

opacité circonscrite, de peu d'étendue, parallèle au manche du marteau, dans le quadrant postéro-supérieur de la membrane du tympan, provient souvent de la soudure de celle-ci avec la longue apophyse de l'enclume; de petites opacités à contour étoilé, un peu enfoncées vers l'intérieur, proviennent de ligaments membraneux tendus entre la membrane d'une part, et les osselets ou la paroi interne de la caisse d'autre part.



FIG. 108. — Opacité en forme de croissant derrière le manche du marteau, sur une femme de trente-huit ans. — Durée de la maladie de l'oreille : six ans; forte aggravation depuis trois ans. — Acoumètre = 1 cent. — Langage = 10 cent. — Perception par les os de la tête conservée. — Le diapason, placé sur le crâne, est perçu plus fortement de l'oreille droite malade.

Aux opacités partielles, gris-tendineux, se rattachent les *dépôts calcaires* de la membrane du tympan. Ils s'observent bien plus rarement dans les affections dont nous parlons, qu'à la suite d'otites suppuratives. Dans les formes d'otites non perforatives, ils se développent de préférence dans les cas où le catarrhe chronique provient d'une otite moyenne aiguë, ou bien où, dans le cours d'un catarrhe, il se produit à plusieurs reprises des inflammations réactives. Plus rares sont les cas de dépôts calcaires progressifs, sans phénomènes inflammatoires préalables (Moos).

Les dépôts calcaires de la membrane du tympan comptent parmi les modifications facilement reconnaissables sur le vivant¹. Ils se montrent le plus souvent sur la membrane à l'état de taches nettement limitées, d'un blanc crayeux, placées entre le manche du marteau et la périphérie. On les rencontre le plus fréquemment devant le manche du marteau, plus rarement derrière celui-ci, sous la forme d'un croissant dont la convexité est tournée vers la périphérie (fig. 109 et 110). Quelquefois aussi l'on voit une tache calcaire également devant et derrière le manche du marteau, ou bien l'extrémité inférieure de ce dernier est entourée d'un dépôt calcaire en forme de fer à cheval (fig. 111). La largeur de ces opacités est toujours moindre que leur distance au marteau ou à la périphérie. De même, l'épaisseur du dépôt calcaire atteint rarement la même puissance que dans les otites purulentes. (Pour l'étude histologique de ces dépôts calcaires dans la membrane du tympan, voir pag. 200.)

Non moins souvent, la membrane du tympan est *opaque dans toute son étendue*. Elle paraît alors, tantôt irrégulièrement gris-tacheté, tantôt uniformément blanc-bleuâtre, comme une surface de verre sur laquelle on a soufflé; tantôt elle ressemble à une membrane gris-blanchâtre, trouble jusqu'à l'opacité complète, dont l'aspect sous un fort éclairage peut se comparer à celui d'une plaque de verre opalin. Les opacités totales les plus fortes se rencontrent avec un fort épaissement de la muqueuse de la mem-

¹ Voir les descriptions détaillées, relatives à ce sujet, de Moos, dans sa *Klinik der Ohrenkrankheiten*, 1866, pag. 99.

brane et avec la soudure de celle-ci avec la paroi interne de la caisse sur une large surface; dans ce dernier cas, la membrane du tympan offre l'as-

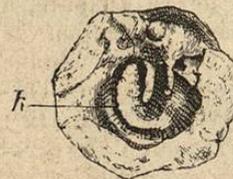


FIG. 109. — Surface interne de la membrane du tympan droite d'une femme de vingt-six ans, qui mourut de paralysie générale à la suite d'une tumeur de la base du cerveau.



FIG. 110. — Dépôt calcaire, en forme de croissant, devant le manche du marteau, sur un homme de trente-huit ans.

