

exsudat séreux ou muqueux transparent, que l'on rencontre dans les catarrhes récents (SCHWARTZE), en ce qu'ils ne sont pas, comme celles-ci, fortement tendus, mais qu'ils présentent un aspect flasque, en forme de bourse (fig. 83 et 84); qu'ils ne sont pas translucides, mais montrent une couleur verdâtre ou gris-jaune, suivant qu'ils renferment un liquide purulent ou muqueux trouble; et que les parties non saillantes de la membrane présentent une forte rougeur, du gonflement et de l'infiltration. On reconnaît que la cavité de ces sacs communique avec la caisse, à ce que l'expérience de VALSALVA ou la douche d'air gonfle fortement le sac et modifie sa forme, l'air ou l'exsudat, ou les deux étant poussés de la caisse dans le sac. On observe en même temps dans la tumeur, qui grossit rapidement, un changement prononcé de couleur. Tandis qu'en effet la partie supérieure apparaît grise et transparente, on peut voir, dans les parties inférieures de l'ampoule ou du sac, l'exsudat jaune-vert, qui, comme le montrent les fig. 83 et 84, est séparé par une ligne nette de la portion supérieure, qui contient de l'air.

J'ai vu ces poches de la membrane du tympan, communiquant avec la caisse, plus fréquemment sur les adultes que sur les enfants; elles se développent souvent très rapidement, avec accompagnement de douleur, de dureté d'oreille et de bourdonnements; elles peuvent disparaître complètement sans laisser de traces sur la membrane tympanique, ou bien,



FIG. 83. — Saillie en forme de boule sur le quadrant postéro-supérieur de la membrane du tympan; à la base de la tumeur, on voit par transparence l'exsudat vert-jaunâtre limité par une ligne dont la concavité est tournée en haut. Sur une fille de trente ans, reçue dans la clinique des maladies de l'oreille deux jours après le début de l'inflammation douloureuse. Après le départ de l'inflammation, la portion postérieure de la membrane resta amincie.



FIG. 84. — Tumeur bombée en forme de bourse, recouvrant le manche du marteau, partant de la portion postéro-supérieure de la membrane; la partie inférieure de la bourse, à la suite d'une douche d'air, contient un exsudat trouble, jaune-vert. Observé sur un jeune homme le troisième jour après le début de l'inflammation. Guérison au bout de trois semaines.

après le départ de l'inflammation aiguë, il reste parfois un amincissement atrophique de la portion postérieure de la membrane. Quant à la genèse de ces productions en forme de sacs, on peut admettre, d'après l'obser-

vation des malades, qu'elles proviennent, soit de la pénétration de l'exsudat de la caisse dans le tissu de la membrane, les fibres de la substance propre étant écartées les unes des autres et le derme poussé en avant, soit de ce que toute la partie postérieure de la membrane, rendue plus lâche par l'inflammation, est poussée en dehors par l'exsudat.

Symptômes subjectifs. — Les symptômes qui accompagnent l'otite moyenne aiguë, varient avec l'intensité du processus pathologique. La maladie commence généralement avec des douleurs d'oreille piquantes, déchirantes, précédées parfois, en particulier quand l'inflammation provient de la cavité naso-pharyngienne, d'une sensation de gêne et de plénitude dans l'oreille ou d'un violent mal de tête. Chez l'adulte, les douleurs atteignent rarement un degré aussi élevé que chez l'enfant; « l'otalgie » des médecins d'enfants n'est très souvent que le symptôme accompagnant une inflammation aiguë de l'oreille moyenne.

La douleur est rarement continue, mais intermittente, de façon que le soir surtout et dans la nuit elle atteint un degré élevé, tandis qu'elle diminue pendant le jour. L'apaisement est surtout complet chez les enfants, de sorte que de violents accès, pendant lesquels les petits patients se tordent de douleur, sont suivis de pauses de plusieurs heures, où ils reprennent complètement leur calme et leur enjouement. La douleur qui est augmentée par la toux, l'expectoration, la déglutition, est rarement limitée à l'oreille, mais rayonne très souvent sous forme de piqûres volantes, en haut vers le crâne, ou en bas vers l'épaule; dans quelques cas, en avant vers les dents¹. La pression exercée sur la région externe de l'oreille et l'apophyse mastoïde cause rarement de la douleur chez les adultes, plus souvent chez les enfants; au contraire, la région correspondant à la trompe d'Eustache, dans l'angle formé par l'apophyse mastoïde et la branche ascendante de la mâchoire inférieure, est généralement sensible à la pression.

