

eczéma du conduit auditif : c'est à cette cause que j'attribue l'adhérence exceptionnelle du bouchon, par suite de l'union intime du cérumen avec les croûtes de l'eczéma, qui tiennent elles-mêmes très fortement à la peau.

*Couche fibro-cartilagineuse.* — Le périoste de la portion osseuse du conduit auditif (fig. 31) adhère si intimement à la peau que ces deux membranes n'en forment en réalité qu'une seule : mais, arrivé à l'union de la portion cartilagineuse et de la portion osseuse, le périoste se détache de la peau et va se continuer avec le trousseau fibreux qui réunit entre elles ces deux portions ; ce trousseau fibreux lui-même n'est autre chose que la continuation du péri-condre qui recouvre le cartilage ; en sorte que la capsule fibreuse qui recouvre les cartilages, ces cartilages eux-mêmes, le ligament qui les unit à la portion osseuse, et le périoste qui revêt cette portion osseuse, constituent en réalité une couche continue située immédiatement en dehors de la couche glandulaire et formant la limite extérieure du conduit auditif : *c'est cette couche que j'appelle fibro-cartilagineuse.*

Le péri-condre est très épais, très résistant, et établit une barrière généralement efficace contre les abcès qui se développent entre lui et la peau : aussi ces derniers font-ils saillie dans la cavité du conduit, et, je le répète, ces cas sont de beaucoup les plus fréquents.

Lorsque le point de départ n'est plus dans la couche glanduleuse, mais dans le périoste ; lorsqu'il s'agit d'une ostéo-périostite du conduit, les choses se passent d'une manière toute différente. Le périoste se décolle ; en même temps que le pus se fait jour dans la cavité du conduit, il chemine au-dessous de la couche fibro-cartilagineuse et vient former foyer dans une région voisine, dans la région parotidienne, par exemple, si nous supposons que le point de départ est en P (fig. 31).

Les inflammations du conduit auditif externe donnent donc naissance à deux espèces d'abcès bien distinctes l'une de l'autre par le siège, la marche et la gravité. L'un de ces abcès est sous-cutané, qu'il ait pour point de départ une glande sébacée ou une glande cérumineuse ; il est toujours circonscrit, fait, en général, saillie dans le conduit, quelquefois derrière le pavillon, et ne fuse jamais dans les parties voisines ; c'est le moins grave et heureusement le plus fréquent. L'autre est sous-périostique, s'ouvre aussi dans le conduit auditif, mais fuse en même temps dans les régions voisines et est susceptible de provoquer les plus graves accidents.

Nous croyons devoir insister sur l'une de ces dernières variétés d'abcès, dont les relations avec le conduit auditif passent le plus souvent inaperçues. La figure 32 est destinée à démontrer la pathogénie de cet abcès, qui se présente toujours à la région mastoïdienne, immédiatement derrière le pavillon de l'oreille, et qui mérite le nom d'*abcès mastoïdien.*

On voit le périoste de l'apophyse mastoïde pénétrer dans le conduit auditif externe et se confondre avec la face profonde de la peau qui tapisse ce conduit. Supposons une ostéo-périostite : l'inflammation pourra se propager entre l'os et le périoste jusque dans la région mastoïdienne. Une tuméfaction diffuse mal limitée ne tardera pas à se développer en cet endroit, en même temps qu'apparaîtront des symptômes généraux intenses et une violente douleur. Il se formera un abcès au fond duquel on sera surpris de trouver le