

les suicidés, car, sur un certain nombre de suicidés par pendaison qu'il a eu occasion d'examiner, il n'a pu trouver une seule rupture de la membrane tympanique. Comment la rupture a-t-elle lieu? ce n'est pas très clair et j'ai même des doutes sur le fait lui-même. — La circonstance que, dans le cas décrit par OGSTON, le lambeau détaché de la membrane tympanique fut trouvé projeté en dehors, semble indiquer que la force mécanique (compression excessive de l'air) a eu son point de départ dans la caisse du tympan.

M. le médecin-major D<sup>r</sup> CHIMANI, chef de la section des maladies d'oreilles à l'hôpital militaire n° 1 de Vienne, a eu la bonté de me communiquer un court résumé de ses observations de rupture de la membrane du tympan dans cette section, de 1867 à 1877. Sur cinq mille quarante-un malades traités pour les oreilles, il a observé cinquante-quatre cas de rupture de la membrane du tympan. Dans trente-huit cas, elle était due à des soufflets; dans six cas, à la chute sur la tête; dans trois cas, à un coup de pied de cheval sur la tête; dans deux cas, à des coups sur la tête avec des gourdins; dans deux cas, au jeu d'instruments de cuivre (trompette et hélicon); dans deux cas, à la détonation d'un fusil chargé à balle dans le voisinage immédiat de l'oreille; et dans un cas, à une chute dans l'eau d'une grande hauteur.

Parmi les ruptures produites par des soufflets, trente-six concernaient l'oreille gauche et deux seulement l'oreille droite; dans vingt-sept cas, la rupture se trouvait dans le quadrant postéro-inférieur de la membrane; dans neuf cas, devant et un peu en-dessous de l'extrémité du manche du marteau; dans deux cas, sur le segment supéro-postérieur de la membrane, presque à la hauteur de la courte apophyse. La rupture n'eut jamais la forme d'une plaie linéaire, elle était le plus souvent déchiquetée, ronde ou ovale. L'hémorragie ne fut, dans aucun cas, assez considérable pour être remarquée par les blessés; les premiers jours, il y eut généralement vertige, bourdonnement et altération importante de la fonction. Dans trente-quatre cas, il y eut guérison complète, sans trouble fonctionnel. Dans quatre cas, il n'y eut pas guérison complète, et, sur les quatre, deux malades avaient reçu de nouveau des soufflets sur l'oreille après une première rupture et ne vinrent se faire traiter que le huitième et le quatorzième jour; il se produisit une otite moyenne purulente avec perforation de la membrane et nécrose superficielle de l'apophyse mastoïde. L'ouverture perforative occupa les parties postérieure, inférieure et moyenne, et ne put être amenée à se fermer par le traitement. L'acuité de l'ouïe fut fortement diminuée.

Les ruptures produites par chute sur la tête concernaient quatre fois le quadrant antéro-inférieur, une fois le milieu du segment postérieur de la membrane du tympan, et une fois la région de la courte apophyse du marteau. L'hémorragie fut dans trois cas si considérable, que l'attention des patients ne fut appelée sur la blessure de l'oreille que par le sang qui s'en échappait. Dans deux cas, bien que la perforation fut guérie, il restait une forte dureté d'oreille, et dans un cas, une affection du labyrinthe.

Les ruptures résultant d'un coup de pied de cheval sur la tête étaient toutes à droite et occupaient le quadrant postéro-inférieur (plaie déchiquetée); une fois avec extravasement sanguin sur la membrane tympanique et le revêtement du conduit auditif. Dans tous les cas, après l'arrêt de la suppuration, il y eut guérison sans altération fonctionnelle.

Il y eut de même guérison, après suppuration, des ruptures produites par des coups sur la tête et par détonation d'un fusil chargé à balle dans le voisinage immédiat de l'oreille. Dans le seul cas où la rupture eut lieu par chute dans l'eau d'une grande hauteur (tentative de suicide), la membrane du tympan était déchirée sur une grande étendue. La blessure guérit après une longue suppuration, et laissa une altération importante de la fonction.