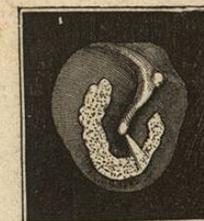


FIG. 111. — Dépôt calcaire en forme de fer à cheval dans la membrane du tympan d'une femme de trente ans. — Durée de la maladie d'oreille : dix ans. — Bourdonnements rares. — Acoumètre = 30 cent. — Langage = 3 mètres.

k. — Dépôt calcaire, dentelé, en forme de croissant, devant le manche du marteau.

pect d'une plaque jaunâtre de parchemin. Rarement la membrane du tympan paraît gris-rouge ou gris-bleu, dans des cas où la caisse est remplie de tissu conjonctif succulent, sanguinolent, ou traversée par des cordons de tissu connectif rouge-gris, ou lors qu'il y a une hyperhémie de la muqueuse de la caisse.

Dans les opacités totales ou partielles de la membrane, l'aspect du manche du marteau est souvent aussi modifié d'une façon sensible. Ses bords sont fréquemment effacés, le manche lui-même paraît beaucoup plus gros, l'opacité de la région ombilicale est agrandie par des projections anguleuses, blanchâtres ou jaunâtres. Ce grossissement apparent du manche du marteau n'est pourtant nullement dû, comme quelques-uns le croient, à un accroissement de la masse osseuse, mais à un trouble grenu des petites cellules cartilagineuses qui se trouvent dans le voisinage du manche du marteau (v. TRÖLTSCHE). Dans des cas rares seulement, la place du manche du marteau est indiquée par une ligne rouge sombre, produite par l'injection des vaisseaux du manche.

L'*éclat* de la membrane du tympan n'est souvent pas modifié. La tache lumineuse montre la forme triangulaire normale, ou bien elle est irrégulière, effacée, fortement réduite et amincie par la traction de la membrane à l'intérieur, déplacée avec l'ombilic en arrière et en haut, ou enfin elle manque tout à fait. Un reflet lumineux à bords effacés, derrière et au-dessus de la courte apophyse (v. TRÖLTSCHE), est le signe d'une forte prééminence du quadrant postéro-supérieur. Pourtant l'on trouve fréquemment, surtout dans les cas très anciens, la membrane mate et sans éclat.

La *courbure* de la membrane du tympan éprouve, dans les processus adhésifs chroniques, des modifications considérables, qui ont de l'importance pour le diagnostic. Nous avons parlé des causes de ces anomalies de courbure dans la partie anatomo-pathologique de ce chapitre, à propos des rapports anormaux de tension de l'appareil de transmission du son. La membrane apparaît, tantôt plus, tantôt moins tirée vers l'intérieur, épaissie ou atrophiée et plissée (fig. 112); le manche du marteau est raccourci en perspective, poussé vers l'intérieur en arrière et en haut; sa partie inférieure est cachée en partie ou en totalité par le segment postérieur rapetissé de la membrane; la courte apophyse et le pli de la membrane qui s'en détache en arrière sont fortement saillants. Ce pli, arrondi vers son bord supérieur, ou à arête vive, va en ligne droite en arrière et en haut, ou décrit un arc qui se perd dans le quadrant postéro-inférieur de la membrane du tympan^{1, 2}. Assez souvent aussi, de la courte apophyse partent, vers le segment de Rivini, deux plis courts qui comprennent entre eux la membrane de Shrapnell (ZAUFAL), enfoncée ou soudée au col du marteau, et la face supérieure visible de la courte apophyse (voir la fig. 95, pag. 249.)



FIG. 112. — Forte convexité vers l'intérieur de la membrane tympanique gauche d'un jeune homme, dont la surdité date de six ans. Acoumètre, seulement au contact. — Langage = 5 cent. Après l'emploi de mon procédé, 1 mètre.

