

gétations polypeuses du conduit et de la membrane du tympan ; il sera facile, en comparant le traitement indiqué par les auteurs avec celui que j'emploie, d'établir leur différence et leur efficacité respective.

Certains praticiens, à l'exemple d'Itard, ont aussi beaucoup exagéré les inconvénients de la suppression trop rapide des écoulements d'oreille ; ainsi lorsque, disent-ils, l'otorrhée disparaît tout à coup et que l'on voit survenir de la céphalalgie, des vertiges, des nausées, des vomissements, etc., il faut se hâter de combattre ces symptômes graves, appliquer des sangsues autour de l'oreille, et chercher enfin à ramener l'écoulement par tous les moyens connus. Leur crainte est même si grande à cet égard, qu'ils ajoutent que si on est appelé à temps et qu'on agisse avec vigueur, on parviendra à sauver la malade.

Je dois dire que, malgré la rapidité avec laquelle j'ai souvent obtenu la guérison de l'écoulement, il ne m'a jamais été donné d'observer semblables accidents. Il est donc plus que probable que, lorsqu'ils ont apparu après la suppression de l'otorrhée, ils étaient produits par des liquides trop actifs, lesquels, en supprimant l'écoulement, occasionnaient dans la caisse des accidents dont les effets nuisibles retentissaient jusqu'au cerveau. Je suis donc convaincu que la suppression de l'otorrhée peut être produite très-rapidement sans entraîner aucun accident, pourvu que le remède n'agisse que sur les tissus malades.

« Kramer ajoute que lorsque l'inflammation du tissu glandulaire du méat est traitée convenablement, l'ouïe se rétablit s'il n'existe pas quelques complications importantes. Si la surdité persiste, on doit procéder à un examen attentif des autres parties de l'oreille pour découvrir autant que possible la cause matérielle de cette maladie. »

C'est toujours le même doute, exprimé avec des variantes, doute qui démontre l'ignorance où était Kramer des moyens propres à constater la sensibilité du nerf acoustique. Ainsi le praticien de Berlin n'avait pas l'air de se douter de la possibilité de reconnaître les divers degrés de sensibilité de ce nerf, et de juger ainsi du résultat que l'on obtiendra, sous le rapport de l'audition, après la guérison de l'otorrhée.

§ 3. — INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE. — INFLAMMATION PHLEGMONEUSE.

Cette inflammation présente tous les caractères de l'inflammation phlegmoneuse qui survient dans les différentes parties du corps. Elle n'en diffère que par les conditions anatomiques particulières que présente le conduit auditif.

Ainsi, il y a d'abord de légères douleurs dans le conduit, douleurs qui augmentent assez rapidement et qui deviennent tensives, pulsatives, déchirantes et insupportables.

Ces douleurs s'étendent à toute la moitié correspondante de la tête ; souvent même elles envahissent le côté opposé, et deviennent encore plus vives dans les mouvements de la mâchoire inférieure pendant la mastication. Il y a assez souvent de la fièvre, surtout le soir et pendant la nuit.

On observe de la rougeur dans le méat, une tuméfaction qui ferme complètement le conduit auditif, duquel s'échappe un liquide aqueux, rougeâtre. Il semble au malade que l'oreille est fermée comme avec un bouchon. Il y a toujours des bruits et un degré de surdité plus ou moins marqué.

L'examen du méat montre ordinairement une tumeur saillante, arrondie, d'un rouge vif ; cela ne se voit que quand la maladie n'est pas très-violente ; si le conduit est fermé par le gonflement, l'on ne voit rien. La tumeur en question dure quelques jours ; puis apparaît à son sommet une tache jaune qui s'élève en pointe, et bientôt le pus s'écoule. Il y a alors une rémission notable de tous les symptômes, et la maladie est bientôt guérie.

On n'observe de fièvre, à ce degré, que chez les individus très-irritables. Si l'inflammation est plus vive, plus étendue, tout porte à croire que cela se passe de la même manière. L'abcès se vide, et les douleurs ainsi que la fièvre cessent.

Le pus qui s'échappe du méat est sanguinolent ; l'écoulement dure plus ou moins longtemps, suivant l'étendue du phlegmon ; la tuméfaction des parois du méat diminue peu à peu ; les choses reviennent à l'état naturel plus ou moins rapidement, suivant la constitution du malade ; la surdité, qui dépendait du gonflement du conduit, disparaît aussitôt que l'air arrive jusqu'au tympan. Cette maladie aiguë et douloureuse n'a qu'une courte durée.

Selon Kramer, cette sorte d'abcès a son siège dans le tissu cellulaire du méat, et cela est facile à voir lorsque le mal occupe la moitié externe de ce conduit.