Chez les artilleurs, il ne fut observé aucune rupture de la membrane du tympan à la suite de coups de canon; et, d'une manière générale, la proportion des malades n'a pas été plus grande que dans les autres armes. Le fait qu'autrefois, chez les artilleurs de la garnison de Vienne, il y avait souvent des ruptures de la membrane

tympanique, tandis qu'on ne les observe presque plus aujourd'hui, peut s'expliquer par l'introduction des canons rayés, en 1860-61, qui a modifié le service des bouches à feu. Auparavant, un homme devait se tenir pendant la détonation à côté de la gueule du canon à un pas de distance, presque au foyer du son, et l'individu était atteint de la « piqûre » redoutée. Ce nom était donné à un son aigu (piquant), particulier, produit par le frottement direct du boulet sur le métal du canon et qui s'entend le plus fortement au moment où le boulet quitte la gueule. Depuis l'introduction des canons se chargeant par la culasse, le personnel de service de la pièce, sauf un seul individu qui fait partir le coup d'une assez grande distance, se retire à environ douze pas en arrière, et évite ainsi l'action du son le plus intense.

Outre les traités et manuels déjà cités de WILDE, RAU, BONNAFONT, TOYNBEE, v. TRÖLTSCH, MOOS, DE ROSSI et ROOSA, il y aurait encore à ajouter ici : A. POLITZER: *Die Beleuchtungsbilder des Trommelfells*. Wien, 1865. — KESSEL: « Zur Myringitis villosa. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. V.) — URBANTSCHITSCH: « Ueber eine eigenthümliche Form von Epithelialauflagerung am Trommelfelle und im äusseren Gehörgange. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. X.) — WENDT: « Ueber ein endotheliales Cholesteatom des Trommelfells. » (*Arch. f. Heilk.*, vol. XV.) — HINTON: « Sebaceous tumour, etc. » (*Guy's Hospital reports*, 1863.) — LUCAS: « Aragonitkrystalle in der verdickten Epidermis eines menschlichen Trommelfells. » (*Virchow's Arch.*, vol. XXXVI.) — BUCK: « Cavernöses Angiom des Trommelfells. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, vol. II.) — HASSENSTEIN: « Gerichtsarztliche Würdigung der Läsionen des Gehörorgans durch Schlag. » (*Berl. Kl. Wochenschrift*, 1871, n° 9.) — HERZ: *Ueber traumatische Rupturen des Trommelfells*, Inaugural-Dissert., 1873. — ZAUFAL: « Casuistische Beiträge zu den traumatischen Verletzungen des Trommelfells. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. VII et VIII.) — PARREIDT: « Fall von traumatischer Ruptur des Trommelfells mit Symptomen der Labyrinthreizung. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. IX.) — A. POLITZER: « Ueber traumatische Trommelfellrupturen. » (*Wien. med. Wochenschrift*, 1872), et « Ueber Blasenbildungen und Exsudatsäcke im Trommelfelle. » (*Ibid.*, 1872.)

## II

MALADIES DE LA CAISSE DU TYMPAN, DE LA TROMPE D'EUSTACHE  
ET DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

## REMARQUES GÉNÉRALES PRÉLIMINAIRES

Dans la partie générale, en passant en revue les modifications anatomopathologiques de l'oreille moyenne, j'ai déjà montré qu'on trouve, dans son revêtement, les caractères de l'inflammation de la muqueuse à ses divers degrés, depuis l'hyperhémie simple, l'engorgement catarrhal et la sécrétion, jusqu'à l'inflammation grave avec suppuration; que ces modifications peuvent rétrograder complètement, ou amener, par prolifération cellulaire et néoplasie connective, la formation d'obstacles persistants à la transmission du son. J'ai dit, en outre, que les otites moyennes présentent une grande variété au point de vue anatomique comme au point de vue clinique; j'ai indiqué les difficultés qui s'opposent

à une classification des formes d'inflammation de l'oreille moyenne, en montrant les nombreuses formes intermédiaires; enfin j'ai exposé l'impossibilité d'une séparation précise de ces formes sur une base étiologique et anatomo-pathologique.

