

l'othématome. Thèse de Montpellier, 1885. — HOFFMANN, De l'othématome. Thèse de Paris, 1887. — COURTADE, De la périchondrite du pavillon. *Ann. des maladies des oreilles*, août 1894

Étiologie. — L'hématome du pavillon de l'oreille se rencontre assez fréquemment chez les aliénés et principalement chez les déments paralytiques. Il est beaucoup plus commun chez l'homme que chez la femme : ainsi, sur 62 cas, Kühn a noté 52 hommes et seulement 10 femmes.

On est encore loin d'être fixé sur la cause véritable de cette singulière affection : les uns pensent que l'épanchement sanguin est toujours déterminé par l'action de violences exercées sur les oreilles soit par le malade lui-même, soit par les personnes qui l'entourent ; d'autres n'hésitent pas à admettre que l'épanchement sanguin est spontané et consécutif aux troubles de la circulation de la tête chez les aliénés et à des altérations préexistantes dans la structure du pavillon de l'oreille.

La première opinion repose sur ce fait, qu'on observe parfois de véritables hématomes en tout semblables à ceux qui se rencontrent sur les aliénés, chez des personnes saines d'esprit. Jarjavay⁽¹⁾ a le premier fait connaître, sous le nom d'*hématocèles du pavillon*, des tumeurs sanguines développées à la partie supérieure de la conque chez les lutteurs et les boxeurs de profession. Dans ces cas, il est évident que la tumeur sanguine reconnaît pour cause les contusions et les froissements du pavillon de l'oreille ; et j'ai dit ailleurs que la répétition de ces violences, jointe à la congestion habituelle de la face durant les efforts, avait pour effet de déterminer une sorte d'hypertrophie et de congestion chronique du pavillon. On conçoit dès lors que, dans ces conditions, une cause mécanique assez légère puisse produire un épanchement de sang.

En est-il de même pour l'othématome qu'on rencontre chez les aliénés ? Je pense qu'il existe, en effet, entre les deux variétés de tumeurs, de grandes analogies. De même que, chez les lutteurs, l'othématome exige pour se produire la préexistence d'altérations dans la structure du pavillon, altérations qui reconnaissent pour cause les froissements, les contusions, les tiraillements de l'organe ; de même aussi, chez les aliénés, il paraît exister quelque lésion préalable des tissus qui forment le pavillon de l'oreille. Virchow⁽²⁾ et L. Meyer⁽³⁾ ont, en effet, constaté un état de ramollissement antérieur, une dégénérescence enchondromateuse et une hyperplasie du pavillon de l'oreille qui diminuent son élasticité et favorisent les déchirures et les extravasations sanguines. De plus, Hartmann⁽⁴⁾ a montré qu'il se formait, sous l'influence du ramollissement du cartilage, des cavités kystiques, aplaties, de volume variable, situées dans l'épaisseur même du cartilage ou entre celui-ci et le périchondre, qui très vraisemblablement jouent un rôle dans la pathogénie de l'othématome, puisqu'il suffira d'un traumatisme léger pour amener un épanchement sanguin dans l'intérieur de ces cavités préformées.

Mais si le développement de ces lésions préexistantes s'explique très bien chez les lutteurs et doit être rapporté à la contusion chronique, on peut se demander s'il en est de même pour les aliénés, et si ces lésions sont dues à des violences exercées par eux-mêmes ou par les personnes qui les entourent. Il est assez dif-

(1) JARJAVAY, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 521.

(2) VIRCHOW, *Traité des tumeurs*, trad. franç., t. I, p. 1521.

(3) L. MEYER, *Die patholog. Gewebsveränderung der Ohrknorpels und deren Beziehungen zur Ohrblutgeschwulst*. *Virchow's Arch.*, 1865, Bd. XXXIII, p. 457.