L'otite moyenne aiguë est fréquemment, mais non constamment, accompagnée de *sensations subjectives de l'ouïe*, carillons, bouillonnements, sifflements, bourdonnements. Ces bruits présentent souvent le caractère pulsatile, et dans ce cas ils cessent momentanément quand on comprime la carotide avec le doigt. A cette sensation de pulsation correspond parfois — comme je l'ai reconnu le premier sur la membrane du tympan non perforée, — un mouvement pulsatif visible sur la membrane; quelques points lumineux ou tout un fragment de la membrane bombée (ROOSA) montrent des mouvements synchrones avec les contractions du cœur. Les bruits subjectifs résultent d'une fluxion et hyperhémie simultanée du labyrinthe² ou sont la suite de la pression exercée sur les fenêtres du labyrinthe par l'exsudat sécrété. Leur cessation précoce dans le cours de l'inflammation est à considérer comme un signe favorable; leur persistance

¹ Tout à fait par exception une névralgie dentaire peut être l'avant-coureur de toute l'affection. Voir Moos: « Ueber den Zusammenhang zwischen Krankheiten des Gehörorgans und solchen des Nervus Trigemini. » (*Virchow's Arch.*, vol. LXVIII.)

² Voir ce que j'ai dit des anastomoses entre les vaisseaux de l'oreille moyenne et ceux du labyrinthe (pag. 43).

ininterrompue après le départ de l'inflammation, comme un signe défavorable.

Un symptôme fréquent dans l'otite moyenne aiguë est la sensation de lourdeur et de gêne dans la tête, et de *résonance de la propre voix* du patient, comparable à celle que l'on perçoit dans l'état normal quand on parle en fermant le méat avec le doigt. Ce symptôme pénible persiste souvent jusqu'au départ complet de l'inflammation. URBANTSCHITSCH a observé une altération de la sensation gustative sur la moitié de la langue correspondant à l'oreille malade.

L'otite moyenne aiguë est parfois accompagnée de fièvre à son début et pendant sa période de croissance. Une forte fièvre est plus fréquente chez les enfants; on observe aussi chez eux, — plus rarement toutefois que dans la forme plus grave aiguë perforative, — du délire et même des convulsions.

Altérations de l'ouïe. — Les altérations de l'ouïe qui se produisent dans le cours de l'otite moyenne aiguë, montrent de grandes variations dans les diverses phases de la maladie. Dans la première période de l'inflammation (fluxion), où les douleurs atteignent le degré le plus élevé, la diminution de l'ouïe, — sauf dans les cas où dès les premières heures il y a exsudation rapide, — est généralement modérée, parce que, dans cette phase de l'inflammation, les modifications anatomiques consistent surtout en une forte hyperhémie, due à la fluxion, qui altère à peine la transmission du son. C'est seulement dans la période suivante d'exsudation, où les douleurs disparaissent peu à peu et où l'on constate une diminution de l'hyperhémie de la membrane du tympan, que la dureté de l'oreille augmente à un fort degré, en partie par suite de l'accumulation de l'exsudat dans la caisse, en partie par gonflement et infiltration du revêtement des osselets et des deux fenêtres du labyrinthe, en partie par l'enflure et l'obstruction de la trompe d'Eustache, et les modifications de tension de la membrane tympanique et des osselets qui en sont la conséquence (voir p. 81). L'importance de l'altération de l'ouïe ne dépend du reste pas toujours de la masse de l'exsudat excrété, mais de l'endroit où il est placé. Sur un homme de quarante ans, mort de phthisie pulmonaire, qui ne devint dur d'oreille que dans les dernières semaines de sa vie et qui se plaignait de douleurs et de bruits violents, surtout dans l'oreille gauche dont la distance d'audition pour le langage était à peine d'un demi-mètre, j'ai trouvé après la mort, dans la portion inférieure de la caisse, ainsi que dans les cellules mastoïdiennes, un exsudat opaque rougeâtre. Dans la niche de la fenêtre ronde, se trouvait un bouchon muco-purulent, épais, adhérent, qui ne put être enlevé qu'en plusieurs fois avec une pince fine; la niche de la fenêtre ovale était également remplie d'une masse compacte, de sorte qu'on ne voyait que la tête de l'étrier. La cause de la dureté grave de l'ouïe était donc à chercher ici dans l'obstruction des fenêtres ronde et ovale par des bouchons épais et de faible grosseur.

