

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'otomycose (*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).

disposition spéciale du conduit peut mettre obstacle à l'évacuation du cérumen, et il n'est pas rare que cette cause vienne s'ajouter à l'augmentation ou à l'altération de la sécrétion. Certains conduits très étroits ou d'une courbure trop prononcée, ou encore rétrécis à la suite d'altérations pathologiques, empêchent l'issue du cérumen, en même temps qu'ils sont difficiles à nettoyer.

Anatomie pathologique. — Les bouchons de cérumen peuvent contenir, en proportions variées, les divers éléments qui entrent dans leur composition. Ils sont formés du produit de glandes cérumineuses, uni au liquide fourni par les glandes sébacées, à des débris épidermiques, à des poils. Suivant la prédominance de tel ou tel de ces éléments, le bouchon est très mou si ce sont les substances grasses qui dominent ; si ce sont les parties solides il offre une très grande dureté. Dans ce dernier cas sa surface apparaît terne, jaunâtre, inégale ; elle est au contraire brillante, lisse, de couleur noirâtre, lorsque le bouchon est d'une consistance molle. On trouve souvent aussi mélangés à la masse, de petits corps étrangers venus de l'extérieur.

Les bouchons de cérumen ne séjournent pas dans le conduit sans y produire des lésions anatomiques pouvant même se propager au tympan et à la caisse. Après l'ablation des bouchons, on voit souvent le conduit auditif rouge, parfois excorié ; le tympan est vasculaire, épaissi. La réaction inflammatoire peut devenir beaucoup plus intense, et aller jusqu'à la perforation du tympan et à l'infection de la caisse. Dans d'autres cas, le bouchon est la cause d'un processus atrophique ; le conduit auditif se dilate, ses parois se résorbent et Toynbee a rapporté des cas de dilatation considérable du conduit par résorption de ses parois ; sur une de ses pièces une masse de cérumen était couchée au milieu des cellules mastoïdiennes après avoir passé à travers une perforation de la paroi postérieure du conduit.

Symptomatologie. — La surdité est le symptôme principal pour lequel les malades viennent demander conseil. Cette surdité a des caractères souvent très spéciaux, qui peuvent mettre d'emblée sur la voie du diagnostic. Le début est brusque et subit ; le malade, devenu sourd tout d'un coup, croit avoir une lésion grave de l'oreille. Cette marche rapide, presque instantanée, doit rassurer le malade. La surdité est survenue dans des circonstances variables, tantôt à la suite d'un nettoyage de l'oreille ou après un bain, tantôt c'est au cours d'un mouvement, d'un saut par exemple. Ce brusque début, étrange en apparence, puisque le bouchon se forme peu à peu, s'explique aisément. L'ouïe a persisté tant que l'obstruction du conduit n'est pas complète et il suffit d'un très petit pertuis pour le passage des ondes sonores. Mais, à un moment donné, sous l'influence du gonflement du cérumen par l'eau ou de son déplacement pendant une secousse, l'obstruction du conduit s'est achevée, et par suite a disparu la lumière qui permettait encore la transmission aérienne du

son. A l'aide du diapason, on pourra s'assurer de l'intégrité de la perception osseuse et de l'oreille interne.

Toutefois il n'en est pas toujours ainsi ; l'ouïe peut s'affaiblir peu à peu, progressivement, sa diminution indiquant les progrès lents de l'accumulation cérumineuse.

La surdité est constante ; le malade peut encore se plaindre de bourdonnements qui ont un timbre grave, et ressemblent à un bruit de coquillage. Quelquefois il éprouve du vertige ; c'est que le cérumen a été refoulé contre le tympan ; rarement il ressent une douleur véritable. Des vomissements, des lipothymies peuvent survenir, donner le change et faire croire à une affection cérébrale.

Diagnostic. — Il est facile, en général, par l'examen de l'oreille à l'aide du spéculum qui montre une masse noirâtre ou jaunâtre ; un stylet moussu renseignera sur la consistance, l'adhérence du bouchon.

Quelquefois le conduit est fermé par une lamelle épidermique grisâtre ; le stylet la déplace facilement et montre que le conduit est libre derrière elle.

On devra ne pas oublier que les bouchons volumineux et durs peuvent comprimer le tympan et provoquer un ensemble symptomatique pouvant faire croire à une affection cérébrale : il suffit d'examiner l'oreille pour éviter semblable erreur.

