

une cause nouvelle d'irritation. Dans les inflammations accompagnées de productions épidermiques, elles ont pour effet d'en prévenir l'accumulation.

Lorsque par ces lavages, répétés trois ou quatre fois par jour, on a complètement nettoyé le canal, on peut y faire avec profit des instillations de liquides astringents (alun, tannin, sulfate de cuivre), dont on augmente graduellement la dose de 50 centigrammes à 1 ou 2 grammes pour 50 grammes d'eau. Les eaux sulfureuses, l'eau de goudron, conviennent aussi dans certaines otites scrofuleuses.

L'acide borique a été employé avec succès contre l'otite externe chronique, soit sous forme de solution, soit sous forme de poudre qu'on insuffle dans l'oreille. Je suis peu partisan de ce dernier mode d'application, ainsi que j'aurai l'occasion de le dire à propos du traitement de l'otite moyenne purulente.

Les huiles, les pommades sont en général plus nuisibles qu'utiles. Dans l'eczéma chronique du conduit, la glycérine ou les glycérolés rendent cependant d'assez grands services.

Lorsqu'il existe une ostéo-périostite du conduit, on doit, en même temps qu'on emploie les moyens généraux et les soins de propreté, avoir recours à quelques révulsifs énergiques. Les ventouses, les vésicatoires, les frictions irritantes derrière les oreilles, peuvent être utiles au début, mais dès qu'il s'agit d'une véritable ostéite avec carie ou nécrose, il ne faut pas hésiter à recourir au traitement chirurgical des complications diverses qui peuvent survenir.

3° TUMEURS

Il n'est pas rare de rencontrer dans le conduit auditif des *polypes* ou des *excroissances polytipiformes* qui remplissent plus ou moins complètement la lumière du canal et viennent même saillir à l'extérieur. Mais comme ces tumeurs dont quelques-unes prennent, il est vrai, naissance dans les parois du conduit auditif externe, proviennent très souvent aussi de la caisse du tympan, j'ai pensé qu'il était préférable d'en remettre à un autre moment la description générale.

Les seules tumeurs que nous décrirons ici sont les *exostoses* (1).

EXOSTOSES

A peine signalées par quelques auteurs, les exostoses du conduit auditif ont été décrites avec soin par Toynbee, puis par Bonnafont (2) et Welcker (3).

Plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, elles semblent se développer en dehors de toute cause inflammatoire ou diathésique, quoique Toynbee les considère comme étant souvent d'origine rhumatismale ou goutteuse; rien n'autorise à les rattacher à la syphilis. Je serais beaucoup plus porté à croire que ces exostoses sont pour la plupart congénitales et qu'elles sont dues à un trouble survenu dans le développement du conduit auditif osseux. Et ce qui

(1) Nous ne parlerons pas des tumeurs sébacées qui ne sont que des cholestématomes.

(2) *Surdités produites par des tumeurs osseuses. Union méd.*, nouv. série, t. XX, p. 247.

(3) *Ueber knocherne Verengerung und Verschlussung des äusseren Gehörganges. Archiv für Ohrenheilkunde*, t. I, p. 165.

paraît donner quelque poids à cette opinion, c'est que d'après Welcker et Seligmann, certaines peuplades du Nouveau Monde présenteraient une prédisposition toute particulière pour ce genre de tumeurs.

Quoi qu'il en soit, les exostoses du conduit auditif peuvent occuper tous les points du canal osseux, mais on les trouve le plus souvent vers le tiers moyen. Tantôt, il n'existe qu'une seule tumeur, et elle prend naissance sur l'une quelconque des parois; tantôt, on rencontre deux ou plusieurs tumeurs, qui, nées sur les parois opposées du canal, marchent à la rencontre l'une de l'autre en laissant entre elles une ou plusieurs ouvertures de forme aplatie, arrondie, triangulaire. Dans quelques cas, le canal se trouve complètement oblitéré.