L'épreuve de la perception par les os de la tête indique en général un état normal du nerf auditif. La montre ou l'acoumètre, seulement dans des cas exceptionnels, ne sont pas entendus par les tempes et cela dans les inflam-

mations véritables (genuines), quand l'otite moyenne est compliquée d'une forte hyperhémie et infiltration séreuse de labyrinthe, en outre dans la syphilis secondaire, chez les phthisiques et les individus décrépits. Il en est de même de l'épreuve avec le diapason, qui, sauf dans quelques cas, est mieux perçu par l'oreille malade, quand l'inflammation est unilatérale.

Les bruits d'auscultation, au sujet desquels nous renvoyons à la description détaillée que nous en avons donnée dans la partie générale (page 126), varient avec la consistance de l'exsudat et le degré d'engorgement de la trompe. Plus l'exsudat est fluide et plus les bruits de râle se perçoivent nettement; quand l'exsudat est épais ou visqueux, ils peuvent manquer complètement; plus la trompe est engorgée et plus le bruit de pénétration est rude, aigu et inégal.

Marche, durée et issue. — La *marCHE* et la *durée* de l'otite moyenne aiguë dépendent de l'intensité du processus, de sa cause et de l'état général de l'individu. Dans les inflammations simples, et chez les individus sagement constitués, la durée de la congestion, accompagnée de douleur, varie depuis quelques heures jusqu'à huit jours et au delà. Dans la plupart des cas, la douleur a atteint son degré le plus élevé vers le troisième ou le quatrième jour, puis arrive l'exsudation avec un accroissement notable de la dureté de l'ouïe, suivi d'oscillations plus ou moins considérables jusqu'au retour de l'audition normale.

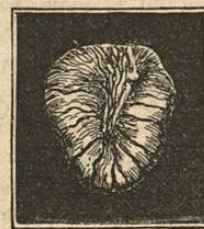


FIG. 85. — Développement vasculaire radié sur le segment postérieur de la membrane du tympan. État observé sur un homme le huitième jour après le début de l'inflammation; couleur de la membrane, gris-jaune; dureté d'ouïe grave; immédiatement après l'emploi de mon procédé, amélioration importante de l'audition. Éclaircissement de la membrane tympanique et retour à l'état normal dans la quatrième semaine.

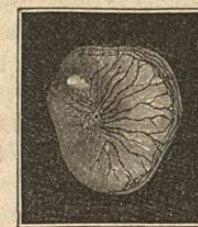


FIG. 86. — Injection radiaire des vaisseaux de la membrane du tympan. État observé sur une femme de trente-trois ans, le neuvième jour après le début de l'inflammation; membrane tympanique normale à la fin de la quatrième semaine.

Avec la diminution des douleurs, commence aussi en général le départ de l'hyperhémie diffuse de la membrane du tympan, et cela d'abord dans les parties situées entre le marteau et la périphérie; l'engorgement de la membrane diminue, elle prend un aspect gris-jaune ou gris de plomb; la