Pronostic. — La guérison est la règle, cependant il ne faut pas se hâter de porter un pronostic favorable et promettre au malade la guérison complète. Avant de s'engager ainsi, on devra s'assurer s'il n'existe aucune maladie soit antérieure, soit concomitante, ainsi qu'il arrive dans presque le tiers des cas. (Von Tröltzsch.)

De plus le bouchon, par sa présence prolongée, a pu déterminer des lésions plus ou moins graves du conduit auditif osseux, du tympan, et même de la caisse.

En général, pour éviter des déconvenues, on se montrera réservé dans le pronostic, réserve motivée par l'examen des statistiques : Toynbee, sur 165 cas, n'a obtenu la guérison radicale que soixante fois.

Traitement. — Pour enlever les bouchons de cérumen, l'injection d'eau chaude est la vraie méthode : on doit proscrire d'une façon absolue l'usage des instruments. Quelques seringues auront raison d'un bouchon mou et peu adhérent. Il faut employer une canule à bout olivaire et diriger le jet de liquide entre la paroi du conduit et le bouchon pour que ce dernier pris *a tergo*, soit expulsé au dehors.

S'il résiste, il ne faut pas seringuer plus fort ; on s'exposerait à irriter le conduit, à refouler le bouchon sur le tympan et à déterminer ainsi des symptômes pénibles. Il faut le ramollir. On prescrit la solution suivante :

Carbonate de soude.....	1 gramme.
Glycérine.....	} 20 grammes.
Eau.....	

Le malade instillera, trois fois par jour, quelques gouttes de ce mélange dans son oreille, et au bout de quarante-huit heures le bouchon sera assez ramolli pour céder facilement aux injections. On les ramollit aussi très bien en mettant pendant deux ou trois soirs de suite quelques gouttes de glycérine neutre dans le conduit auditif.

Après s'être assuré par l'examen au spéculum de l'issue de toute la masse et de l'état du tympan, on mettra dans l'oreille un petit tampon d'ouate hydrophile pour garantir l'oreille contre l'action du froid et contre l'impression des bruits extérieurs, qui est parfois des plus pénibles. Cette hyperesthésie auditive dure rarement plus de vingt-quatre heures.

Il sera encore recommandé aux malades de faire usage d'injections chaudes de temps à autre, pour prévenir la récurrence du bouchon.

II. Corps étrangers du conduit auditif externe. — Étiologie.

— On trouve les objets les plus divers dans le conduit auditif.

On peut les diviser en deux grandes classes, selon qu'il s'agit de corps vivants ou inanimés.

Quelquefois des insectes, tels que perce-oreilles, puces, punaises, mouches, s'introduisent dans l'oreille pendant le sommeil et y restent englués par le cérumen. Chez les malades atteints de suppuration chronique de l'oreille, et peu soigneux, des larves de mouche se développent parfois, après avoir été déposées à l'état d'œufs à l'entrée du conduit.

Les corps étrangers inanimés doivent être divisés en plusieurs classes, car de leurs caractères dépendent souvent les accidents qu'ils produisent, et les moyens d'extraction qu'ils réclament. Les uns sont des corps durs : petits cailloux, noyaux de cerise, perles de verre, les autres des corps mous : tampons d'ouate, graines. Certains d'entre eux, les graines notamment, peuvent se gonfler et augmenter de volume par imbibition. La surface de ces corps étrangers est tantôt lisse, tantôt irrégulière, hérissée même de pointes, d'aspérités, capables de s'implanter dans les parois du conduit, de déchirer le tympan.

En général la présence de ces corps étrangers est l'effet du hasard. On les trouve le plus souvent chez les enfants qui, en jouant, introduisent dans leurs conduits les divers objets qu'ils ont sous la main.

Le corps étranger pénètre plus ou moins profondément. Tantôt il reste à l'entrée, tantôt, surtout s'il est petit, il va jusqu'au tympan, et gît dans le sinus que forme la paroi inférieure du conduit, en avant du tympan (sinus hypo-tympanique), de sorte qu'il est difficile à voir lors de l'examen au spéculum. Le tympan lui-même peut être perforé, et le corps étranger, à travers la déchirure ou l'ulcération de la membrane, passe du conduit dans la caisse.

Symptomatologie. — Le conduit auditif est parfois singulièrement

tolérant pour les corps étrangers : tel malade perd lui-même le souvenir de l'introduction, et s'il devient sourd croit avoir une affection spontanée de l'oreille. Les cas de corps étrangers latents sans réaction inflammatoire, sans troubles auditifs, sont assez fréquents : Politzer retira d'un conduit auditif un bout de crayon d'ardoise, qui gisait là depuis vingt-deux ans, sans avoir causé le moindre malaise ; Rein, une molaire cariée habitant le conduit depuis quarante ans.