D'après cette manière de s'exprimer, Kramer laisse à penser que la partie du conduit qui avoisine la membrane du tympan peut être le siège d'inflammations phlegmoneuses : j'ai déjà dit qu'au delà de la première moitié du conduit, il n'existait que peu ou point de tissu cellulaire interposé entre la peau et l'os ; que par conséquent cette région ne pouvait jamais être le siège d'aucun phlegmon. Menière partage cette opinion, et il ajoute qu'au delà de la première moitié du conduit, l'inflammation phlegmoneuse est remplacée par celle du périoste.

Le tissu cellulaire dans lequel se développe le phlegmon de l'oreille présente des dispositions particulières qui expliquent très-bien la douleur qui l'accompagne constamment. Partout ailleurs ce tissu est recouvert d'une peau jouissant toujours d'une certaine élasticité qui lui permet, lors du gonflement des parties sous-jacentes, de se détendre et d'obéir ainsi à l'impulsion excentrique provoquée par l'inflammation. Cette disposition fait que les nerfs qui traversent les tissus enflammés se trouvent d'autant moins comprimés que les parties molles trouvent moins d'obstacles à se tuméfier.

Dans le conduit auditif, au contraire, le tissu cellulaire étant peu abondant, la peau qui le recouvre lui forme une gaine mince, lisse, polie, tendue également sur toute la surface des os auxquels elle adhère d'une manière plus ou moins intime ce qui la rend peu ou point extensible. Maintenant, qu'un point quelconque du tissu cellulaire sous-jacent devienne le centre d'une inflammation phlegmoneuse, pour peu qu'il y ait tuméfaction, la peau obéira bien un peu à cet effort ; mais, tout en se soulevant, elle exercera une compression proportionnelle à son degré de soulèvement. Les tissus formant la tumeur où le liquide est fourni plus tard par la suppuration, se trouveront ainsi entre deux résistances, l'une représentée par la peau, et l'autre plus réelle par les os ; il résultera de là que les nerfs, assez nombreux, qui rampent à la surface de ces derniers, seront soumis à une compression continuelle, qui explique très-bien les douleurs intolérables qui accompagnent ces sortes d'affections.

I. Causes. — Parmi les causes qui peuvent produire le phlegmon du méat, le froid est une des plus fréquentes. Ainsi, après le refroidissement de la tête, quand elle est échauffée et baignée de sueur, on voit fréquemment survenir les symptômes initiaux dont j'ai parlé. Quelquefois, mais rarement, les deux oreilles se prennent. Le plus souvent, il n'y en a qu'une ; et dans ce cas c'est la gauche qui en est le plus fréquemment le siège. La proportion de l'inflammation de l'oreille gauche à celle de droite est à peu près de 2 sur 3, ou comme 10 est à 7.

II. Pronostic. — Le pronostic de cette inflammation est rarement grave ; et il n'est pas, à beaucoup près, en rapport avec les douleurs qu'elle provoque. Si cette affection se termine par suppuration, le pus s'écoule dans le méat, puis au dehors. L'écoulement dure ordinairement de 5 à 6 jours, quand il n'y a pas de complication. L'ouïe est presque toujours affaiblie par l'effet de la tuméfaction des tissus, et plus tard par l'engouement que la suppuration amène dans le conduit. Très-souvent, cette faculté revient à son état normal après la guérison du phlegmon ; mais, pour peu que l'inflammation atteigne les parties voisines de la membrane du tympan, cette membrane se tuméfie légèrement et conserve un épaissement plus ou moins considérable qui peut durer très-longtemps, après la guérison du conduit, et entraîner avec lui une surdité qui sera en rapport avec le degré d'épaisseur de la membrane.

Il est rare que l'inflammation primitive du tissu cellulaire du conduit entraîne l'altération de la partie osseuse correspondante. Lorsque cette complication a lieu, l'affection de l'oreille est toujours primitive, et ne s'observe guère que chez les individus d'une mauvaise constitution.

Kramer assure que ce genre d'inflammation se termine toujours par suppuration. J'en ai pourtant observé un assez grand nombre qui se sont résolues sans arriver à cette terminaison.

Lorsque l'inflammation est bornée, elle se conduit absolument comme un petit furoncle dont elle présente tous les caractères. Quelques praticiens, effrayés par la douleur qu'éprouvent les malades, ont cru voir, dans ce cas, l'inflammation du conduit se compliquer d'otite interne, complication excessivement rare, que je n'ai jamais observée. Il est d'ailleurs très-facile de distinguer ces deux affections. Dans le phlegmon de l'o-

BIBLIOTHEQUE
DE MED. L.A.N.E.

reille, il n'y a jamais d'autre lésion de l'ouïe que celle produite par le plus ou le moins d'obstruction du conduit auditif, par le gonflement; tandis que l'otite interne se complique toujours d'une cophose très-prononcée avec bourdonnement aux oreilles, etc.