courte apophyse du marteau ressort plus nettement, tandis que le manche, par suite de l'hyperhémie persistante de son faisceau vasculaire, est couvert d'une ligne rouge s'élargissant en haut. On voit, en même temps que la disparition de la rougeur générale, un certain nombre de branches vasculaires nettement marquées sur la membrane du tympan, qui, comme le montrent les fig. 85 et 86, vont sous forme de lignes légèrement sinueuses de la périphérie au centre et vers le manche du marteau. Ces branches vasculaires du derme, évidemment veineuses, sont parfois plus fortement développées sur le segment antérieur (fig. 85), dans d'autres cas sur le segment postérieur de la membrane (fig. 86); quelquefois on n'aperçoit qu'une ou deux branches étendues qui vont jusqu'au marteau, tandis qu'un certain nombre de branches plus petites se voient à la place où le conduit auditif se continue par la membrane du tympan. Cette dilatation des vaisseaux de la membrane du tympan peut durer plusieurs semaines, si l'exsudat épanché dans la caisse y séjourne et n'est pas résorbé. Cependant, lorsque l'exsudat est épuisé, on voit les vaisseaux sanguins diminuer rapidement et disparaître tout à fait; l'éclat de la membrane tympanique reparaît, le manche devient visible, la membrane assombrie, gris de plomb ou gris sale, s'éclaircit de nouveau peu à peu et reprend en général complètement son aspect normal antérieur avec le rétablissement de l'audition. Parfois, pendant le départ de l'inflammation, la couche supérieure de l'épiderme se détache sous forme d'une pellicule jaune-sale.

Bien que, dans le plus grand nombre des cas où la membrane tympanique était normale avant l'arrivée de l'inflammation, l'otite moyenne aiguë disparaisse sans y laisser de traces, on trouve cependant, surtout à la suite de récurrences fréquentes, des opacités partielles et diffuses, des taches calcaires, et fréquemment des atrophies circonscrites de la membrane avec traction partielle en dedans et contact avec la paroi interne de la caisse.

La *durée* de l'otite moyenne aiguë, jusqu'au retour complet de l'état normal, varie, en cas de marche normale, de quelques jours à trois semaines et davantage. Dans les inflammations simples, la durée dépend non seulement de l'intensité du processus, mais encore de beaucoup d'autres circonstances. Chez les individus sains et forts, chez les personnes qui peuvent se soustraire aux influences fâcheuses du temps, par l'observation d'une diète rationnelle, l'inflammation disparaît plus rapidement que chez les individus exposés aux changements brusques de température et qui, par une mauvaise diète, particulièrement par l'usage immodéré des boissons alcooliques, augmentent l'afflux du sang vers la tête et les oreilles. La marche de la maladie est en outre plus favorable en été qu'en automne et dans la saison froide, où les rechutes sont plus fréquentes. Pourtant il n'est pas rare, même dans des circonstances d'ailleurs normales et favorables, de voir se produire des exacerbations du processus pendant la marche de la maladie. Alors que la douleur a disparu déjà depuis plusieurs jours et que l'hyperhémie de la membrane du tympan est sur son déclin, la douleur reparaît tout d'un coup, souvent sans cause apparente, accompagnée de congestion croissante de la membrane et de diminution de l'ouïe. Des

rechutes de ce genre peuvent se renouveler plusieurs fois et, surtout dans cette forme d'inflammation, j'attache une importance particulière à la disparition ou au retour de la douleur, parce que c'est seulement avec la diminution de la douleur qu'on peut attendre le départ de l'inflammation, tandis que son retour indique presque toujours un nouveau développement du processus inflammatoire.

L'otite moyenne aiguë prend une marche irrégulière, traînante, quand elle survient dans le cours d'exanthèmes aigus, du typhus, chez des individus scrofuleux, tuberculeux et cachectiques, ou si antérieurement il y a eu déjà des modifications pathologiques dans l'oreille moyenne. Ces circonstances déterminent aussi en général le pronostic. Non seulement la période de réaction inflammatoire dure, en pareil cas, beaucoup plus longtemps, mais les rechutes pendant la diminution de l'inflammation sont aussi plus fréquentes. La guérison n'a lieu souvent qu'après plusieurs mois, ou bien il se produit dans l'oreille moyenne un engorgement et une exsudation chroniques, avec toutes les suites que nous apprendrons à connaître en décrivant les catarrhes chroniques de la caisse. Enfin, par accroissement du processus inflammatoire, il peut y avoir production abondante d'exsudat purulent ou muco-purulent avec ramollissement inflammatoire, ulcération et perforation de la membrane du tympan, forme d'inflammation que nous décrirons sous le nom d'otite moyenne aiguë purulente ou perforative, et qui peut être considérée comme un degré supérieur de l'otite moyenne que nous venons de décrire, mais avec un caractère clinique notablement modifié.