La difficulté de la classification des otites moyennes ressort clairement des vues si divergentes des auteurs sur ce sujet. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances, tout essai de classification des affections de l'oreille moyenne, répondant également aux données anatomiques et à l'observation clinique, présente des difficultés considérables; de grands progrès sont encore à faire, surtout dans le domaine de l'anatomie pathologique, pour arriver à une division objective, strictement scientifique.

On a essayé récemment, — mais sans base scientifique, — de présenter les inflammations les plus diverses de la muqueuse de l'oreille moyenne comme *un seul et même processus*. Mais cette opinion, quelque commode et simple qu'elle puisse paraître, a contre elle les résultats des recherches anatomiques, ainsi que l'expérience clinique. Car, bien qu'une forme d'inflammation puisse se transformer en l'autre et traverser les divers degrés de développement, il est solidement établi par l'expérience clinique, que certaines formes d'inflammation de l'oreille moyenne possèdent, dès leur début et pendant tout leur développement, une particularité qui leur donne un caractère clinique typique. Ces particularités, comme on le verra dans l'exposition spéciale des affections de l'oreille moyenne, ont la plus grande importance au point de vue clinique, parce que, dans un très grand nombre de cas, elles suffisent pour fixer le pronostic et décider des mesures thérapeutiques<sup>1</sup>.

Il résulte de ce qui précède, qu'en présence des difficultés, signalées plus haut, d'une division répondant à toutes les exigences, la classification sur une base clinique paraît pour le moment la mieux justifiée. Car l'exposition d'après les types cliniques, non seulement facilite l'étude des diverses formes d'inflammation, mais elle sert à s'orienter dans chaque cas particulier, en fournissant au praticien des points de repère précis pour le diagnostic, le pronostic et le traitement à appliquer.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des otites moyennes, en

<sup>1</sup> Ce qui a été dit d'une manière hypothétique pour les inflammations de la conjonctive, ne peut être regardé comme certain pour les inflammations de la muqueuse de l'oreille moyenne. Lors donc que le professeur Jos. GRUBER, empruntant son opinion au traité de v. STELLWAG, s'exprime de la sorte à ce sujet: « Je tiens les inflammations les plus diverses de la muqueuse de l'oreille moyenne pour *un seul et même processus*, dont le développement est simplement modifié par les circonstances présentes internes et externes, » et: « Car on s'explique seulement de cette manière que les formes les plus diverses se combinent si souvent et qu'elles aient tant de points communs dans leur développement; » sa dernière phrase est exacte et d'ailleurs connue; mais la conclusion, que toutes les otites moyennes sont à regarder pour cela comme un seul et même processus, reste tout aussi insoutenable que si, par exemple, quelqu'un voulait affirmer que le catarrhe pulmonaire, la pneumonie et la tuberculose, parce qu'ils peuvent se développer à la suite l'un de l'autre, doivent être regardés comme *un seul et même processus*, dont l'évolution est simplement modifiée par les circonstances présentes internes et externes.

considérant leurs principaux traits cliniques et leur degré d'intensité, nous trouvons d'abord un grand groupe comprenant les catarrhes de l'oreille moyenne, au sens étroit du mot, dans lequel l'inflammation accompagnée d'hyperhémie et gonflement de la muqueuse se caractérise par l'excrétion d'un *exsudat séreux* ou d'un *exsudat épais, colloïde, muqueux*. Cette forme d'inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne se développe généralement sans phénomènes prononcés de réaction et sans lésion de la membrane du tympan, et l'altération fonctionnelle est produite par engorgement, accumulation d'exsudat et tension anormale de la membrane tympanique et des osselets. Elle peut disparaître complètement, ou donner lieu à la formation de néoplasies connectives dans la muqueuse, de ponts membraneux, qui produisent des adhésions entre les osselets de l'ouïe et les parois de la caisse, avec altération permanente de l'ouïe.

A ces *processus adhésifs*, consécutifs aux catarrhes décrits ci-dessus, se rattache une forme d'inflammation du même genre, mais qui en diffère cliniquement sous plusieurs rapports; sans sécrétion apparente, par resserrement graduel et induration de la muqueuse et de l'appareil ligamentaire, les osselets de l'ouïe, le plus souvent l'étrier, sont immobilisés<sup>1</sup>.