(4) HARTMANN, *Ueber Cystenbildung in der Ohrenmushel*. *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, t. XIX.

ficile de résoudre la question, ou du moins elle me paraît susceptible de deux solutions. Dans quelques cas, il est permis de rester dans le doute relativement à l'action de violences extérieures, et l'on peut, à l'exemple de certains auteurs, admettre que l'hématome du pavillon s'est développé à la suite de froissements, de contusions de l'oreille. Mais, d'autre part, on possède des faits assez nombreux dans lesquels le traumatisme doit être absolument écarté. On est forcément amené à conclure que, dans ces derniers cas, les lésions anatomiques qui précèdent constamment la formation de l'hématome du pavillon de l'oreille se sont développées sous l'influence de la maladie cérébrale qui détermine sans doute des troubles dans la circulation et la nutrition du pavillon. Une observation curieuse faite jadis par Brown-Séguard vient à l'appui de cette opinion. Ce physiologiste, en effet, dans une communication à l'Académie de médecine, le 16 mars 1869, a remarqué que, sur deux cobayes porteurs de lésions des corps restiformes, on vit se développer des hémorragies sous la peau du pavillon de l'oreille, et je tiens du même auteur que, dans toutes ses expériences, il a constamment obtenu le même résultat. Dans certains cas même, la lésion des corps restiformes aurait déterminé la gangrène de l'oreille. Plus récemment, Mathias Duval, Laborde et Gellé⁽¹⁾ ont constaté, après la section de la partie la plus inférieure du plancher du 4^e ventricule, l'apparition de troubles circulatoires et la production d'hémorragies non seulement dans le pavillon, mais encore dans l'oreille moyenne et même dans le labyrinthe. A ces lésions hémorragiques succédaient plus tard et très rapidement la suppuration et la destruction.

Ces observations intéressantes paraissent démontrer que les lésions de certaines parties des centres nerveux entraînent des troubles considérables dans la circulation et la nutrition du pavillon de l'oreille, et que, chez les individus atteints d'affections cérébrales, on peut voir se développer, en dehors de toute action mécanique, certaines altérations de structure du pavillon qui prédisposent aux extravasations du sang soit spontanément, soit sous l'influence d'une violence extérieure tout à fait insignifiante.

Symptomatologie. — L'hématome du pavillon a pour siège habituel la cavité de l'hélix. Quoique plus fréquent, en général, du côté gauche chez les aliénés, il peut siéger à droite et même occuper à la fois les deux oreilles.

Au début, on observe une tuméfaction générale de l'oreille qui devient en même temps rouge ou bleuâtre, luisante, chaude et douloureuse, ce qui indique un léger degré d'inflammation et explique comment, à une certaine époque, on a pu donner à la maladie le nom d'*érysipèle de l'oreille*.

Dès le premier jour, la tumeur proprement dite peut arriver à son développement complet, combler toute l'excavation de la conque et se mettre de niveau avec la bordure de l'hélix. Dans d'autres cas, la collection liquide, d'abord limitée à la fossette scaphoïdienne de l'anthélix, s'étend peu à peu et envahit la totalité du pavillon. Quel que soit son mode de développement, la tumeur présente une fluctuation manifeste, surtout à son centre ; sur les parties périphériques, la fluctuation devient plus douteuse. Il n'est pas rare d'y percevoir quelquefois une légère crépitation.

Si l'on vient à ouvrir une semblable tumeur, on la trouve constituée en partie par une sérosité visqueuse, sanguinolente, inodore, en partie par du sang noir

(1) Société de biologie, 1877-1878.

et coagulé. Les parois de la poche sont formées, d'une part, par le péri-chondre et la peau, d'autre part, par la surface externe du cartilage, qui présente des altérations particulières préexistantes. On y constate des points de ramollissement situés parallèlement à sa surface, et on peut détacher des fragments cartilagineux qui adhèrent au péri-chondre.

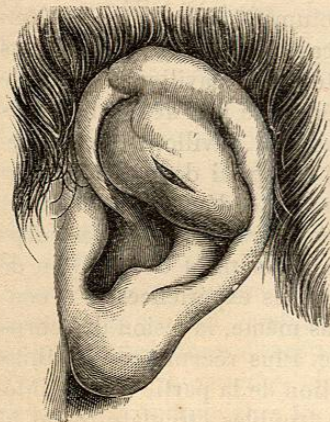


FIG. 264. — Hématome du pavillon de l'oreille.

