

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

quelconque de la tumeur, une légère dénudation de l'os. Toutefois l'altération osseuse est bien plus rare que ne semblent le croire la plupart des praticiens, entre autres Kramer, qui la considère comme le cas le plus fréquent. Cette opinion pourrait dépendre de ce que le praticien de Berlin exerce sur une population plus lymphatique que celle de la France, et surtout plus exposée à tous les accidents d'une constitution strumeuse.

Mais quand l'affection a détruit le périoste, et qu'elle a envahi le tissu propre de l'os, celui-ci ne tarde pas à se décomposer et à se ramollir sous l'influence de la maladie, aidée surtout par le contact perpétuel du pus qu'elle produit. Dans ce cas, si on a soin, après une injection, de recueillir sur un linge les liquides puriformes qui s'échappent de l'oreille, et qu'on le laisse sécher, on observera, sur les portions qui avaient été mouillées par le pus, de petites parcelles osseuses détachées de l'os principal; quelquefois même, mais rarement, l'exfoliation produit des fragments osseux qui exigent, pour leur extraction, le secours de l'art. Du reste, lorsqu'on soupçonne que la suppuration peut être entretenue par la présence de quelques fragments osseux formant corps étrangers, il importe de s'en assurer, afin d'en opérer l'extraction le plus tôt possible.

Chaque fois donc qu'on sera appelé pour un écoulement d'oreille chez un individu lymphatique, et que la nature du pus, son odeur, etc., pourront indiquer une lésion de l'os, il faudra s'en assurer; et si l'examen fait constater la présence d'un séquestre, si petit qu'il soit, il faudra se hâter de l'enlever.

Après ces extractions, et lorsque la plaie est débarrassée des causes qui entretenaient la suppuration, le mal s'arrête, soit par les seuls efforts de la nature, soit le plus souvent quand ils sont secondés par un traitement approprié que j'indiquerai plus tard, une cicatrice se forme, et enfin la guérison survient dans un temps très-court. Selon Vidal, Kramer et d'autres praticiens, la cicatrice qui résulte de cette guérison forme quelquefois une éminence, d'autres fois même un rétrécissement considérable du méat, qui nuit beaucoup à l'audition; ils ajoutent encore qu'une surdité peut être produite par l'accu-

mulation forcée du cérumen au delà de ce rétrécissement.

Je ne puis laisser passer ces idées sans leur adresser quelques objections, sous le double rapport de la théorie et de la pratique. J'ai observé un très-grand nombre d'abcès de cette espèce dans les différentes parties du conduit auditif, avec ou sans altération de l'os; et jamais je n'ai vu de cicatrices assez saillantes, pour gêner le mécanisme de l'ouïe, ni par conséquent favoriser l'accumulation du cérumen, si d'autres causes ne contribuaient à cet effet. D'ailleurs dans la formation des cicatrices, les inégalités et les saillies qui en résultent sont en raison de la mobilité et de l'élasticité des tissus sur lesquels elles s'opèrent; tandis que lorsqu'elles surviennent sur des régions, à tissu cellulaire rare et collé sur une surface osseuse, les cicatrices ne pouvant plisser la peau en l'attirant à elles, se forment plus lentement, mais ne dépassent que très-légèrement la surface cutanée. Afin de justifier mes observations, je n'ai qu'à comparer les cicatrices de la peau du crâne avec celles qui s'opèrent sur la face ou sur d'autres régions du corps où la peau jouit d'une grande mobilité. Or, comme la peau du conduit en rapport avec la portion osseuse est très-mince, peu ou point extensible, et adhérent à l'os, les cicatrices qui doivent s'y former ne sauraient en aucun cas devenir la cause des accidents que je viens de signaler.

I. *Fréquence.* — Quoi qu'en disent certains auteurs, cette affection de l'appareil auditif est excessivement rare; et je ne l'ai observée que deux ou trois fois; encore était-ce chez des enfants d'une constitution éminemment scrofuleuse. Kramer prétend que cette maladie commence toujours par le périoste de la portion osseuse du conduit auditif externe. Je pense que, lorsqu'elle doit se produire, elle débute d'abord par le tissu osseux, comme on le voit dans les autres parties du corps, chez les individus infectés d'un principe strumeux, scorbutique ou vénérien. Ma pratique s'accorde, du reste, avec celle d'Itard, auquel Kramer fait le reproche de ne pas s'en être assez occupé. Mais comme l'ancien médecin des Sourds et Muets n'a omis la description d'aucune des maladies qu'il a eues occasion d'observer, il est probable que, s'il parle peu de celles-ci, c'est qu'il a rencontré peu de sujets qui en fussent atteints.