ACCIDENTS PRIMITIFS. — Les malades éprouvent d'habitude une sensation de gêne, l'oreille semble bouchée. La surdité, les bourdonnements, les bruits dont ils se plaignent ont une intensité variable, qui augmente avec le volume du corps étranger et sa situation profonde. Lorsque le tympan est touché, des sensations plus ou moins pénibles, des douleurs même peuvent exister soit dans le conduit, soit au fond de l'oreille.

Les symptômes les plus pénibles sont produits par les corps étrangers vivants ; par leurs mouvements ils font vibrer le tympan et déterminent ainsi des sensations auditives extrêmement violentes.

PHÉNOMÈNES RÉFLEXES. — Les corps étrangers s'accompagnent parfois de troubles nerveux d'origine réflexe, bien faits pour amener des erreurs de diagnostic.

On a considéré comme atteints d'une affection cérébrale et traités comme tels des malades qui, ignorant la présence d'un corps étranger, se plaignaient de surdité avec bourdonnements, vertiges, céphalalgie. D'autres malades étaient tourmentés d'une toux violente, rebelle à tous les traitements et qui cessa par l'extraction d'un corps étranger de l'oreille.

Itard rapporte l'observation d'un malade atteint d'une salivation abondante s'élevant à deux pintes et demie en vingt-quatre heures et qui disparut après l'extraction d'un morceau de laine. Citons encore les vomissements incoercibles, des convulsions, des paralysies même étendues suivies parfois d'atrophie, de l'épilepsie.

Ces phénomènes nerveux réflexes sont dus à l'irritation des nerfs du conduit auditif et de la caisse : pneumogastrique, rameau de Jacobson, grand sympathique et facial.

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS. COMPLICATIONS INFLAMMATOIRES. — Les accidents inflammatoires peuvent être causés soit par les corps étrangers eux-mêmes, soit par l'emploi intempestif des instruments.

L'otite aiguë qui en est la conséquence se caractérise par les douleurs vives, le gonflement et la rougeur du conduit, un écoulement purulent et sanguinolent. Cette otite traumatique est plus ou moins intense, elle peut se propager au tympan et à la caisse, et rester chronique.

Le tympan finit par s'enflammer, s'ulcérer et se perforer ; la caisse suppure à son tour, et parfois surviennent des complications cérébrales (méningite, abcès) qui emportent le malade.

Diagnostic. — La présence d'un corps étranger ne peut être reconnue que par l'examen de l'oreille. Malgré les commémoratifs les plus exacts, les symptômes les plus concluants, le praticien ne doit jamais négliger l'examen de l'oreille au spéculum. Il évitera ainsi les grossières erreurs relatées dans les classiques. Souvent, en effet, le médecin, confiant dans le dire du malade, s'efforce d'extraire un corps étranger imaginaire, ou sorti depuis longtemps.

D'autre part, cet examen a plus d'une fois montré la véritable cause de troubles nerveux, difficiles à expliquer, alors qu'aucun commémoratif ne permettait de soupçonner un corps étranger.

Les renseignements fournis par la vue seront contrôlés par une exploration extrêmement prudente avec un stylet introduit doucement dans le spéculum, et dont l'œil suivra chacun des mouvements.

Le diagnostic devient difficile quand le corps étranger est entouré de masses cérumineuses, de bourgeons charnus qui le cachent, ou quand il a pénétré dans la caisse.

Le stylet prudemment manœuvré donne alors les plus utiles renseignements.

Traitement. — Le plus grand danger des corps étrangers réside dans les tentatives d'extraction faites avec des instruments par une main non exercée, surtout si celle-ci manœuvre sans s'éclairer et tente d'enlever le corps étranger avec des pinces introduites à l'aventure. En procédant ainsi, on blesse le conduit, le corps étranger est repoussé vers la profondeur, crève la membrane et tombe dans la caisse. La blessure des organes de voisinage, l'inflammation qui s'y joint, peuvent amener la mort. (Hartmann.)

On ne peut donc apporter trop de prudence dans les tentatives d'extraction des corps étrangers. On devra s'assurer, par un examen au spéculum, de la présence, du siège exact du corps étranger, et ne tenter aucune manœuvre avec un instrument avant d'avoir recouru à ce moyen qui réussit dans l'immense majorité des cas et qui a l'avantage d'être inoffensif s'il reste impuissant : Ce moyen consiste en injections d'eau stérilisée chaude pressée avec force à l'aide d'une grosse seringue. La seringue à hydrocèle est excellente pour faire ces injections, pourvu qu'elle soit munie d'une canule olivaire.