Les exostoses du conduit auditif sont presque toujours constituées par du tissu compact; rarement on a observé des exostoses aréolaires et celluleuses comme Autenrieth (4) a eu l'occasion d'en examiner une.

Le développement de ces tumeurs est, en général, fort lent; il se fait du côté du conduit auditif qui finit par être complètement oblitéré.

Le plus souvent, la diminution graduelle de l'ouïe est le seul symptôme qui attire l'attention du malade. Cette surdité est produite par l'obstruction du canal, soit par le fait seul du développement de l'exostose, soit par suite de l'accumulation du cérumen entre l'exostose et la membrane du tympan.

Chez un jeune homme âgé de vingt ans, que j'ai eu l'occasion d'examiner, et qui portait une exostose oblitérant complètement le conduit auditif, le développement de la tumeur s'était accompagné à diverses reprises de douleurs vives, irradiant à tout le côté de la tête, et revêtant le caractère de véritables accès névralgiques.

Les exostoses du conduit auditif se présentent sous forme de tumeurs dures, à surface arrondie, unie ou mamelonée, s'insérant le plus souvent par une large base sur une des parois du canal. La peau qui les recouvre est souvent un peu rosée, et assez sensible au toucher. Leur consistance permettra toujours de les distinguer d'autres tumeurs.

Dans les cas où la lumière du canal n'est pas encore oblitérée, et où il reste une ou plusieurs ouvertures, il faut recommander aux malades d'entretenir la plus grande propreté de l'oreille à l'aide d'injections fréquentes. On parvient quelquefois par ce moyen à améliorer l'ouïe en détachant quelques petits amas de cérumen accumulés en arrière de l'obstacle.

Quant au traitement propre aux exostoses, il varie suivant qu'il existe encore quelque ouverture conduisant jusqu'au tympan ou suivant que le canal est entièrement obstrué. Dans le premier cas, la dilatation à l'aide de tige de *laminaria digitata* peut amener quelquefois une diminution des exostoses et par suite un élargissement du conduit. Lorsque la tumeur remplit entièrement le canal, et détermine une surdité complète, l'ablation de l'exostose ou sa perforation pourrait seule améliorer l'ouïe.

Dans un cas de cette nature, observé par Bonnafont (5), le chirurgien, après avoir détruit par la cautérisation la peau qui recouvrait l'exostose, traversa peu

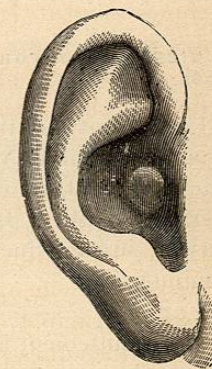


FIG. 269. — Exostose du conduit auditif externe.

(4) REIL, *Arch. für Physiologie*, 1809, t. X, p. 549.

(5) BONNAFONT, *Union méd.*, 30 mai 1868.

à peu toute son épaisseur, dilata le trajet nouveau à l'aide de mandrins gradués, et rendit l'ouïe à son malade.

Je ne fais que mentionner, sans y ajouter grande confiance, les applications répétées de teinture d'iode sur la tumeur et les mercuriaux à l'intérieur que Wilde et Toynbee ont conseillés.

L'ablation de l'exostose est, en somme, le seul traitement à mettre en usage, lorsque l'intervention est justifiée par la gravité des troubles fonctionnels. Cette opération assez délicate peut être faite avec une gouge fine et le maillet. Il n'est pas nécessaire d'enlever la totalité de la tumeur; il suffit de créer un passage suffisamment large pour donner accès aux ondes sonores et pour laisser écouler au dehors les produits de sécrétion qui tendent à s'accumuler derrière l'exostose. Dans un cas, j'ai obtenu un excellent résultat de l'emploi d'une petite fraise, mue par un tour à volant, analogue à celui dont se servent les dentistes. J'ai pu ainsi très rapidement détruire une exostose très profondément placée (1).