II. *Diagnostic.* — Du reste, le diagnostic de cette affection est facile : comme il y a toujours un trajet fistuleux, on n'a qu'à y introduire le bout d'un stylet, pour sentir la surface inégale et raboteuse de l'os.

III. *Marche.* — Elle est toujours lente, comme celle de toutes les maladies du système osseux ; son pronostic est subordonné à la constitution de l'individu, à l'état général plus ou moins délabré, et enfin à l'étendue de la lésion locale. Si celle-ci est limitée à une portion légère du conduit, si les autres parties de l'oreille n'ont pas été atteintes, et si enfin le malade n'est pas trop affaibli, et que les autres appareils organiques de l'économie soient en bon état, il y a lieu d'espérer une guérison dans un temps qu'il n'est jamais possible de limiter.

IV. *Pronostic.* — Lorsque la guérison doit avoir lieu, elle est toujours la conséquence d'une heureuse modification survenue naturellement dans la constitution générale, ou bien provoquée par un traitement approprié.

Le tissu osseux, subissant en dernier ressort les effets salutaires de ce changement, les exfoliations diminuent peu à peu, la réparation de l'os s'opère, et l'otorrhée, manifestation ancienne de cette affection, disparaît enfin avec l'oblitération du trajet fistuleux.

Mais les choses sont loin de se passer toujours aussi heureusement ; car l'otorrhée, avec lésion de l'os, coexistant toujours ou presque toujours chez les jeunes sujets doués à un haut degré d'une constitution strumeuse et lymphatique, et chez lesquels les autres organes, surtout ceux de la respiration et de la digestion, se trouvent plus ou moins compromis, l'affection locale ne peut qu'à de rares exceptions se terminer favorablement.

Pour établir le pronostic d'une otorrhée aussi compliquée, il faut se préoccuper beaucoup plus de l'état général du sujet que de l'état local, lequel guérit toujours, quand il est soumis à un traitement bien dirigé et surtout secondé par une bonne constitution.

Il est encore d'autres maladies, qui, indépendamment d'une mauvaise constitution, peuvent provoquer la périostite du conduit ; telles sont : la variole, la scarlatine et la rougeole, qui ont une influence spéciale pour la production de cette

affection, quoiqu'à des degrés différents. Cette observation, qui a déjà été faite par la plupart des praticiens, est si vraie, qu'un très-grand nombre de sourds et muets ne doivent leur infirmité qu'à l'influence d'une de ces éruptions survenues dès le bas âge.

J'aurai l'occasion de revenir sur ce fait très-important, à savoir : que la variole et la scarlatine n'ont produit la surdi-mutité qu'après avoir provoqué une otorrhée, et avec elle la destruction des organes principaux de l'appareil auditif, tandis que la rougeole agit plus spécialement sur le cerveau, en paralysant le nerf de l'audition, sans provoquer, le plus généralement, aucune lésion de l'appareil auditif externe.

Il est encore un principe qui exerce une mauvaise influence sur l'appareil de l'audition, et qui, chez certains sujets, est la cause originaire de la maladie dont je m'occupe. J'ai eu l'occasion d'observer quelques faits de ce genre, que je relaterai plus loin, et qui, tout en prouvant les bons effets obtenus par un traitement spécial, démontreront combien il est essentiel, avant de commencer aucun traitement local, de s'enquérir de toutes les causes qui ont pu provoquer ou favoriser son développement.

Comme toutes les maladies qui atteignent les organes des sens, le genre d'otorrhée qui m'occupe présente deux sortes de gravité que je n'ai trouvées mentionnées par aucun praticien : l'une tient aux conséquences de cette affection par rapport à la vie de l'individu ; la seconde a trait uniquement à l'appareil auditif, et concerne spécialement la fonction. C'est ce que je désignerai par gravité absolue, et gravité relative. Ainsi, lorsqu'on lit dans les auteurs que le pronostic de la périostite du conduit est grave, on ne sait jamais de laquelle ils veulent parler.

Cette distinction est pourtant essentielle ; car telle otorrhée pourra être très-grave par rapport à l'individu, à cause des complications générales qui l'accompagnent, et sera en même temps très-peu compromettante pour la fonction de l'organe ; tandis que d'autres, légères en apparence, qui ne donneront aucune crainte par rapport à l'état général, auront une gravité relative telle, que l'ouïe sera fortement compromise, si on n'arrête les progrès du mal par un traitement énergique approprié.