On observe en outre assez souvent, sur la membrane du tympan, des enfoncements circonscrits semblables aux cicatrices de la membrane, qui sont dus, soit à une *atrophie partielle* (fig. 113), soit à des *adhésions ligamenteuses*, soit à la *soudure directe de la membrane* avec la paroi interne de la caisse (fig. 114). Leur nombre et leur étendue sont très variables. Ils se présentent comme de petits creux ronds ou ovales, isolés ou multiples, limités par des portions opaques ou épaissies de la membrane; ou bien comme des dépressions situées le plus souvent derrière le manche, qui sont en contact avec les parties profondes de la caisse et laissent assez souvent ressortir les contours de l'articulation de l'enclume et de l'étrier (fig. 113).

¹ Dans des cas rares, on voit, comme BING l'a observé le premier, en-dessous du pli postérieur de la membrane du tympan, un deuxième pli qui va du milieu du manche du marteau vers le bord postérieur de la membrane.

² Dans la première édition de son livre, 186, p. 1062, v. TRÖLTSCHE dit : « De même, la membrane du tympan apparaît comme un tout concave, et l'on voit assez souvent, outre quelques irrégularités partielles de sa courbure, une ligne courbe partant de la courte apophyse du marteau et dirigée en arrière et en bas, qui doit être attribuée à la tension anormale de la membrane vers l'intérieur. » Comme le professeur JOS. GRUBER, se basant sur le compte-rendu annuel de l'hôpital général de Vienne pour l'année 1862 revendiqué avec insistance d'avoir le premier appelé l'attention sur la signification pathognomonique du pli postérieur de la membrane du tympan, il faut constater ici que le compte-rendu annuel de l'hôpital général ne paraît pas dans l'année courante, mais seulement à la fin de l'année suivante. Le rapport du professeur GRUBER ayant paru par conséquent un an plus tard que le traité de v. TRÖLTSCHE, la question de priorité nous paraît tranchée.

Rarement l'on trouve les endroits amincis de la membrane du tympan aplatis, dans le même plan que les autres parties de la membrane, exceptionnellement même bombés du côté du conduit auditif externe. (Voir les apparences analogues dans les catarrhes de la caisse, ainsi que les modifications produites dans la membrane par les insufflations d'air, pag. 248-250).



FIG. 113. — Enfoncements circonscrits dans le quadrant antéro-inférieur de la membrane tympanique gauche d'une jeune fille scrofuleuse de douze ans, chez qui les modifications de la membrane se sont développées dans le cours des années où la malade était soumise à l'observation. — Manche du marteau fortement incliné en dedans et en arrière; le segment postéro-supérieur de la membrane est soudé avec l'articulation de l'enclume et de l'étrier. Acoumètre = 1 centim. — Langage = 1/3 M. — Après l'emploi de mon procédé : Acoumètre = 15 cent. — Langage = 2 mètres.



FIG. 114. Soudure circonscrite de la membrane du tympan avec le promontoire, en-dessous du manche du marteau. a, place de l'adhérence avec le promontoire. — D'après une préparation de ma collection qui se trouve aujourd'hui au musée du Collège des médecins de Philadelphie.

Les otites moyennes adhésives ne sont pourtant pas toujours accompagnées de modifications de la membrane du tympan. Car on trouve très fréquemment, surtout dans les otites interstitielles localisées sur les parois internes de la caisse, plus rarement dans les processus adhésifs qui sont la suite d'un catarrhe, la *membrane tympanique complètement normale*. Cette constatation négative, dans les cas où l'épreuve du diapason montre qu'il y a obstacle à la transmission du son, ne sert au diagnostic qu'à faire admettre avec la plus grande vraisemblance que l'obstacle n'a pas son siège dans le voisinage de la membrane du tympan, mais dans les parties situées plus profondément.

Un symptôme important, bien que non constant, de ces processus limités à la région de la fenêtre ovale, c'est l'*hyperhémie du promontoire visible du dehors*. Ainsi l'on voit quelquefois, comme SCHWARTZE l'a observé le premier, sur la membrane complètement normale, une *lueur rougeâtre derrière l'ombilic*, qui provient d'une forte hyperhémie de la muqueuse du promontoire. Cette apparence s'observe souvent dans ces cas de mauvais augure où l'affection de l'oreille est accompagnée de bruits subjectifs continus avec

augmentation rapide de la surdité et disparition précoce de la perception par les os du crâne.