Itard, n'ayant pas suffisamment établi le diagnostic différentiel des divers états inflammatoires du conduit auditif, confond, sous la dénomination d'*otite externe purulente*, tous les symptômes qui appartiennent aux diverses inflammations dont je viens de parler, ainsi que les excoriations produites par la carie des os.

Kramer a décrit le premier l'inflammation spéciale à chacun des tissus qui composent le conduit auditif; et il adresse avec raison des reproches à l'ancien médecin des Sourds-Muets de Paris, pour avoir omis ce point essentiel de la pathologie auriculaire.

III. *Durée.* — La durée du phlegmon du conduit auditif n'est pas toujours la même; elle est d'ailleurs subordonnée à l'acuité de l'inflammation, et surtout à la constitution des sujets; plus rapide chez les individus sanguins, la marche sera beaucoup plus lente chez ceux où le lymphatisme domine. Mais en général sa durée est de cinq à huit jours.

J'ai dit tout à l'heure que, d'après Kramer, la suppuration en est toujours la solution la plus ordinaire, tandis que j'ai vu très-souvent, bien souvent même, l'inflammation avorter sous l'influence d'un traitement approprié, tel que : applications de sangsues répétées, cataplasmes émollients, bains de pieds, purgatifs, quelquefois même, mais rarement, une saignée générale; le moyen qui réussit le mieux pour faire avorter ce petit phlegmon consiste à pratiquer une incision sur le point le plus enflammé, surtout si la douleur est très-aiguë : le malade supporte cette légère opération très-facilement; comme tout ce qui est instrument effraye un peu les malades, il vaut mieux, tout en ayant l'air d'examiner avec soin le conduit, avoir un bistouri dont la lame sera cachée presque jusqu'à la pointe avec un peu de linge; et, à l'aide de la partie restée libre, on pratiquera une petite incision, ou mieux une ponction sur la petite tumeur. Le malade poussera bien un petit cri, mais comme cette incision n'est jamais suivie d'aucun ac-

cident et que l'hémorrhagie qu'elle provoque détermine un amendement presque instantané, le malade trouve dans ce soulagement une compensation qui lui fait oublier bien vite la douleur causée par l'instrument. Menière a vu aussi plusieurs fois l'inflammation phlegmoneuse de la peau et du tissu cellulaire du méat auditif se terminer par résolution, sous l'influence d'un traitement convenable. Cela doit être; on ne comprend pas que Kramer et bien d'autres praticiens veuillent faire exception pour cette inflammation, alors que dans tous les autres tissus on admet qu'elle peut se terminer sans suppuration, même lorsqu'il y a apparence de suppuration.

Le praticien de Berlin soutient que le phlegmon des parois du méat est peu fréquent, il le considère même comme une des maladies les plus rares de l'appareil auditif. L'expérience que j'ai acquise sur ce genre d'affection me fait difficilement comprendre comment cette manière de voir a pu être soutenue, non-seulement par Kramer, mais encore par des praticiens qui voient des malades dans les mêmes conditions que moi; je pourrais citer un très-grand nombre de personnes chez lesquelles l'abcès n'a paru que sur les parois du conduit, alors que le méat y est resté complètement étranger.

IV. *Traitement.* — J'ai déjà indiqué le traitement qui convient à cette maladie.

Il est important d'empêcher la stagnation du pus dans le conduit, à l'aide d'injections souvent répétées, avec une forte décoction de tête de pavot. Ce liquide a le double avantage, tout en dégagant le conduit, de calmer beaucoup les douleurs. Les cataplasmes chauds, appliqués sur l'oreille, sont beaucoup plus nuisibles qu'avantageux, car ils augmentent encore la chaleur développée par l'inflammation; je préfère, pour des raisons contraires, les cataplasmes froids que les malades supportent mieux. Il est évident que lorsque l'inflammation est très-intense et qu'il y a de la fièvre, il faut, dès le début, la combattre par une saignée locale, avec les sangsues, ou avec la pointe d'un bistouri.

Mais un moyen que je proscriis de la manière la plus absolue, c'est l'emploi des huiles en général, et de l'huile d'aman-des en particulier. J'ai toujours remarqué que l'emploi des corps gras dans l'oreille avait l'inconvénient d'empêcher les

sécrétions normales de s'opérer; et, ne pouvant être absorbés, ils forment sur les parois du conduit une couche qui nuit aux fonctions de la peau, sans provoquer de soulagement.