Après la guérison de l'inflammation, il reste en général, longtemps encore, une disposition aux récurrences. Chez les enfants notamment, l'inflammation reparaît souvent pendant plusieurs années, presque régulièrement au printemps et en automne, pendant un fort rhume de cerveau ou une angine catarrhale. Ces rechutes peuvent toujours aboutir de nouveau à la guérison; mais fréquemment l'inflammation répétée amène dans la muqueuse de l'oreille moyenne la formation de néoplasies connectives, faisant obstacle à la vibratilité des osselets de l'ouïe; il reste alors de légères altérations de l'audition qui, comme v. TRÖLTSCH le remarque justement, deviennent d'autant plus considérables, que les récurrences se reproduisent plus souvent.

Avant d'arriver au traitement de l'otite moyenne aiguë, nous devons dire d'abord que cette forme d'inflammation peut guérir spontanément, sans laisser derrière elle d'altération fonctionnelle; cependant l'expérience permet d'affirmer avec certitude qu'un traitement rationnel, non seulement abrège la durée de la maladie, mais aussi laisse plus rarement des altérations de la fonction, que si le processus pathologique est abandonné à lui-même; ce fait trouve son explication dans l'action mécanique de la douche d'air dans l'oreille moyenne, que nous avons décrite dans la partie générale (page 100).

Traitement. — Le *traitement* de l'otite moyenne aiguë, au début et aussi longtemps que persistent la congestion et les phénomènes d'irritation, est palliatif. Tout l'effort du praticien à ce moment doit consister à écarter ou

diminuer la douleur, et c'est seulement dans la période ultérieure qu'intervient l'indication pour le traitement du processus pathologique et des désordres fonctionnels.

Dans les degrés plus intenses d'inflammation, où la douleur est considérable, où la forte hyperhémie et l'infiltration de la membrane du tympan et la rougeur excessive du conduit auditif osseux indiquent une congestion considérable de la muqueuse de la caisse et de son périoste, la douleur est parfois écartée ou notablement diminuée par des saignées locales.

Autrefois, dans les inflammations douloureuses de l'oreille moyenne, on faisait toujours la saignée sur l'apophyse mastoïde, sans tenir compte de la localisation de l'inflammation; d'après les indications de WILDE et v. TRÖLTSCHE, les saignées locales ne peuvent avoir de l'influence sur l'afflux du sang dans la caisse, que si elles sont faites dans la région antérieure de l'oreille, immédiatement devant le tragus, parce que les veines qui traversent la membrane du tympan courent dans le revêtement du conduit auditif externe, le long de sa paroi antéro-supérieure, et aboutissent devant le tragus dans la veine faciale antérieure. Ce mode de saignée amène, en outre, la déplétion du réseau veineux qui se trouve dans la cavité articulaire de la mâchoire et dans son pourtour, réseau dont l'importance a été reconnue pour la première fois par ZUCKERKANDL; l'afflux du sang est ainsi diminué également dans les vaisseaux de la caisse qui sont en communication avec ce réseau vasculaire.

Le choix de l'apophyse mastoïde comme place de la saignée locale est justifié, si, dans le cours de l'inflammation, il se produit de violentes douleurs dans la région située derrière l'oreille, et si ces douleurs augmentent beaucoup par une pression exercée sur l'apophyse mastoïde; car on peut admettre alors avec vraisemblance une extension de l'inflammation au revêtement des cellules mastoïdiennes. Comme les vaisseaux des cellules mastoïdiennes s'anastomosent avec les vaisseaux de la peau par de nombreux trous de l'écaïlle externe de l'os, il n'est pas douteux que des saignées locales derrière l'oreille n'amènent une déplétion momentanée des vaisseaux des cellules mastoïdiennes et en même temps des vaisseaux de la caisse qui s'anastomosent avec eux. Je dois pourtant remarquer que, dans cette forme d'inflammation de l'oreille moyenne, les douleurs dans la région de l'apophyse mastoïde atteignent rarement un degré aussi élevé que dans la forme aiguë purulente perforative et que, par conséquent, on doit beaucoup plus rarement avoir recours à des saignées locales que dans cette dernière forme.