Nous voyons ensuite, dans un autre groupe, l'inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne se développer au milieu de *phénomènes réactionnels aigus*, plus ou moins *violents*, avec excrétion rapide d'un exsudat *purulent* ou *mucopurulent*, et la membrane tympanique généralement comprise dans le processus inflammatoire. Si nous examinons ce groupe au même point de vue général, nous trouvons que l'inflammation atteint rapidement son point le plus élevé et que tout le processus pathologique disparaît au bout de peu de temps, sans lésion de la membrane du tympan (otite moyenne aiguë); ou bien l'inflammation présente un degré d'intensité plus élevé, il y a excrétion copieuse d'exsudat et ulcération de la membrane tympanique, avec perforation et écoulement d'un exsudat purulent ou mucopurulent (*otite moyenne aiguë perforative* ou *suppurative*)<sup>2</sup>. Cette forme

<sup>1</sup> Je veux parler ici de ces formes insidieuses, qui s'observent si souvent dans la pratique, et sont généralement accompagnées de bruits subjectifs, où, souvent sans sécrétion apparente et sans symptômes de réaction, se produisent les altérations les plus graves de l'ouïe, où l'exploration objective de la membrane tympanique et de la trompe d'Eustache ne fait découvrir que rarement une modification pathologique, et où *le labyrinthe est aussi généralement affecté*. La description de ces formes d'inflammation, désignées en otologie sous le nom de « catarrhe sec », « otite moyenne catarrhale sèche », conjointement avec les catarrhes proprement dits, est bien arbitraire; leur allure particulière et surtout leur complication fréquente avec une maladie du labyrinthe, qui n'est que rarement atteint par les catarrhes proprement dits, indiquent un caractère spécial de cette forme d'inflammation. Je suis complètement de l'avis de v. TRÖLTSCHE, quand il prévoit la possibilité que le développement de nos connaissances anatomo-pathologiques arrive à donner à ce groupe d'affections de l'oreille une place complètement à part.

<sup>2</sup> Que l'otite moyenne aiguë et la forme aiguë perforative, bien qu'elles présentent à l'origine le même processus pathologique avec une seule différence d'intensité, ne soient pas regardées comme une même forme de maladie, cela tient à ce que la perforation donne un autre aspect à l'affection et surtout à ce que le traitement est modifié. Sur ce sujet, je renvoie aux indications données, dans l'aperçu général, sur la distinction clinique des affec-

de l'otite moyenne aiguë, modifiée par l'addition de la perforation de la membrane, peut également disparaître au bout de peu de temps avec cicatrisation de l'ouverture perforative et restitution de l'ouïe ; ou bien l'exsudation persiste et donne lieu à une *otite moyenne chronique (otite moyenne chronique perforative ou suppurative)*, qui est encore susceptible de guérison, mais qui amène souvent des altérations permanentes de l'ouïe, par ulcération de la membrane du tympan, exfoliation des osselets, formation de polypes, prolifération et resserrement de la muqueuse avec fixation des osselets, ou peut conduire à une issue fatale par extension de la suppuration à la cavité crânienne et aux sinus veineux voisins.

Ces remarques générales donneront au lecteur une idée de la façon dont les affections de l'oreille moyenne sont exposées dans cet ouvrage. Si cette exposition diffère un peu, dans la forme, de celle usitée aujourd'hui en otologie, nous espérons être justifié par la tentative de circonscrire d'une façon plus précise certaines formes d'otite moyenne à cause de leur importance pratique.