L'othématome abandonné à lui-même peut suppurer, ce qui est le cas le plus rare. Quelquefois la tumeur s'ouvre spontanément, donne issue à un liquide séro-sanguinolent, puis finit par guérir sans suppuration. Le plus souvent le sang épanché subit un travail de résorption lente, les surfaces se recollent; mais, en raison des altérations de structure du cartilage, la guérison s'accompagne toujours de déformations caractéristiques du pavillon de l'oreille. Les parties molles, le péri-chondre en particulier, s'épaississent, et, à mesure que le recollement s'effectue, on voit se produire une rétraction de la cicatrice qui entraîne une sorte de ratatinement du pavillon dans sa hauteur et dans sa largeur.

Il peut se faire que l'épanchement ait lieu à la fois sur les deux faces du cartilage de l'oreille; celui-ci, privé de ses moyens de nutrition, se mortifie et s'élimine, et il en résulte une déformation telle que l'oreille devient méconnaissable. On trouvera dans le mémoire de Castelain une observation de cette forme rare d'othématome.

Le **traitement** de l'othématome est des plus simples et doit se borner à faciliter la résorption du sang par l'application de quelques compresses résolatives. Lorsque, cependant, la tumeur est très volumineuse, on peut abrégier la durée de la maladie en pratiquant quelques ponctions, de manière à évacuer la plus grande quantité possible de liquide. Nous préférons ce traitement à celui qui consiste à fendre largement la tumeur et à la faire suppurer.

b. *Tumeurs érectiles*. — Quoique rares, les tumeurs érectiles de l'oreille ont été observées quelquefois sous forme de *tumeurs veineuses*, soit sous forme de *tumeurs artérielles*.

Les *tumeurs érectiles veineuses* se présentent plutôt comme des taches étendues et assez superficielles, constituant ainsi une difformité le plus souvent irrémédiable, et à laquelle on peut d'ailleurs appliquer les moyens qui ont été indiqués à l'occasion des tumeurs érectiles en général.

Quant aux *tumeurs érectiles artérielles*, tantôt elles sont nettement localisées en un point du pavillon de l'oreille, tantôt elles se compliquent d'une dilatation variqueuse des artères du voisinage, c'est-à-dire de varices artérielles du crâne.

Dans le premier cas, on peut attaquer la tumeur par l'un des procédés qui ont été décrits ailleurs, et, en raison de l'isolement du pavillon, l'ablation est particulièrement indiquée et a été pratiquée avec succès.

Lorsqu'il existe en même temps des varices artérielles du cuir chevelu, le traitement est beaucoup plus difficile, car on sait les incertitudes et les dangers

de l'intervention chirurgicale dans ce cas. Cependant Colles, cité par Wilde, a pratiqué la ligature de l'artère auriculaire postérieure pour une tumeur érectile de l'oreille compliquée de varices artérielles, et, dans deux cas très graves cités par les auteurs du *Compendium*, où il existait une dilatation de toutes les artères auriculaires et où la tumeur était le siège d'hémorragies, on dut recourir à la ligature de la carotide primitive. Dans l'un de ces faits, dû au docteur Mussey, la ligature de la carotide primitive du côté malade n'ayant pas suffi pour arrêter les hémorragies, le chirurgien se décida, au bout de quelques semaines, à lier la carotide primitive de l'autre côté. Le malade guérit.

c. *Tumeurs fibreuses*. — Il est rare de rencontrer des tumeurs fibreuses dans la portion cartilagineuse du pavillon de l'oreille. Triquet⁽¹⁾ a cependant observé une tumeur de cette nature, du

volume d'une moitié d'œuf, implantée sur la paroi postérieure du pavillon qui se trouvait ainsi fortement repoussée en avant (fig. 266). L'ablation fut suivie d'une guérison rapide, et le pavillon reprit sa position normale.