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Le conduit auditif externe présente dans sa forme, sa direction, ses dimensions, de notables variations, dont la plupart sont sans aucune importance. Il est, cependant, un certain nombre de difformités congénitales ou acquises qui méritent d'attirer l'attention du chirurgien, et que l'on peut ranger en deux classes, suivant que les dimensions normales du conduit sont augmentées ou diminuées.

L'*excès de largeur du conduit auditif*, que l'on rencontre chez certains individus conjointement avec une courbure à peine marquée, constitue certainement une prédisposition à l'inflammation des parties profondes de l'oreille. Cette anomalie a été signalée par Itard (2) chez quelques sourds. Le doigt auriculaire pouvait pénétrer jusqu'à la membrane du tympan.

Si l'on constatait l'existence de cette déformation spéciale, il y aurait lieu de conseiller aux personnes qui en sont atteintes de porter habituellement du coton dans l'oreille, afin de préserver les parties profondes contre l'action trop directe du froid et des corps étrangers.

Je mentionne seulement pour mémoire l'élargissement pathologique du conduit auditif par suite de bouchons cérumineux, de tumeurs diverses, déformation contre laquelle l'art est impuissant.

Quant aux difformités résultant d'un *défaut de largeur du conduit auditif externe*, elles intéressent plus particulièrement le chirurgien, et comprennent : 1° l'*oblitération complète du conduit*; 2° les *rétrécissements*.

1° OBLITÉRATION COMPLÈTE

L'*oblitération congénitale* ou l'*imperforation du conduit auditif* est assez rare. Tantôt elle coïncide avec une malformation ou une absence plus ou moins com-

(1) BRAUNBERGER, *Exostoses du conduit auditif externe*. Strasbourg, 1896.

(2) Tome II, p. 147.

plète du pavillon de l'oreille, et, dans ce cas, ainsi que nous l'avons dit, la malformation s'étend habituellement aux parties profondes de l'organe de l'ouïe; tantôt, le pavillon étant bien développé, le conduit auditif se trouve fermé par une membrane située au niveau de l'ouverture normale ou plus ou moins profondément.

Le plus souvent ce vice de conformation, qui résulte d'un trouble survenu dans l'occlusion de la première branchie, n'existe que d'un seul côté. Cependant, on connaît des exemples dans lesquels il y avait imperforation des deux conduits auditifs.

Dans deux observations rapportées par Cooper et Steinmetz (1), outre l'absence presque complète des deux pavillons, les conduits auditifs étaient fermés par la peau, et cependant l'ouïe était assez bonne.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une semblable anomalie, on doit avant tout s'assurer que le conduit auditif existe réellement, et que la difformité extérieure ne coïncide pas avec un vice de conformation des parties profondes de l'organe auditif. L'exploration de l'ouïe peut fournir à cet égard des données utiles, car, si la faculté auditive est conservée, on peut conclure à l'intégrité de la caisse et de l'oreille interne.

De plus, on devra rechercher, à l'aide d'un instrument délicat, quelle est l'épaisseur de la membrane qui ferme le conduit. On peut se servir à cet effet d'une fine aiguille à acupuncture. Si celle-ci, après avoir traversé une faible épaisseur de parties molles, rencontre une résistance osseuse, on doit conclure que le conduit auditif n'existe pas; on arrivera à une conclusion opposée, si l'aiguille trouve un vide derrière l'obstacle. Cette exploration devient très délicate lorsque la membrane qui oblitère le conduit est située à une certaine profondeur, car on pourrait craindre, après l'avoir traversée, de rencontrer immédiatement et de blesser la membrane du tympan. Bonnafont (2) donne le conseil de procéder alors avec une excessive précaution; l'aiguille est enfoncée lentement, jusqu'à ce que le malade accuse une douleur très vive, ce qui indique presque certainement que la membrane du tympan existe, et a été piquée. Dans un cas très intéressant, ce chirurgien put ainsi apprécier l'épaisseur de la cloison qui interceptait la lumière du conduit.