Tout en étant très éloigné de donner comme indiscutable le mode d'exposition adopté ici, ainsi que les dénominations employées, je crois utile de faire remarquer combien il serait désirable, dans l'intérêt des étudiants et des praticiens, de voir se produire un accord général sur les dénominations à adopter pour les diverses formes d'inflammation du revêtement de l'oreille moyenne. Dans l'otologie, qui constitue une étude nouvelle pour le plus grand nombre des médecins praticiens, cet accord est encore plus nécessaire, pour éviter des erreurs, que dans les autres parties de la science médicale, où des dénominations, sans être bien correctes, se sont déjà acclimatées de façon que le nom et le sens qu'on leur attribue sont admis d'une manière générale. Il y aurait à chercher un mode de désignation précisant le processus anatomique plus nettement que les dénominations actuelles, qui dépendent du caractère de l'exsudation. Les désignations des anciens auteurs : « périostite de la caisse du tympan, inflammation phlegmoneuse de l'oreille moyenne, otite interne, etc. » ont vieilli et sont à bon droit mises hors d'usage. Plus récemment, on a adopté presque généralement le nom de « catarrhe ou inflammation catarrhale », mais la dénomination employée par différents auteurs pour une seule et même forme d'inflammation est si variable (ainsi par exemple : v. TRÖLTSCH : « catarrhe simple aigu » ; — DE ROSSI : « hyperhémie aiguë », etc.), que l'étudiant ne peut reconnaître son identité que par l'étude comparée. De même les auteurs ne sont pas d'accord sur la signification du nom « otite moyenne catarrhale ». Tandis que ZAUFAL et SCHWARTZE l'emploient seulement pour le *catarrhe muqueux* et distinguent encore un catarrhe séreux et purulent, le *catarrhe muqueux* de v. TRÖLTSCH comprend aussi bien les formes accompagnées d'exsudation séreuse, que celles où l'exsudat est muqueux. Si l'on emploie pour toutes les otites moyennes le nom de *catarrhe*, l'otite moyenne catarrhale comprendra toutes les formes d'inflammation et l'on devra, pour préciser la nature de l'exsudation, distinguer une otite moyenne catarrhale séreuse, — muqueuse, — purulente. Comme les mots « catarrhe » et « inflammation de la muqueuse » sont équivalents, on peut se servir indifféremment des expressions : catarrhe purulent de

tions de l'oreille moyenne accompagnées et non accompagnées de perforation de la membrane tympanique. Nous donnons d'abord la description séparée de l'otite moyenne aiguë, pour suivre l'ordre adopté jusqu'ici en otologie. Mais, par suite des relations des deux formes, il conviendrait à l'avenir de la traiter après les catarrhes séro-muqueux, immédiatement avant l'otite moyenne aiguë purulente ou perforative.

l'oreille moyenne, ou otite moyenne purulente, etc. Cependant, au point de vue pratique, il conviendrait d'appeler « catarrhes », dans un sens plus étroit, les formes qui donnent lieu à une exsudation séro-muqueuse sans phénomènes prononcés de réaction, et d'appeler au contraire « inflammations » les formes accompagnées de violents phénomènes de réaction avec exsudation muco-purulente ou simplement purulente. Certaines dénominations, comme : otite moyenne séreuse, hémorrhagique, croupieuse, diphthéritique, etc., ont leur justification en ce que, dans un cas donné, elles mettent en évidence une certaine particularité de l'affection et éveillent une image clinique plus précise de la maladie. Mais une désignation comme : « otite moyenne hypertrophique » (fausse analogie avec le catarrhe hypertrophique de la conjonctive de STELLWAG), que JOS. GRUBER a proposée pour l'otite moyenne scléreuse des auteurs, est à rejeter comme réellement impropre, parce que les excroissances et hypertrophies les plus excessives de la muqueuse ne se rencontrent pas dans l'otite dite scléreuse, mais surtout dans l'otite moyenne suppurative chronique.

## I. OTITE MOYENNE AIGUE

(Otitis media acuta.)

Syn : Acute Mittelohrentzündung (POLITZER). — Acuter einfacher Mittelohrcatarrh (v. TRÖLTSCH). — Otite aiguë de la caisse (BONNAFONT). — Iperämia acuta dell'orecchio medio (DE ROSSI). — Acute catarrhal inflammation of the middle ear (J. ROOSA).