Sous le nom de *fibromes* ou de *tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille*, on a décrit des excroissances arrondies et dures, quelquefois très volumineuses, qui se développent sur le trajet cicatriciel des boucles d'oreilles. Mais si, parmi ces tumeurs, les unes sont de véritables fibromes, d'autres semblent plu-

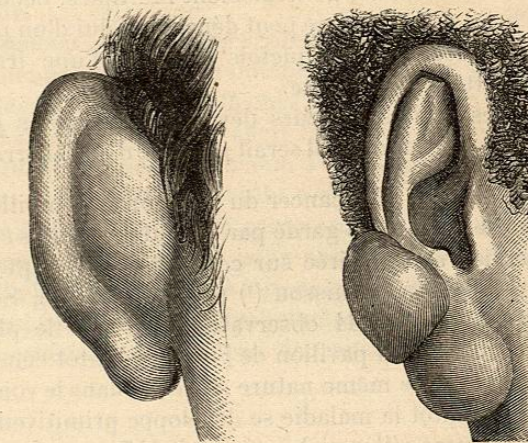


FIG. 265.

FIG. 266.

FIG. 265. — Tumeur fibreuse du pavillon de l'oreille. (Triquet.)
FIG. 266. — Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille.

tôt se rapporter à des chéloïdes cicatricielles. Dolbeau⁽²⁾ a présenté à la Société de chirurgie deux observations de tumeurs du lobule de l'oreille, dont la première est un exemple de fibrome, tandis que la seconde se rattache plutôt à une chéloïde cicatricielle.

Les tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille seraient très fréquentes chez les nègresses, d'après O. Saint-Vel⁽³⁾, et sembleraient se développer sous l'influence de l'irritation produite par d'énormes et lourdes boucles d'oreilles qui tiraillent et fendent même le lobule.

Ces tumeurs ont une évolution toujours très lente : elles mettent des mois et même des années à acquérir le volume d'un œuf de pigeon, d'une noix. Elles sont souvent multiples et affectent une symétrie parfaite de chaque côté. Leur diagnostic est facile; toutefois, on a pu les confondre avec un kyste sébacé, affection très rare dont Moos⁽⁴⁾ a rapporté une observation. La dureté de la

(1) TRIQUET, *Traité pratique des maladies de l'oreille*, p. 147.

(2) DOLBEAU, *Soc. de chir.*, 6 janv. et 24 févr. 1869.

(3) O. SAINT-VEL, *Maladies des régions intertropicales*, p. 475.

(4) MOOS, *Klinik der Ohrenkrankheiten*, p. 61.

tumeur ne laisserait aucun doute sur ce point, et d'ailleurs l'ablation convient dans les deux cas (1).

Le traitement consiste, en effet, à pratiquer l'excision de la tumeur, qu'il faut faire aussi complète que possible, dans la crainte des récidives. Celles-ci sont extrêmement fréquentes, et Saint-Vel a toujours vu chez les nègresses ces tumeurs repulluler lentement sur place après une première et même une seconde ablation, ce qui laisse supposer qu'il s'agissait de chéloïdes, affection très fréquente de la race nègre.

d. *Tumeurs crétacées.* — On rencontre très souvent chez les gouteux des dépôts d'acide urique dans le pavillon de l'oreille. D'après Garrod, qui a signalé le fait, la formation de ces dépôts serait, de tous les symptômes externes de la goutte, celui qui manquerait le moins souvent.

Ces concrétions, généralement multiples, occupent surtout le bord supérieur de l'hélix. Leur volume peut dépasser celui d'un pois. Habituellement indolentes, elles deviennent quelquefois le siège d'une irritation passagère au moment d'une attaque de goutte.

Si ces petites tumeurs devenaient gênantes par leur volume ou l'irritation qu'elles déterminent, il serait possible d'en débarrasser le malade par une excision.

e. *Cancer.* — Le cancer du pavillon de l'oreille paraît assez rare, si l'on s'en rapporte au silence gardé par les auteurs. Dans ces dernières années, cependant, l'attention a été attirée sur ce sujet par quelques faits publiés par Velpeau (2), Demarquay (3), Bouisson (4) (de Montpellier), Sédillot (5), Treillet (6), dans sa thèse, en a réuni 11 observations (7). C'est le plus ordinairement le cancroïde qu'on observe au pavillon de l'oreille; tantôt celui-ci est envahi par propagation d'une lésion de même nature siégeant dans le voisinage, comme la région parotidienne; tantôt la maladie se développe primitivement dans un point du pavillon.