Menière ne veut pas qu'on attende l'ouverture spontanée de ces abcès, et il propose de les ouvrir avec le bistouri. J'adopte cette manière de faire; mais il y a des raisons majeures qui empêchent souvent de la mettre en pratique; si l'abcès est un peu profond et que le méat, comme cela a lieu toujours, soit lui-même tuméfié, l'étrécissement de l'ouverture du conduit rend impossible l'introduction d'un bistouri, si étroite que soit sa lame, et par conséquent ne permet pas d'atteindre le point tuméfié. Autre objection, dans la pratique civile, l'emploi d'un instrument effraye toujours; et, à moins qu'il n'y ait grande urgence et que les malades ne sollicitent eux-mêmes l'emploi de l'instrument, il vaut mieux laisser l'abcès s'ouvrir de lui-même.

§ 4. — INFLAMMATION DU PÉRIOSTE.

Comme toutes les maladies qui atteignent le périoste, celles qui se développent dans l'oreille sont toujours très-faibles et très-latentes dès leur origine; elles diffèrent donc essentiellement des altérations que je viens de décrire, par ce caractère spécial, et plus encore peut-être par la cause qui les produit. Ainsi, les inflammations des tissus décrits plus haut sont presque toujours dues à une cause externe, tandis que celles du périoste sont le plus souvent le résultat d'une cause interne manifestant ses effets sur un point quelconque de l'économie: et disons tout de suite que parmi ces causes, la cachexie strumeuse joue le principal rôle: puis, plus tard, l'infection syphilitique.

Lorsque le périoste du conduit auditif devient le siège d'une de ces manifestations morbides, le malade commence par y éprouver une certaine gêne qui l'engage à porter souvent dans cette région un instrument, comme s'il voulait se débarrasser d'un corps étranger. Ces attouchements continuels, loin de diminuer le mal, l'exaspèrent à la longue, et favorisent ainsi la transmission de l'inflammation du périoste aux tissus plus superficiels. Quand la maladie en est arrivée à ce degré, le

contact de tout corps étranger est excessivement douloureux: c'est alors seulement que le malade éprouve la nécessité de consulter un homme de l'art. Il n'y a pourtant pas encore de fièvre; mais la douleur, la chaleur ainsi que les inquiétudes et les insomnies auxquelles le malade est en proie ne lui permettent plus de douter que son affection ne soit trop grave pour qu'il puisse se passer des conseils d'un praticien.

Si on examine le conduit auditif à cette première période de la maladie, avec un appareil qui l'éclaire bien, on remarquera que la peau du conduit correspondant à l'altération du périoste, est rouge, tuméfiée et excessivement douloureuse au plus léger attouchement. C'est alors qu'il importe, si l'on veut prévenir les accidents ultérieurs qui doivent nécessairement survenir, de chercher à faire avorter le mal par une médication prompte et énergique; ici le choix n'est pas difficile, puisque la seule indication à remplir consiste à provoquer une hémorrhagie, soit par l'application d'une sangsue, ou mieux par la pointe d'un bistouri, ce qui est bien préférable, à cause de la difficulté qu'on éprouve à faire prendre une sangsue sur ce point. Cette opération devra se renouveler aussi souvent que la douleur le comportera, jusqu'à sa disparition, ou bien jusqu'à la formation de l'abcès, ce qui est la terminaison la plus fréquente de cette maladie; et cela doit être, parce que, les malades consultant trop tard les médecins, ceux-ci n'ont souvent qu'à constater la présence d'un phlegmon à l'état de suppuration. Dans ce cas, l'examen du conduit fait reconnaître sur le point affecté une saillie rouge, surmontée d'un point blanchâtre ayant une grande ressemblance avec un furoncle. En pressant légèrement cette tumeur avec l'extrémité d'un stylet boutonné, on en fait sortir une certaine quantité de pus brunâtre, épais, fétide, parfois sanguinolent. Lorsque cette matière n'est pas enlevée avec soin, soit à l'aide d'injections, soit avec un peu de linge fin tordu, elle s'accumule dans le conduit, et apporte ainsi une gêne dans l'audition, qui est en raison de l'obstruction de ce tube.

Si, après avoir bien détergé le conduit, on parvient à faire pénétrer un petit stylet courbe dans l'ouverture de l'abcès, on constate un décollement de la peau, et de plus, sur un point

BIBLIOTHEQUE
DE LA FACULTE DE MEDECINE