L'inflammation aiguë du revêtement de l'oreille moyenne est caractérisée par le développement rapide d'une exsudation, au milieu de phénomènes de réaction plus ou moins violents, avec épanchement dans la cavité de l'oreille moyenne d'un exsudat muco-purulent ou purulent, par l'inflammation consécutive simultanée de la membrane du tympan et par son cours presque typique, enfermé dans un espace de temps généralement court. Les modifications anatomiques sont caractérisées, au début de la maladie, par une très forte hyperhémie, suivie au bout de peu de temps par une exsudation, en partie dans le tissu de la muqueuse malade, en partie dans la cavité de la caisse. Dans les cas rares soumis à l'autopsie, à la suite de typhus, d'affection puerpérale, on trouve la muqueuse fortement tuméfiée, gonflée par l'exsudation séreuse interstitielle mêlée de globules de pus ; parfois elle présente des ecchymoses, les fibres du stratum connectif sont séparées en forme de réseau par l'exsudat infiltré (WENDT), l'épithélium est gonflé et opaque, soulevé et détaché par endroits.

Ces modifications ne sont pas limitées au revêtement de la caisse du tympan ; elles s'étendent aussi à l'enveloppe des osselets de l'ouïe et sont presque toujours accompagnées, à un degré plus ou moins prononcé, d'une forte hyperhémie et du gonflement de la trompe d'Eustache d'une part, et d'hyperhémie et exsudation du revêtement des cellules mastoïdiennes d'autre part.

L'exsudation dans la cavité de l'oreille moyenne consiste en un liquide épais, trouble, mélangé de mucus et de globules de pus, auquel se trouvent mêlés, en cas d'exsudation très rapide, par suite de la rupture de quelques vaisseaux sanguins, un grand nombre de corpuscules rouges du sang ; fré-

quemment il est formé surtout de globules de pus, mêlés seulement d'un peu de mucus. L'exsudat n'est pas toujours fluide, mais parfois visqueux et ferme. J'ai pu le constater dans l'autopsie de personnes mortes de fièvre puerpérale, atteintes pendant la maladie d'une otite moyenne aiguë. L'exsudat teinté de sang, muco-purulent, remplissant la caisse du tympan, était si consistant qu'avec la pince on ne pouvait l'enlever que sous forme de masses cohérentes.

*Etiologie.* — L'inflammation aiguë du revêtement de l'oreille moyenne se produit par l'action des influences atmosphériques : changements brusques de température, temps orageux, humidité ; en outre par la pénétration de l'eau, à la suite d'un bain froid ; mais plus souvent elle est amenée par l'extension d'une inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse naso-pharyngienne voisine, surtout chez les personnes qui, au cours d'un rhume de cerveau aigu, ont été longtemps exposées à l'action d'un temps humide et froid. Elle se développe en outre dans le cours de maladies générales, notamment dans les exanthèmes aigus, le plus souvent pendant la scarlatine, plus rarement dans la rougeole et la variole ; puis dans le cours du typhus, de la pneumonie, du catarrhe bronchique, de la tuberculose, de la fièvre puerpérale, et, par accès aigu intercurrent du processus inflammatoire, dans les catarrhes chroniques (séro-muqueux) de l'oreille moyenne. Que par la douche nasale de Weber, comme ROOSA l'a démontré le premier<sup>1</sup>, et aussi par la douche d'eau de SEEMANN (voir page 150), des otites moyennes aiguës puissent se développer, c'est ce que l'expérience a suffisamment établi. L'otite moyenne aiguë se présente beaucoup plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte et, sous le rapport de la saison, on la rencontre plus fréquemment dans notre climat au printemps et en automne qu'en été et pendant l'hiver. Dans le plus grand nombre des cas, elle affecte une seule oreille ; plus rarement les deux oreilles sont atteintes par l'inflammation, soit simultanément, soit successivement.

*Etat présenté par la membrane du tympan.* — Les symptômes objectifs de l'otite moyenne aiguë présentent plusieurs variétés, suivant l'intensité du processus pathologique. Le conduit auditif cartilagineux est ordinairement pâle, normal, rarement, et cela chez les enfants, légèrement enflé et sensible ; au contraire, on trouve dans la *portion osseuse* du conduit, particulièrement au voisinage de la membrane tympanique, une rougeur uniforme plus ou moins prononcée, qui passe sans interruption de la paroi supérieure sur la membrane du tympan.