L'injection sera faite avec ou sans le spéculum, il est même préférable d'enlever le spéculum. On aura soin de redresser la courbure normale du conduit, en tirant sur le pavillon. L'eau, lancée le long de l'une des parois du conduit auditif, pénètre derrière le corps étranger, et, s'accumulant dans le fond du conduit, l'en chasse.

Il est rare que le résultat désiré ne soit pas obtenu par une série d'injections faites avec soin et persistance. Si, malgré tout, le corps étranger n'est pas délogé, la conduite du chirurgien devra varier selon les circonstances.

Il vaut mieux patienter, si les accidents sont nuls ; si néanmoins

le corps étranger par son siège peu profond, par sa forme, sa consistance, se prête à une attraction facile, on pourra le saisir avec un instrument approprié. Le meilleur instrument est une pince fine à griffes très petites. Parfois un crochet, une simple épingle dont la pointe est recourbée, permet de harponner un corps mou, et de l'extraire facilement.

L'intervention s'impose quand les accidents d'otite ou les phénomènes nerveux compliquent la présence du corps étranger. Dans ces cas, le chloroforme facilite beaucoup les manœuvres, surtout s'il s'agit de l'enfant.

Pour ces cas spéciaux, on peut avoir recours à une opération jadis conseillée par Paul d'Égine, et qui consiste à pratiquer une incision semi-circulaire derrière le pavillon de l'oreille, pour pénétrer dans le conduit auditif derrière le corps étranger. Trötsch incise non en arrière, mais en haut ; en ce point il est très facile de détacher le conduit auditif de la portion écailleuse du temporal.

Si le corps étranger est dans la caisse, on peut être obligé de faire un véritable *Stacke* pour l'extraire et faire cesser les symptômes alarmants qu'il provoque.

III. Otites externes (1). — L'otite externe est l'inflammation du revêtement cutané qui tapisse le conduit auditif externe. La peau de ce conduit est riche en glandes sudoripares et en glandes sébacées. Chacun de ces éléments peut donner naissance à un petit abcès, à un furoncle, inflammation isolée du reste, qui restera localisé à l'appareil sudoripare ou sébacé dans lequel il est développé. C'est l'otite externe circonscrite, l'abcès folliculaire du conduit.

Sous certaines influences, que nous passerons en revue, la peau elle-même et ses deux couches constituantes, épiderme et derme, s'enflamment. Les germes d'infection pénètrent les couches profondes de la peau et arrivent au périoste.

Toute la paroi est prise sur la longueur du canal auditif. L'otite externe est diffuse.

Otite externe localisée, otite diffuse, tels sont les deux chapitres dans lesquels rentreront tous les processus inflammatoires dont le conduit auditif peut être le siège.

(1) KIRCHNER, Pityriasis versicolore du cond. aud. (*Monatschr. für Ohrenh.*, n° 3, 1885). — LÖWENBERG, Études thérap. et bactériol. sur le furoncle de l'or. (*Union méd.*, août 1888). — SEXTON, Mal. du cond. aud. ext. (*Med. Record*, 13 oct. 1888). — GROSCH, Sur le traitement de la furunculose de l'or. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 18, 1888). — GORHAM BAUN, Otite ext. hémorragique (*Arch. of Otol.*, n° 1, 1890). — MAGGIORA et GRADENIGO, Observat. bactériol. sur les furoncles du cond. aud. ext. (*Giorn. della Accad. di med. di Torino*, juillet-août 1891, nos 7 et 8, p. 713). — LUC, Hémorragies névropathiques de l'or. (*Arch. int. de laryng.*, févr. 1891, p. 14).

1^o Otite externe circonscrite.

Wilde est le premier qui ait signalé cette affection sous le nom d'*abcès du conduit auditif*. La description a été reprise par Trölsch et par Hagen.

Étiologie. — L'agent le plus fréquent des suppurations folliculaires du conduit est le staphylocoque sous ses trois variétés, *citreus aureus*, *albus*; beaucoup plus rarement c'est le streptocoque. C'est donc de la staphylococcie du conduit auditif. Ces éléments microbiens pénètrent dans les follicules de la peau et, sous une influence souvent mal déterminée, deviennent virulents.

Quelquefois c'est le traumatisme, l'introduction d'un corps étranger soit involontairement, soit volontairement, pour satisfaire une démangeaison, qui vient excorier, déchirer la peau et fournir une porte d'entrée à l'infection.