Le praticien qui s'occupe de l'étude et du traitement des maladies de l'oreille doit, plus que tout autre, se pénétrer de cette distinction, attendu que, lorsqu'on vient le consulter, c'est bien plutôt pour rétablir la fonction de l'organe quand elle est perdue, ou bien pour arrêter les progrès du mal quand elle est menacée. Quant à l'état général du malade, il n'a à s'en occuper que d'une manière incidente, cette question ayant été jugée et appréciée par le médecin ordinaire du malade.

V. *Traitement.* — La distinction que je viens d'établir acquiert toute son importance quand il s'agit du traitement local, il importe de s'assurer, par les moyens que j'ai déjà proposés, du degré de sensibilité que le nerf acoustique a conservé; car ce n'est qu'après cette appréciation que le médecin pourra prévoir lui-même et faire connaître au malade ou à ses parents la gravité du mal, et les résultats ultérieurs qu'il pourra obtenir par rapport au rétablissement de la fonction. Ce diagnostic de la sensibilité du nerf une fois établi, on devra procéder au traitement de la lésion locale, lequel devra être ici pareil en tout point à celui que réclament les affections de même nature des autres parties du système osseux. C'est ainsi qu'il faudra, par des injections d'eau tiède, bien déterger le conduit, afin de le débarrasser de toutes les matières purulentes qui peuvent l'encombrer; puis enlever avec beaucoup de précautions les petits fragments osseux qui sont près de se détacher. Kramer conseille, lorsque l'ouverture par laquelle ils doivent sortir est trop étroite, de l'élargir avec la pointe d'un bistouri. C'est là, selon moi, une pratique exceptionnelle; car, outre que les fragments osseux qui s'échappent de ces sortes de plaies sont toujours très-petits, il vaut mieux les tirer peu à peu à l'aide de pinces que d'inciser la peau. Si petite que soit l'ouverture du trajet fistuleux, il est bien rare que les tissus minces qui l'entourent alors, fassent un obstacle sérieux à la sortie du petit fragment osseux.

Certains praticiens ont proposé, afin de hâter l'exfoliation osseuse, de faire des injections dans le conduit, et particulièrement dans la plaie, avec des teintures âcres et irritantes. Kramer rejette cette pratique, comme étant plus nuisible qu'utile, et nous partageons cette opinion. Une fois que la portion d'os nécrosée est extraite, et qu'il n'en reste pas d'autre

dans la plaie, celle-ci, débarrassée de la cause principale qui l'entretenait, se cicatrise rapidement, même lorsqu'elle coïncide avec une cachexie scrofuleuse ou autre assez prononcée.

Quelquefois, *mais très-rarement*, lorsque la maladie a été abandonnée à elle-même ou qu'elle a été soumise à un traitement mal dirigé, la peau du conduit, détachée et ulcérée sur plusieurs points, parvient à se cicatriser, en laissant des cicatrices plus ou moins difformes. Quand cette oblitération est récente, il est possible, quelquefois même facile d'obtenir la dilatation du conduit à l'aide des moyens usités en pareil cas, tels que bougies graduées, éponges préparées, cautérisation, etc.; mais quand ces cicatrices sont anciennes, et qu'il existe une coarctation du méat telle que les moyens précédents soient jugés impuissants, il faut avoir recours à la médication que j'ai proposée pour remédier aux imperforations congéniales ou accidentelles du conduit auditif, et à laquelle, pour ne pas me répéter, je renvoie le lecteur.

Je dois mentionner ici, en passant, le procédé que j'ai déjà critiqué à l'article des imperforations congéniales, ne serait-ce que pour démontrer l'impossibilité de son application.

Leschevin, et après lui Kramer et quelques autres praticiens, ont proposé, quand les tissus qui forment l'obstacle sont charnus, de les inciser crucialement, et d'enlever les quatre angles de la plaie. Ces praticiens auraient dû, tout en décrivant ce procédé opératoire, indiquer la profondeur du conduit à laquelle on peut en faire l'application, et surtout les instruments à employer. Or, comme la maladie qui a provoqué l'obstacle provient d'une lésion de l'os et que la paroi osseuse ne commence qu'à un centimètre et demi du méat auditif, il est permis de se demander comment l'opérateur, si habile qu'il soit, peut faire l'application de ce procédé à une pareille profondeur. Pour moi, cela ne me paraît pas possible et je demeure convaincu que le procédé indiqué par Kramer est resté à l'état de simple description.

§ 5. — RÉTRÉCISSEMENT.

M. Kramer indique encore un autre rétrécissement que je n'ai jamais observé, et sur l'existence duquel j'avais élevé