Mais, même dans les otites circonscrites, limitées au voisinage de l'étrier, la membrane du tympan ne conserve pas toujours son aspect normal pendant tout le cours de la maladie ; au bout d'une longue durée de l'affection, il se produit souvent des opacités diffuses, dues au dépôt de gouttelettes de graisse et de masses grenues qui donnent à la membrane une apparence sèche, mate, sans éclat.

Modifications du conduit auditif externe. — Elles se bornent, dans une série de cas, à une altération de la sécrétion cérumineuse. Le produit de la sécrétion est souvent brun sombre, friable et sec. On observe rarement une hypersécrétion des glandes sébacées de l'oreille ; mais on trouve fréquemment, surtout dans les formes invétérées, le conduit auditif sec, sans aucune trace de sécrétion cérumineuse. L'arrêt de la sécrétion est dû probablement à des troubles trophiques simultanés des nerfs sympathiques de l'oreille moyenne et de l'oreille externe. De même, la rougeur circonscrite de la peau dans le voisinage de l'oreille, observée dans plusieurs cas par BURNETT¹, est due à des troubles dans le domaine du grand sympathique.

Symptômes subjectifs. — Les bruits subjectifs comptent parmi les symptômes les plus fréquents et les plus saillants de l'otite moyenne adhésive. On les observe ici beaucoup plus fréquemment que dans toutes les autres formes d'otite moyenne. En renvoyant à l'introduction à la partie spéciale (pag. 180) pour la forme et la qualité des bruits, je ne ferai ressortir ici que les circonstances dont la connaissance me paraît importante, au point de vue clinique, pour les affections adhésives en question.

Tandis que, dans les otites moyennes sécrétoriques, les sensations subjectives de l'ouïe manquent complètement ou ne sont que momentanées, dans l'otite moyenne adhésive on observe *des bruits continus dans la plupart des cas*. Ceux-ci sont amenés, soit par une *augmentation de pression dans le labyrinthe* provenant de la caisse, soit par une affection simultanée des ramifications du nerf acoustique. Les bruits, souvent faibles et intermittents au début de la maladie, deviennent ensuite continus et augmentent souvent d'intensité en proportion de l'affaiblissement de l'ouïe. Ils sont rarement perçus avec une force constante. Un temps mauvais, venteux, l'usage des boissons alcooliques, l'absorption de la quinine et des préparations salicyliques, le début d'un rhume de cerveau, un travail de tête pénible, une irritation nerveuse, une forte fatigue et un malaise général, la grossesse, rendent en général les bruits plus forts. Parfois il y a de véritables accès de forts bourdonnements, séparés par des intervalles plus ou moins longs, ou par des bruits plus faibles subitement renforcés au point que les sensations auditives s'étendent de l'oreille à toute la tête et produisent une irritation excessivement pénible.

Pourtant l'intensité de la sensation ne dépend pas toujours uniquement de la force des bruits, mais encore de diverses circonstances individuelles.

¹ *The ear*, Philadelphie, 1877, p. 390.

Les uns, dans les premiers temps de la maladie, sont affectés très désagréablement par les bruits, puis à la longue ils disent s'y habituer ; tandis que d'autres, même après un grand nombre d'années, en éprouvent un supplice continuel, qui enlève au malade toute jouissance de la vie. Quelques personnes, par suite de ces bruits intenses d'oreilles et de tête, se trouvent dans un état permanent de torpeur et de dépression psychique dont aucune distraction ne peut les délivrer. Les bourdonnements sont surtout beaucoup plus pénibles aux personnes nerveuses, hystériques, anémiques et souffrant d'un défaut de nutrition, qu'aux personnes saines et fortes. Il est à noter que les enfants affectés de bruits continus se plaignent rarement d'être importunés par cette sensation, tandis que les vieillards parlent continuellement de l'état pénible où ils se trouvent. Le sommeil n'est généralement pas empêché, même par des bruits intenses ; ce n'est que par exception que des sensations subjectives très fortes retardent le sommeil ou même l'interrompent.

