE, Deux curieux cérumens (*Soc. d'otol. belge*, mai 1861). — ROHRER, Les bactéries du cérumen (*Arch. für Ohr.*, Bd. XXIX, 1^{er} et 2^e livr.). — HERTZ, Ascaride lombricoïde dans l'oreille (*Soc. de méd. de Vienne*, in *Sem. méd.*, 1885, p. 384). — BERGER, Rech. et extract. de balles de revolver dans les cavités de l'or. (*Soc. de chir.*, 18 oct. 1888). — SIEBENMANN, Nouvelle contribution botanique et clinique de l'otomyxose (*Arch. of Otolology*, n. 34, 1889). — HERZOG, Réflexes produits par l'accumulation du cérumen (*Monats. f. Ohrenh.*, mai 1889). — COZZOLINO, Nouvelle méth. pour l'extraction des corps étr. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1889, p. 165). — ROUGIER, Trois cas d'extraction de corps étrangers de l'or. (*Bull. du disp. de Lyon*, févr. 1890). — LUC, Dangers des manœuvres d'extract. (*Rev. de clin. et de thér.*, 16 mars 1892). — BONNIER, Corps étr. d. cond. réflexes (*Soc. d'otol. de Paris*, févr. 1893).