Pour les saignées locales, on se sert soit de sangsues, soit de la ventouse de HEURTELOUP. Le nombre de sangsues à employer est déterminé non seulement par la violence des douleurs, mais aussi par l'âge et la constitution du malade. Tandis que sur les personnes adultes et fortes on peut appliquer de trois à cinq sangsues, on n'en emploiera qu'une ou deux sur les personnes faibles, anémiques, rarement plus d'une sur les enfants. Comme, dans la pratique, des méprises désagréables se produisent fréquemment pour les saignées locales, quelques indications sur l'application des sangsues ne seront pas inutiles ici. Si le médecin est obligé de laisser à l'entourage du

malade le soin de la manipulation, il doit marquer d'une façon précise les places où seront appliquées les sangsues, immédiatement devant le tragus, parce que sans cela on trouve les piqûres si loin en avant du tragus, qu'une action de la saignée sur la caisse du tympan est fort improbable. On fait en outre, avant la pose, boucher avec du coton le méat correspondant, pour empêcher l'introduction d'une sangsue ou l'écoulement du sang dans le conduit auditif.

Après que les sangsues se sont détachées, on laisse saigner encore quelques minutes, un quart d'heure au plus, puis on arrête l'hémorragie avec un morceau d'amadou. Dans le cas seulement où une grosse veine de la peau serait entamée et où l'hémorragie ne pourrait être facilement arrêtée, on est obligé de cautériser la piqûre avec la pierre infernale, ou d'y appliquer du chlorure de fer. Quand il s'agit d'obtenir une déplétion rapide des vaisseaux et de contrôler exactement la quantité de sang soustraite, il faut toujours préférer aux sangsues la ventouse de HEURTELOUP.

Les opinions sont très partagées, parmi les spécialistes, sur l'action des saignées locales; tandis que d'un côté on leur attribue une grande influence sur le processus inflammatoire, elles ont été regardées d'un autre côté comme complètement inutiles. Bien qu'on puisse affirmer que le processus inflammatoire n'est pas notablement modifié ou abrégé par les saignées locales, on ne peut nier pourtant, malgré toutes les objections théoriques, que, sinon toujours, au moins très souvent les douleurs sont fortement diminuées; mais il faut dire aussi que parfois, à la suite de la saignée, particulièrement chez des personnes faibles, nerveuses, les douleurs peuvent augmenter d'intensité.

En cas de douleurs persistantes qui troublent le sommeil, il convient de faire prendre à l'intérieur un narcotique, soit deux à trois doses d'acétate de morphine de 0 gr. 005 pendant la nuit, soit, s'il n'est pas bien supporté, l'hydrate de chloral, 1 gr. 50 à 2 gr. 50 en solution. Rarement j'ai dû procéder à des injections sous-cutanées de morphine (à la nuque ou au bras du côté malade) dans cette forme d'inflammation (L. TURNBULL).

Il y aurait lieu ici de faire quelques remarques sur l'action des compresses froides et chaudes appliquées sur la région de l'oreille, dans les otites moyennes douloureuses. Il est vrai que, dans certains cas d'otite moyenne, de très violentes douleurs sont rapidement apaisées par une compresse froide; cependant l'expérience nous apprend, qu'en général les applications froides sur la région de l'oreille, dans les affections inflammatoires de l'organe auditif sont mal supportées; la douleur ne fait souvent que croître après l'action du froid. On n'aura donc recours à des compresses froides, à titre d'essai, que dans quelques cas où, malgré le traitement appliqué, les douleurs persistent opiniâtrément; mais on les abandonnera aussitôt, si après leur emploi répété la douleur augmente encore. Quant aux instillations d'eau froide récemment recommandées, les données à ce sujet sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir se prononcer. Mais je rappellerai ici l'expérience de SCHMIEDEKAM, qui, à la suite d'injections d'eau froide dans le conduit auditif, chez des personnes ayant les oreilles saines, a observé