Les sensations subjectives de l'ouïe et l'affaiblissement de la fonction surviennent souvent en même temps. Pourtant il arrive assez fréquemment que les bourdonnements se produisent longtemps avant la diminution de l'ouïe et qu'ils sont le seul symptôme de l'otite moyenne chronique. Dans d'autres cas, la surdité est le premier symptôme, auquel s'ajoutent plus tard les bruits subjectifs. A mesure qu'augmente la surdité, les bruits subjectifs deviennent ordinairement aussi plus intenses. Mais il n'est pas rare qu'ils soient d'autant plus faibles que la dureté de l'ouïe est plus grande, jusqu'à ce que, la surdité étant complète, toute sensation subjective de l'ouïe cesse en même temps. C'est alors le signe d'une paralysie complète du nerf auditif. D'autre part, on rencontre aussi des cas où les bruits persistent de la façon la plus grave après la perte complète de l'ouïe, et même augmentent encore de plus en plus ; ces symptômes correspondent aux sensations lumineuses et colorées qui tourmentent des yeux aveugles.

L'intensité des bruits subjectifs est souvent diminuée ou renforcée par un certain nombre d'actions mécaniques. Comme elles ont de l'importance pour le pronostic des bourdonnements d'oreille, on n'oubliera jamais de noter les circonstances qui, pendant l'examen du malade, produisent une altération des sensations subjectives de l'ouïe.

A la suite d'une *douche d'air dans la caisse* ou de la *raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe* (pag. 278), il se produit fréquemment une *diminution appréciable* ou une *cessation* complète des bruits subjectifs. En pareils cas, on peut admettre avec beaucoup de vraisemblance que les sensations auditives sont dues à un accroissement de pression dans le labyrinthe provenant de la caisse, et le pronostic des bourdonnements d'oreille sera en conséquence plus favorable que si leur intensité n'est pas modifiée de cette manière. Il n'est pas rare aussi que les bruits disparaissent momentanément par une *pression exercée sur la carotide primitive*. Quoique cela n'autorise pas à conclure que la seule cause de ces bruits soit un trouble de la circulation dans le labyrinthe, nous n'en avons pas moins cette indica-

tion pratique, non à dédaigner, qu'en diminuant l'afflux du sang au labyrinthe, on peut quelquefois diminuer l'intensité des bruits. Les modifications des bruits subjectifs que l'on peut obtenir par pression sur l'apophyse mastoïde ou sur la première vertèbre cervicale (pag. 182) ne sont utilisables ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic.

Des sensations douloureuses dans l'oreille sont excessivement rares dans les affections adhésives; seulement dans les forts rhumes de cerveau ou à la suite d'un refroidissement ou d'un courant d'air, on ressent quelquefois une douleur lancinante dans l'oreille ou dans l'apophyse mastoïde (v. TRÖLTSCHE). Des douleurs plus fortes surviennent dans les otites moyennes réactives intercurrentes et sont alors toujours accompagnées d'hyperhémie des vaisseaux de la membrane du tympan et, à un plus haut degré, d'un gonflement inflammatoire de la membrane. Pourtant si la douleur persiste longtemps sans rougeur de la membrane du tympan, et si l'examen des dents permet d'exclure une irradiation douloureuse provenant des nerfs dentaires (pag. 185), on peut admettre avec vraisemblance une névralgie du plexus tympanique. Il est d'ailleurs permis de penser que des sensations douloureuses momentanées, analogues à celles qui accompagnent les resserrements cicatriciels, peuvent être produites par la pression sur les nerfs de la caisse des tissus d'adhésion en voie de rétraction.