L'examen de la *membrane du tympan*, dans les formes légères, montre une forte injection des vaisseaux, particulièrement à la périphérie, dans le voisinage de la courte apophyse et le long du manche du marteau ; tandis que la partie de la membrane située entre le manche et la périphérie apparaît grise, sans éclat ou, par suite d'infiltration séreuse, comme ponctuée de petits reflets lumineux, parfois pulsatiles. Rarement, dans cette période, l'arrangement radiaire des vaisseaux sanguins se laisse reconnaître.

<sup>1</sup> Arch. f. Aug. u. Ohr., vol. I.

A un degré plus élevé, la rougeur s'étend sur toute la surface de la membrane : celle-ci est uniformément rouge écarlate ou livide, ou bien l'injection intense de la couche muqueuse et l'augmentation de l'éclat de la couche externe lui donnent l'aspect d'une plaque de cuivre brillant. Mais cette dernière apparence n'est observée que pendant très peu de temps, au début de l'inflammation aiguë ; par suite de l'exsudation qui progresse rapidement, et de l'infiltration de l'épiderme, la membrane perd son éclat. Par gonflement de la couche épidermique, la couleur de la membrane subit diverses modifications, depuis le gris cendré sale jusqu'au gris sombre, qui reçoit une teinte rouge-violet de la muqueuse rougie de la caisse vue par transparence. En outre, il n'est pas rare que l'épiderme soit déchiré par l'exsudation rapide, et alors le champ visuel rouge-gris apparaît divisé en cases irrégulières par de nombreuses fissures sombres qui se croisent. En même temps, le manche du marteau est presque toujours couvert et rendu invisible par la couche dermique infiltrée, tandis que la courte apophyse peut encore être distinguée, sous la forme d'une protubérance rougeâtre ou blanc-jaune, au pôle antéro-supérieur de la membrane.

Cependant l'infiltration inflammatoire de la membrane du tympan n'est pas toujours uniforme ; elle se limite souvent au segment postéro-supérieur de la membrane, qui, comme on le voit dans la figure 82, est bombé du côté du conduit auditif sous la forme d'une tumeur rouge-bleu, bosselée, recouvrant le manche du marteau, pendant que la partie antérieure grise ou rouge-gris, souvent brillante, apparaît fortement reculée relativement à la portion saillante.

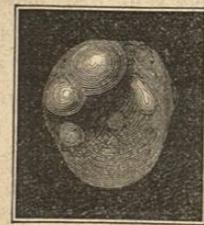


FIG. 82. — Tumeur bosselée, rouge-bleu, à la portion postéro-supérieure de la membrane du tympan ; ecchymoses. Observé sur un homme de quarante-sept ans, quinze heures après le début de l'inflammation. Degré le plus élevé de l'inflammation et diminution de la tumeur le sixième jour. Guérison après quinze jours.

En dehors des apparences de la membrane tympanique décrites ici, on observe parfois, dans l'otite moyenne aiguë, un aspect qui se rapproche plus ou moins de celui décrit dans la myringite. Ainsi il n'est pas rare qu'au début il y ait formation d'une ou plusieurs vésicules, qui crèvent au bout de peu de temps et versent dans le conduit auditif un liquide séreux ou rougeâtre, ou qu'il se forme des abcès interlamellaires (EYSELL), qui pourtant s'observent plus rarement ici qu'au début de l'otite moyenne plus grave, aiguë perforative. Dans quelques cas peu nombreux, où la membrane du tympan n'est atteinte qu'à un degré léger par le processus inflammatoire, on voit, par transparence, comme dans l'hypopyon, l'exsudat jaune-gris situé dans la partie inférieure de la cavité tympanique.

Les ampoules et sacs d'exsudat, en communication avec la caisse, dans les otites moyennes aiguës, sont rares et ont été peu étudiés jusqu'ici. Leur siège, d'après mes observations, est la partie postéro-supérieure de la membrane tympanique ; ils se distinguent des vésicules observées dans la myringite aiguë et des poches vésiculaires, jaunâtre pâle, renfermant un