

### Rapports du conduit auditif externe.

Le conduit auditif externe présente quatre parois affectant chacune avec les régions du voisinage un rapport *essentiel* qui me paraît propre à les désigner. Ces parois sont : supérieure ou *cranienne*; antérieure ou *temporo-maxillaire*; inférieure ou *parotidienne*; postérieure ou *mastoïdienne*.

La *paroi supérieure* ou *cranienne* est en rapport avec la fosse cérébrale moyenne. Elle n'est séparée de la dure-mère que par une lamelle osseuse souvent fort mince, et l'on conçoit qu'un abcès de l'oreille externe occupant la paroi supérieure puisse déterminer la production d'une encéphalo-méningite : nous en avons signalé un cas plus haut.

La *paroi antérieure* ou *temporo-maxillaire* répond directement à la cavité glénoïde du temporal, et, par conséquent, à l'articulation temporo-maxillaire : aussi, toutes les fois que l'inflammation occupe cette paroi, la mastication est gênée et provoque de vives douleurs.

Un autre accident plus sérieux est la contusion et la fracture de la portion osseuse de cette paroi. Cette fracture se produit dans des conditions telles, qu'elle peut en imposer très aisément pour une fracture de la base du crâne. Supposons, en effet, une chute ou un choc violent sur le menton : il y a transmission au condyle et à la paroi osseuse du conduit; celle-ci se fracture, le malade éprouve un degré plus ou moins prononcé de commotion cérébrale et il perd du sang par l'oreille.

Quand le blessé ressent une vive douleur en remuant la mâchoire et perçoit en même temps une légère crépitation dans l'oreille, il y a lieu de penser que la paroi du conduit a été fracturée. La lésion est encore plus évidente lorsque le condyle a défoncé cette paroi et pénétré dans le conduit auditif, ainsi que M. Baudrimont (de Bordeaux) en a rapporté un curieux exemple (*Société de chirurgie*, juin 1884) sur lequel je reviendrai plus loin à propos de l'articulation temporo-maxillaire.

L'otorragie traumatique doit faire penser à bon droit à une fracture du rocher; cependant, de ce qu'un malade perd du sang par l'oreille, même en assez grande abondance, à la suite d'un coup ou d'une chute, il ne faut pas toujours conclure qu'il est atteint d'une fracture de la base du crâne, ainsi qu'on est, assez légitimement d'ailleurs, porté à le croire. Ce point de chirurgie a été bien développé dans sa thèse inaugurale par mon élève et ami le D<sup>r</sup> Le Bail, qui prit pour point de départ de son travail un malade de mon service.

En effet, le sang peut provenir du conduit auditif externe et aussi d'une déchirure du tympan ou de la muqueuse de la caisse, comme nous en donnerons plus loin des exemples, sans qu'il y ait fracture du crâne.

Le D<sup>r</sup> Le Bail signale, avec Hyrtl, une perforation de la paroi inférieure du conduit; ce dernier auteur la considérait comme un résultat de l'usure produite par les frottements du condyle chez les personnes âgées et qui ont perdu leurs dents; cette perforation prédisposerait à la fracture et aux déchirures du conduit. Le fait existe, mais il est susceptible d'une autre interprétation, ainsi que le démontrent le chapitre suivant et les figures qui y sont annexées.