Un symptôme fréquent des affections adhésives de la caisse, c'est la *sensibilité* de l'oreille pour les bruits (hyperesthésie acoustique, pag. 183). Elle est souvent si grande que non seulement les sons criards, mais encore la musique et le langage à voix haute produisent une sensation désagréable et même pénible. Ce symptôme se remarque fréquemment dès le début des otites moyennes progressives, quand le trouble de la fonction est encore peu grave; ou bien il ne survient que dans une période plus tardive de la maladie, lorsque la surdité a déjà atteint un degré très élevé, et il en résulte que des personnes très dures d'oreilles ne supportent souvent pas une voix trop forte.

La sensation de *plénitude*, de *pression* et de *craquements* dans l'oreille, se présente quelquefois dans les affections adhésives, bien plus rarement pourtant que dans les formes du catarrhe de la caisse accompagnées de sécrétion. Au contraire, on observe bien plus fréquemment, surtout dans les phlegmasies progressives avec bruits continus, un fort *engourdissement de la tête*, une sensation de lourdeur et de *pression* dans le *cerveau*, une *torpeur* momentanée ou persistante et plus ou moins de *vertige*. Ce dernier symptôme, — accompagnant le plus fréquemment, d'après SCHWARTZE, l'ankylose de l'étrier, — se présente souvent sous forme d'accès avec des nausées, des vomissements, une marche chancelante, un accroissement considérable des bourdonnements d'oreilles et une diminution subite, souvent persistante de l'ouïe (groupe des symptômes de MÉNIÈRE); ou bien l'attaque est moins forte, dure moins longtemps et disparaît sans laisser des suites fâcheuses. L'opinion de v. TRÖLTSCHE, que ces accès sont dus à l'*obstruction subite de la trompe d'Eustache*, doit être vraie pour certains cas; mais, dans la plupart de ceux que j'ai observés, la trompe était libre, et comme il n'y avait pas d'exsudation dans

la caisse, il fallait admettre pour cause de ces graves symptômes un extravasement ou une exsudation dans le labyrinthe.

Très souvent aussi l'humeur du malade subit une modification considérable. Des personnes d'un tempérament gai auparavant, éprouvent une *dépression psychique*, deviennent moroses et évitent toutes relations sociales. En outre, on observe chez quelques malades une diminution des fonctions intellectuelles, de la paresse dans la pensée (v. TRÖLTSCHE) et un affaiblissement de la mémoire. Tous ces symptômes sont beaucoup plus marqués chez les personnes nerveuses, hystériques, que chez les individus d'ailleurs forts et sains. Ces symptômes du côté de la tête ne doivent pourtant pas être mis, sans examen, dans la dépendance de l'affection de l'oreille, car des phénomènes analogues peuvent être produits par des modifications intracrâniennes concomitantes, particulièrement par des troubles de la circulation dans le cerveau et ses enveloppes. Dans le cas seulement où ces phénomènes disparaissent pendant le traitement, on est autorisé à les faire dériver de la maladie d'oreille.

Troubles de l'ouïe. — Le degré d'affaiblissement de la fonction, dans les affections adhésives, ne correspond que rarement à l'étendue des modifications anatomo-pathologiques de la caisse du tympan. Car, tandis que l'on trouve assez souvent sur le cadavre des adhésions considérables par l'intermédiaire de ponts formés par du tissu connectif entre la membrane du tympan, les osselets et les parois de la caisse là où, pendant la vie, il n'y avait qu'un léger affaiblissement de la fonction, on rencontre au contraire fréquemment, comme cause d'une surdité grave, une soudure circonscrite du marteau, de l'enclume ou de l'étrier. Cela s'explique si l'on considère qu'une soudure circonscrite mais rigide d'un osselet peut offrir un bien plus grand obstacle à la transmission du son qu'un grand nombre de ponts formés par du tissu connectif qui augmentent, il est vrai, la tension de la chaîne des osselets, mais en lui laissant encore un certain jeu. Les surdités les plus graves sont causées par l'ankylose de l'étrier, surtout si elle est accompagnée de modifications pathologiques de la membrane de la fenêtre ronde. Si les obstacles à la transmission du son dans la caisse sont en outre compliqués d'une affection du labyrinthe, l'affaiblissement de la fonction en est fortement accru.