Cette prédisposition aux abcès folliculaires peut être créée par un état général diathésique : diabète, albuminurie, état de cachexie créé par une pyrexie.

Chez les gens atteints d'eczéma du conduit auditif la peau présente une minceur extrême, ses éléments desquament sans cesse : nouvelle cause d'infection pour les éléments glandulaires.

Jusqu'ici c'est à une affection ascendante, marchant de dehors en dedans, que nous avons affaire.

Le furoncle du conduit auditif externe peut succéder à une infection descendante partant de la caisse dont les parois sécrètent du pus.

Symptomatologie. — Les symptômes subjectifs sont variables suivant l'étendue et le siège du furoncle et peuvent être une sensation de prurit, puis de chaleur, de tension, une sensibilité douloureuse au contact qui incommodent le patient pendant deux ou trois jours.

Ou bien la douleur est plus vive, plus aiguë, il y a des élancements qui s'irradient le long de la mâchoire. Les mouvements de mastication, de déglutition, de la parole provoquent des exacerbations de la douleur, parfois si intenses que le malade refuse toute nourriture solide.

Cette réaction douloureuse atteint son maximum lorsque le furoncle siège dans la moitié interne du conduit, il y a là adhérence solide entre le périoste et le fibro-cartilage qui double le derme. La congestion, l'œdème périfolliculaire étranglent les éléments nerveux si nombreux en cette région. Il peut y avoir de l'insomnie, de l'agitation chez certains sujets, le furoncle du conduit auditif peut s'accompagner le soir d'une réaction fébrile qui en impose pour une inflammation de la caisse; enfin, sous l'influence de la tuméfaction de la peau,

le conduit auditif se rétrécit plus ou moins et la fonction auditive tend à disparaître si la lumière est obstruée totalement.

En même temps tout choc, tout heurt portant sur le pavillon provoque un retentissement douloureux sur le conduit : le malade protège de la main son pavillon et se couche sur le côté sain.

Il y a tuméfaction des parois du conduit auditif, d'autant plus grande que l'abcès est plus proche de l'orifice externe; le gonflement, l'œdème peut aller jusqu'à l'oblitération complète. L'introduction du spéculum est très douloureuse et le sujet se défend; si on peut apercevoir le furoncle, on distingue une petite saillie rouge à son sommet.

Marche. — Terminaison. — Le furoncle peut se terminer par résolution : au bout de deux ou trois jours, les signes s'amendent et tout rentre en ordre. Le plus souvent, après une période aiguë qui dure trois ou quatre jours, les symptômes douloureux s'apaisent; en même temps on voit un point jaunâtre apparaître sur la saillie furonculaire, la peau s'amincit et bien souvent l'ouverture se fait spontanément. Une petite quantité de pus s'écoule, mais le plus souvent ce n'est que sous l'influence de lavages répétés ou d'une pression que le bourbillon s'échappe. Souvent les phénomènes de tension, de prurit douloureux persistent. C'est qu'un appareil glandulaire voisin s'est infecté. Il y a un nouveau furoncle.

Diagnostic. — Il ne souffre pas de difficultés : les symptômes subjectifs attirent assez nettement l'attention du côté de l'oreille pour que l'on examine le conduit auditif. Avec ou sans spéculum, on constate en un point une tuméfaction couronnée elle-même par une petite saillie acuminée, qui est le furoncle.

D'après Duplay, on pourrait arriver à faire le diagnostic différentiel entre le furoncle et l'hydrosadénite, du moins à la période de suppuration : le furoncle provoque une réaction inflammatoire plus vive, la marche est plus rapide. L'abcès sudoripare présente des limites précises, une saillie arrondie, non acuminée, la pression avec le stylet est peu douloureuse.

L'abcès furonculeux pourrait être confondu avec une variété d'abcès du conduit auditif, dont le siège est à la partie supérieure du conduit près du tympan; la caisse envoie au-dessus de cette membrane, en plein massif osseux, un diverticule, qui surplombe le conduit. Une collection occupant ce diverticule peut carier la mince lame osseuse qui le sépare de la peau et venir former abcès, que l'on prendra pour une otite externe primitive, si on méconnaît l'otite moyenne préexistante. C'est, en somme, un abcès par congestion.

Pronostic. — L'affection est douloureuse, mais guérit toujours. Les récidives sont à craindre, — et il faut en prévenir le malade, — expliquées par la nature infectieuse du mal, il est difficile souvent d'arriver à désinfecter complètement le conduit.

Traitement. — C'est un abcès, il faut l'ouvrir. Wilde et Trölsch