Lorsqu'on a acquis la certitude que l'ouïe n'existe pas et que l'imperforation du conduit coïncide avec des vices de conformation des parties profondes, on doit s'abstenir de toute intervention. Si, au contraire, on a reconnu que l'imperforation du conduit, qu'elle soit ou non accompagnée de difformités du pavillon, constitue le seul obstacle à l'exercice de la fonction, il est indiqué de le faire disparaître. Je donnerai cependant le conseil de ne pas opérer dans le jeune âge et d'attendre que le sujet ait atteint l'âge de raison, afin qu'il puisse mieux se prêter aux explorations nécessaires pour établir le diagnostic avec certitude.

L'incision et la cautérisation ont été préconisées dans le but de restituer le canal oblitéré. Lorsqu'il s'agit d'une imperforation du méat ou d'une oblitération par une membrane située peu profondément, l'incision cruciale, suivie de l'excision des petits lambeaux, est le meilleur procédé.

La cautérisation a été vantée par Leschevin, Boyer, Itard, qui ont employé le

(1) *Journal de Græfe et de Waller*, Bd. XIX, p. 118, 1855.

(2) *Loc. cit.*, p. 147.

nitrate d'argent. L'annotateur de Saissy (1) cite un cas d'imperforation des deux conduits auditifs, avec surdité incomplète, dans lequel il procura une amélioration très notable de l'ouïe, en appliquant un morceau de potasse caustique au point où devait être l'ouverture normale du conduit.

La cautérisation convient surtout pour les cas où l'obstacle est situé profondément, et avoisine la membrane du tympan. Dans l'observation de Bonnafont, citée plus haut, ce chirurgien combina la perforation simple de la membrane obturatrice avec la cautérisation, c'est-à-dire qu'après avoir traversé environ les deux tiers de l'épaisseur de la membrane avec un petit trocart, il se servit de la canule de l'instrument pour glisser dans la plaie un petit fragment de nitrate d'argent. Puis, par des cautérisations successives, il parvint à compléter la perforation et à lui donner la largeur du conduit. Le résultat fut des plus satisfaisants.

L'oblitération accidentelle ou pathologique du conduit auditif s'observe très rarement. Sans parler des cas où une tumeur, un corps étranger, déterminent une obstruction complète du canal, il arrive quelquefois, à la suite d'inflammations répétées, que les parois opposées se soudent et interceptent totalement la lumière du canal. Il est évident que cette oblitération ne peut exister que dans la portion fibro-cartilagineuse; mais elle peut être plus ou moins étendue.

Itard (2) rapporte le cas d'un militaire qui, à la suite d'une brûlure, avait le conduit auditif fermé par une cicatrice assez mince, qui permettait cependant, en partie, l'exercice de l'ouïe. Sonrier (3) a observé un fait analogue. L'oblitération avait succédé à une violente otite, développée à la suite de l'introduction d'un corps étranger; elle était complète et produite par une cicatrice qui semblait très épaisse. Quoique l'observation mentionne que le malade était complètement sourd, je me permettrai d'élever quelques doutes à cet égard, et le résultat obtenu par l'opération doit faire admettre que le malade percevait au moins les sons transmis par les os du crâne.

L'opération a consisté dans l'excision d'une partie de la membrane obturatrice, qui présentait une épaisseur de 6 à 7 millimètres et offrait les caractères du tissu inodulaire, puis dans la dilatation à l'aide de l'éponge préparée. La guérison fut complète, et le malade recouvra l'ouïe.

Dans les cas d'oblitération cicatricielle du conduit auditif, de même que dans les cas d'oblitération congénitale, il est nécessaire de s'assurer, avant toute opération, que la fonction auditive est conservée. Car, quel que soit le degré de la surdité, si celle-ci est due uniquement à la présence de la membrane oblitérante, la transmission des sons par les os du crâne doit toujours persister. Lors donc qu'on a reconnu cette condition favorable, on devra se conduire comme dans le cas rapporté précédemment, c'est-à-dire exciser une partie de la membrane, et entretenir les dimensions du nouveau canal à l'aide d'une dilatation longtemps prolongée. Dans un cas rapporté par Knapp on tenta inutilement de rétablir un conduit obstrué par les cautérisations avec de l'acide sulfurique concentré (4).