La fonction auditive présente les désordres les plus divers, non seulement sous le rapport de la *diminution de l'ouïe*, mais aussi relativement à la *perception qualitative* du son. Tandis que, dans un certain nombre de cas, la finesse de l'ouïe pour la montre ou l'acoumètre d'une part, et le langage d'autre part, est diminuée de la même manière, on observe très fréquemment un rapport très différent dans la diminution de perception des deux. Surtout quand la membrane du tympan présente une apparence normale et que les données de l'exploration avec le diapason (voir Diagnostic) permettent de conclure à une affection circonscrite probable dans le voisinage de l'étrier, l'épreuve avec la montre ou l'acoumètre donne une grande distance d'audition, tandis que la parole n'est comprise qu'à une distance relativement faible (LUCAE). Cette diffé-

rence est beaucoup plus rare dans les otites moyennes diffuses accompagnées de modifications apparentes de la membrane du tympan¹. On trouve en outre souvent des malades qui entendent des bruits très faibles, par exemple la chute d'une aiguille, tout en ayant la dureté d'ouïe la plus grave pour la perception du langage. De même, il y a fréquemment disproportion entre la perception du langage et celle de la musique². Des personnes dont on ne peut se faire comprendre qu'au voisinage immédiat, saisissent souvent parfaitement les plus fines nuances de la musique et du chant, quand la distance n'est pas trop grande. Ce n'est que pour des distances plus considérables que disparaît souvent la perception des notes délicates et de peu d'intensité. On observe en somme bien rarement une altération temporaire ou permanente de l'oreille pour les notes musicales. Le plus souvent ce sont des musiciens de métier qui se plaignent d'entendre des notes fausses ou confuses dans des cas d'aggravation subite.

On trouve plus rarement, dans les cas de processus adhésifs, ces fortes oscillations de l'acuité de l'ouïe qui s'observent dans les formes à sécrétion du catarrhe. Une variation remarquable de la distance d'audition se montre le plus fréquemment quand il reste encore du gonflement et une exsudation légère dans la trompe d'Eustache et la muqueuse de la caisse; tandis que, dans les affections adhésives sèches ou sans sécrétion préalable, on ne rencontre en général que des oscillations légères de l'audition. Seulement il n'est pas rare aussi dans ces derniers cas, qu'il se produise une augmentation ou une diminution passagère de la finesse de l'ouïe. Elles sont dues en partie à des modifications spontanées de tension dans la caisse, en partie, dans les affections simultanées du labyrinthe, à des variations de la faculté de perception du nerf acoustique.

Les causes les plus fréquentes d'aggravation momentanée de la dureté d'oreille sont : le catarrhe naso-pharyngien, un malaise général, la fatigue, l'augmentation des bourdonnements, un grand travail intellectuel, les excès vénériens, les pollutions, les affections morales, la frayeur, l'attention soutenue et la conversation prolongée, en beaucoup de cas aussi le travail de la mastication (LUCAE). Le moment de la journée a également de l'influence sur la finesse de l'ouïe, car la plupart des malades sont plus sourds le soir que le matin, probablement par suite de la fatigue du corps. Le cas inverse est plus rare. En outre, une aggravation temporaire ou permanente est produite

¹ Comme en général les sons élevés sont mieux perçus que les sons bas, cette différence proviendrait, d'après LUCAE, de ce que le bruit de la montre est formé par une série de sons élevés. Mais cette explication n'est pas suffisante, car la différence dans les rapports des distances d'audition pour la montre et le langage devraient alors se rencontrer beaucoup plus fréquemment. Elle provient, à mon avis, de ce que, dans l'ankylose de l'étrier, la membrane de la fenêtre ronde reste très souvent normale. Si elle n'est ni épaissie, ni comprimée, les sons simples et les bruits peuvent parvenir sans difficulté de la membrane du tympan à la membrane de la fenêtre ronde, par l'intermédiaire de la colonne d'air de la caisse. Le langage, au contraire, formé d'un grand nombre de sons partiels ne peut arriver entièrement au labyrinthe que par la chaîne des osselets. Plus l'obstacle à la transmission du son par le osselets est grand, plus est grande l'altération de l'ouïe pour le langage.