Là, comme ailleurs, le cancroïde débute généralement sous forme de petites élevures verruqueuses, dures et résistantes, que le malade irrite avec l'ongle, et qui finissent par se ramollir et s'ulcérer, en détruisant plus ou moins rapidement tous les tissus du pavillon, y compris le fibro-cartilage.

Le professeur Bouisson a vu le cancroïde du pavillon succéder à un eczéma chronique de longue durée, accompagné de fissures nombreuses qui étaient devenues le point de départ d'ulcères à bords indurés et présentant tous les caractères du cancroïde.

La marche de la maladie paraît être quelquefois très rapide. Sédillot a cité un cas dans lequel la totalité du pavillon avait été détruite en moins de trois semaines; le conduit auditif allait être envahi, lorsque le chirurgien se hâta d'arrêter le mal en cautérisant à plusieurs reprises, avec le fer rouge, les parties ulcérées. J'ai observé à l'hôpital Beaujon un malade chez lequel un cancroïde

(1) *Lymphangiome fibreux kystique de l'extrémité postérieure de l'hélix.* Monatschr. für Ohr., novembre 1895.

(2) VELPEAU, *Gaz. des hôp.*, 1864, n° 27.

(3) DEMARQUAY, *Gaz. des hôp.*, 1869, n° 114.

(4) BOUISSON, *De l'amputation du pavillon de l'oreille.* Montpellier méd., juillet et août 1869.

(5) SÉDILLOT, Académie des sciences, 25 juillet 1869.

(6) TREILLET, Thèse de Paris, 1882.

(7) TOISON, *Sarcome fasciculé du pavillon de l'oreille.* Revue mens. de laryn., 1884. — MÉNIÈRE, *Tumeur épithéliale de la partie moyenne du conduit auditif externe.* Congrès de Bâle, 1884. — KALES, *Epithelioma of the auricle.* Med. Rec., 1887. — DEUCH, *Epithélioma du pavillon.* Arch. of otol., n° 2, vol. XXII.

développé sur le lobule avait détruit en quelques mois la totalité de l'oreille externe et les parties avoisinantes, en donnant naissance à un énorme ulcère dont le fond était formé par les os du crâne dénudés et nécrosés. L'articulation temporo-maxillaire était largement ouverte.

Peut-on rencontrer sur le pavillon de l'oreille d'autres variétés du cancer? Il est difficile de se prononcer à cet égard, en raison du petit nombre de faits connus. Chez un malade soigné par Kuhn (1) il existait, au niveau du conduit auditif cartilagineux, une petite tumeur; l'examen histologique permit de déceler un épithélioma.

La tumeur observée par Velpeau avait le volume d'une aveline; elle était consistante, charnue, ulcérée à la superficie, mobile sur les parties profondes. On l'avait déjà excisée, mais elle s'était rapidement reproduite. Velpeau diagnostiqua une tumeur cancéreuse contenant probablement du tissu fibro-plastique et des éléments de cancer encéphaloïde.

A quelle forme doit-on rapporter les tumeurs observées par le docteur Campbell (2), et qui, assez fréquentes parmi les habitants de la vallée de Nipal, se rencontreraient surtout chez les individus affectés de goitre? Le docteur Campbell a opéré deux de ces tumeurs; elles attireraient fortement le pavillon en bas, recouvriraient le méat auditif et gênaient beaucoup l'audition. Elles étaient inégales, charnues, et leur tissu ressemblait à celui du sarcome.

Quelle que soit la nature de ces tumeurs, leur caractère de malignité étant reconnu, le chirurgien doit intervenir rapidement pour prévenir leur extension.