(1) *Loc. cit.*, p. 19.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 146.

(3) SONRIER, *Gaz. des hôp.*, 10 février 1870.

(4) *Zeit. für Ohr.*, 1885.

2° RÉTRÉCISSEMENTS

Les rétrécissements du conduit auditif peuvent affecter les portions cartilagineuse ou osseuse, ou les deux portions à la fois. Qu'ils soient d'origine congénitale ou accidentelle, ils se présentent sous deux formes principales : les rétrécissements en forme de fente, et les rétrécissements annulaires.

Les rétrécissements en forme de fente affectant la région cartilagineuse seule sont les plus fréquents. Le plus souvent ils dépendent d'un rapprochement des parois antérieure et postérieure qui sont accolées l'une à l'autre, d'où résulte la formation d'une fente allongée au lieu de l'ouverture ovale normale du conduit. Cette sorte de rétrécissement, le plus souvent congénital, peut aussi se produire, indépendamment de toute maladie, par suite des progrès de l'âge; aussi n'est-il pas très rare de l'observer chez les vieillards. Tröltzsch, qui a eu l'occasion d'examiner anatomiquement un cas de ce genre, a constaté un relâchement considérable du tissu fibreux qui unit à l'écaïlle temporale la partie postéro-supérieure du conduit membraneux, en sorte que celle-ci, n'étant plus soutenue, tombe en avant, et s'applique sur la paroi antérieure du canal.

Indépendamment de la surdité qui résulte d'une semblable difformité, le rétrécissement de la portion cartilagineuse a pour effet de gêner l'écoulement des produits de sécrétion et de prédisposer par conséquent à l'accumulation du cérumen. On peut y remédier assez complètement en conseillant aux malades de porter un petit tube métallique qui maintient écartées les parois du conduit.

Je me borne à signaler un rétrécissement assez commun, propre à la portion osseuse, et qui consiste dans une voussure anormale de la paroi antérieure tout près de la membrane du tympan. Cette anomalie n'a d'autre inconvénient que de gêner l'exploration du tympan, dont on ne peut découvrir, quelque effort qu'on fasse, la moitié antérieure.

Les rétrécissements annulaires congénitaux, assez prononcés pour nuire à la fonction auditive, paraissent très rares. Tröltzsch en a observé deux cas. Une fois, l'anomalie était unilatérale; dans l'autre cas, elle existait des deux côtés. Le rétrécissement au milieu du méat était tel qu'on pouvait croire à une imperforation. A partir du méat le conduit cartilagineux s'évasait en entonnoir de dehors en dedans. Le malade n'entendait la montre que lorsqu'elle était appliquée sur l'oreille et sur les os du crâne. Triquet cite très brièvement un cas analogue au précédent.

Les rétrécissements annulaires sont bien plus souvent d'origine pathologique, et succèdent à des inflammations de longue durée, et plus particulièrement à l'eczéma chronique. Ils occupent surtout la portion membraneuse, et sont dus à l'épaississement de la peau et peut-être aussi du cartilage sous-jacent. Ils peuvent cependant occuper également la portion osseuse, et résultent d'une véritable hyperostose, plus ou moins régulière, qui donne souvent au conduit la forme triangulaire.

Le traitement doit consister dans la dilatation lente et progressive du conduit

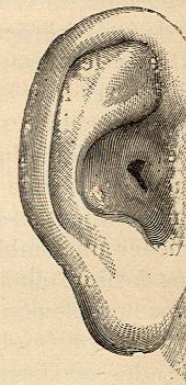


FIG. 270. — Rétrécissement du conduit dû à une hyperostose des parois. (Toynbee.)