² Voir *Ohr und Sprache*, de OSKAR WOLF, Braunschweig, 1871.

par des maladies graves, surtout par la syphilis générale, par de fortes doses de quinine et assez souvent par la grossesse et l'état puerpéral.

Parmi les influences externes qui agissent d'une façon pernicieuse sur l'audition, il faut citer : les changements rapides de température, le temps nuageux, pluvieux, le grand vent, les fortes chaleurs, le séjour prolongé dans les localités humides, fumeuses. Inversement, un temps clair, sec, le séjour dans un lieu élevé, augmentent l'audition. Quelquefois le trouble de la fonction alterne dans les deux oreilles, de telle sorte que pendant un certain intervalle de temps la capacité de perception d'une oreille diminue depuis un maximum déterminé jusqu'à zéro, tandis qu'elle augmente d'une façon correspondante de l'autre (URBANTSCHITSCH). Que beaucoup de malades de ce groupe entendent beaucoup mieux dans le bruit, en voiture, près d'une forte musique, et que, d'après mon expérience, ce symptôme se présente le plus fréquemment dans les formes d'otite moyenne adhésive au pronostic défavorable, c'est ce que j'ai fait ressortir déjà en parlant de la paracousie de Willis (pag. 187).

La perception de la montre et de l'acoumètre par les os de la tête (dite propagation par les os de la tête) est souvent amoindrie ou tout à fait supprimée; rarement seulement le tic-tac est entendu très fort par les os de la tête. La cause de la diminution de perception doit être cherchée surtout dans les complications fréquentes de l'affection adhésive par une maladie du labyrinthe. Cependant, même sans affection du labyrinthe, la propagation par les os de la tête peut être légèrement amoindrie, parce que la chaîne rigide des osselets transmet au labyrinthe une moindre quantité de son que la chaîne avec sa mobilité normale (E. H. WEBER, LUCAE, voir pag. 163). La perception par les os de la tête disparaît le plus fréquemment dans les formes invétérées avec bruits continus, surtout si elles datent de l'enfance; quelquefois pourtant, elle disparaît aussi de bonne heure dans les otites progressives, dans les formes héréditaires, la syphilis générale et chez les individus cachectiques arrivés à la dernière période d'affaiblissement. Nous avons dit déjà, dans la partie générale (pag. 166), que, dans les catarrhes chroniques, la perception par les os de la tête disparaît parfois momentanément et reparait (perception intermittente), soit spontanément, soit dans le cours du traitement. Je ne puis pourtant pas confirmer l'indication de BRÜCKNER, que ce phénomène ait un rapport déterminé avec l'accroissement et la diminution de l'acuité de l'ouïe. Ce que nous avons dit, à propos des catarrhes de la caisse (pag. 254), de la perception du diapason placé sur la ligne médiane du crâne, dont nous verrons plus loin la signification diagnostique dans les affections adhésives, conserve ici sa valeur. Les diapasons bas sont en général perçus plus fortement du côté de l'oreille la plus dure, et seulement par exception du côté de l'oreille normale ou de l'oreille moins affectée.

Données de l'auscultation. — Elles dépendent de l'état de la trompe d'Eustache et du degré de tension de la membrane du tympan. Dans les affections diffuses, où la trompe est rétrécie par la tuméfaction persistante de la muqueuse ou par l'hypertrophie et le resserrement du tissu sous-