La cautérisation, l'excision, la ligature, peuvent être employées selon les cas. Bouisson a insisté sur le manuel opératoire de l'amputation partielle ou totale du pavillon de l'oreille, qu'il préfère, dans les cas de cancroïde, aux autres procédés de destruction.

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU PAVILLON DE L'OREILLE

Les difformités congénitales ou acquises du pavillon de l'oreille ne sont pas extrêmement rares. Les unes sont entièrement au-dessus des ressources de l'art; les autres, au contraire, sont susceptibles d'être corrigées et intéressent plus particulièrement le chirurgien.

a. *Les difformités par excès de développement*, qu'elles soient congénitales ou acquises, affectent tantôt la totalité, tantôt une partie seulement de l'organe.

On a signalé quelquefois un développement tellement exagéré du pavillon que cette anomalie constituait une difformité des plus choquantes. D'après un fait rapporté par le docteur di Martino (3), il semble que l'art puisse intervenir avec succès. Dans ce cas, en effet (fig. 267), le chirurgien enleva à la partie postérieure du pavillon un lambeau triangulaire, puis réunit par la suture les incisions A et B, et corrigea la difformité.

(1) KUHN, *Annales de la Société allemande d'otologie*, juin 1895. — FERRERI, *De l'épithélioma du pavillon.* Arch. ital. di otol., fasc. 2, 1894.

(2) CAMPBELL, Cité par Demarquay (*Gaz. des hôp.*, 1869, n° 114).

(3) TRIQUET, *Maladies des oreilles*, p. 140.

L'excision conviendrait parfaitement s'il s'agissait du développement excessif d'une partie du pavillon. L'anomalie porte alors plus généralement sur le lobule qui peut offrir une longueur démesurée. Boyer, ayant eu à traiter un jeune homme chez qui le lobule, anormalement développé, se portait sur la joue d'une

manière désagréable, en fit l'excision avec les ciseaux et détruisit la difformité.

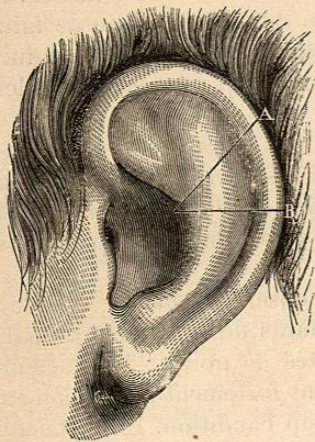


FIG. 267. — Opération dans un cas de difformité par excès de développement du pavillon. (Di Martino.)

b. Les difformités par défaut sont plus communes que les précédentes.

L'absence congénitale du pavillon de l'oreille a été quelquefois observée. Lorsqu'elle ne coïncide pas avec d'autres vices de conformation de l'organe de l'ouïe, il ne paraît pas en résulter une grande gêne dans l'exercice de la fonction auditive. Chez un enfant de deux mois observé par Knapp, il existait à la place du pavillon droit un rudiment déformé, en arrière duquel on voyait une dépression indiquant le siège du conduit obturé. Ce pavillon était à 55 millimètres de l'angle de l'œil, alors que le pavillon gauche normal en était à 49 millimètres; il y avait également une asymétrie très marquée de la face

avec atrophie du temporal, du malaire et du maxillaire supérieur (1). Il en est de même de la destruction totale du pavillon à la suite de brûlures, de plaies, de gangrènes. Dans l'un et l'autre cas, la difformité doit être regardée comme incurable, et peut seulement être masquée par certains appareils prothétiques, qui remplacent le pavillon absent.

Mais si la perte de substance n'atteint qu'une partie du pavillon, quels que soient la cause et le siège de la difformité, on peut espérer quelquefois corriger celle-ci par une opération autoplastique, en empruntant un lambeau de forme et de dimensions convenables, sur la tempe, la région mastoïdienne. Le lambeau disséqué est ensuite fixé au niveau de la perte de substance préalablement avivée; puis, lorsque la réunion est opérée, on sépare le lambeau resté adhérent au crâne. Quoique cette opération ait été conseillée par Dieffenbach, je pense qu'elle est rarement appelée à fournir de bons résultats.

c. Les difformités par altérations de forme de la conque sont extrêmement fréquentes. La plupart ne constituent que des variétés individuelles sans importance. Je signalerai une disposition vicieuse du tragus et de l'antitragus qui sont accolés l'un à l'autre et ferment hermétiquement le méat auditif, de manière à gêner l'entrée des ondes sonores. L'excision de l'une ou de l'autre de ces parties, ou même des deux à la fois, a été conseillée par Boyer. A défaut d'opération, on pourrait obvier à la gêne de l'audition en maintenant l'ouverture du méat dilatée par le moyen d'un petit tube introduit dans le conduit.

d. Les difformités par adhérences vicieuses du pavillon avec les parties latérales du crâne, que l'on observe quelquefois à la suite de plaies, de brûlures mal

(1) KNAPP, *Archiv für Otol.*, vol. XXI, n° 4. — Voy. également POLITZER, *Monatschr. für Ohr.*, novembre 1895.

soignées, peuvent être corrigées par la division de ces adhérences que l'on empêcherait de se reproduire, soit en surveillant attentivement la cicatrisation, soit en interposant un lambeau autoplastique sur la surface saignante du crâne. Dans un travail récent, Corradi (1) a étudié les sténoses rebelles de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe et leur traitement.

e. Parmi les vices de conformation du pavillon, il faut signaler l'existence de fistules congénitales dont Betz (2) (de Heilbronn) a rapporté un exemple. Chez une petite fille de dix ans, il existait sur le lobule de l'oreille gauche une ouverture fistuleuse qui conduisait dans un trajet de 2 millimètres de long, horizontalement dirigé en arrière du cartilage de la conque, entre celui-ci et la peau, et se terminant en cul-de-sac. Les parois étaient indurées, en sorte qu'à travers la peau on sentait un cordon de l'épaisseur d'une aiguille. L'ouverture fistuleuse était habituellement recouverte par une croûte.

Betz considère avec raison cette anomalie comme résultant d'un trouble dans l'occlusion de la première branchie qui se ferme à la partie moyenne et forme ainsi deux ouvertures, dont la supérieure donne naissance au conduit auditif externe et dont l'inférieure disparaît bientôt. La persistance de cette dernière serait l'origine de la fistule (3).

II

MALADIES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

1° PLAIES — FRACTURES

Il est rare qu'un corps vulnérant agissant sur la région de l'oreille ou pénétrant dans le conduit auditif externe borne là son action et ne produise pas des lésions complexes, qui s'étendent souvent jusqu'à la base du crâne. Quelquefois, cependant, l'introduction maladroite du spéculum, ou d'instruments divers destinés à l'extraction des corps étrangers, détermine sur la peau du conduit auditif des solutions de continuité qui peuvent donner lieu à un écoulement de sang et devenir l'origine d'une otite externe. Les blessures du conduit par armes à feu sont intéressantes à étudier; on trouvera des recherches complètes dans le travail de Binaud (4).

(1) CORRADI, *Annales des maladies des oreilles*, avril 1895.

(2) BETZ, *Schmidt's Jahrbücher*, 1864, t. CXXI, p. 544.

(3) STETTER, *Traitement opératoire des malformations congénitales du pavillon*. *Archiv für Ohr.*, 1895. — ROHRER, *Nouveaux types d'anomalies de conformation du pavillon de l'oreille*. Réunion des naturalistes allemands à Vienne, sept. 1894. — VARIOT, *Malformation congénitale du pavillon de l'oreille et de l'oreille externe chez des enfants*. *Journal de clinique infantile*, 10 mai 1894. — GRADENIGO, *Malformations du pavillon de l'oreille*. *Archiv für Ohr.*, Bd. XXXIV, — VALI, *Recherches sur les malformations morphologiques du pavillon chez les criminels*. *Archiv für Ohr.*, Bd. XXXIV.

(4) BINAUD, *Arch. gén. de méd.*, avril et mai 1895. — AVOLEDO, *Blessures de l'oreille par armes à feu*. *Morgagni*, n° 10 et 11, 1895.