

pour celui qui en fut l'objet, a été peu favorable à un plus grand nombre ; car elle encouragea Itard à renouveler des tentatives qui, en l'absence d'un bon diagnostic, durent nécessairement rester trop souvent infructueuses.

§ 3. — INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE ET DU PÉRIOSTE DE LA CAISSE
(Kramer). — OTITE INTERNE PURULENTE (Itard).

J'adresserai quelques observations au titre d'Itard, quoique cependant l'affection, tout en n'attaquant que les tissus de l'oreille moyenne, peut se propager plus facilement à l'oreille interne, mais enfin le titre d'otite interne purulente n'est qu'un degré de plus de l'otite interne catarrhale que j'ai supprimé. Le titre de Kramer est plus rationnel, mais il a l'inconvénient de s'arrêter au périoste. Le titre que j'ai adopté me semble préférable et plus complet, puisqu'il comprend toutes les altérations qui peuvent survenir dans tous les tissus.

Triquet, en adoptant la nomenclature d'Itard, fait autant de maladies spéciales de l'oreille qu'il y a de causes qui peuvent les produire. Ainsi, il parle des *otites scarlatineuse, varioleuse, typhoïde, catarrhale, purulente*, etc.

Toutes ces dénominations, réservées seulement pour l'énoncé des causes, sont de peu d'importance, attendu qu'elles ne peuvent être d'aucune utilité pour le diagnostic des lésions locales ni pour le choix des moyens à leur opposer.

Il n'en est qu'une, selon moi, qui mérite d'être mentionnée spécialement, parce que la cause qui l'a produite et qui l'entretient donne, comme partout, un caractère particulier aux tissus malades et exige pour sa guérison un traitement tout à fait spécial ; on voit que je veux parler des otites qui peuvent s'allier à un principe syphilitique.

Dans la description des différentes altérations du conduit auditif, j'ai consacré un article spécial à l'inflammation de la peau, du tissu cellulaire, du périoste et de l'os ; mais ici, afin d'abrégier et de ne pas revenir sur des répétitions inutiles, je confondrai dans cette seule et même dénomination d'*otite profonde de la caisse*, les divers degrés d'altération de tous ces tissus, ainsi que les moyens thérapeutiques à leur opposer.

§ 4. — OTITE PROFONDE DE L'OREILLE MOYENNE (Bonnafont).

L'oreille moyenne, étant constituée des mêmes éléments que le conduit auditif, dont elle semble n'être qu'un renflement, doit aussi présenter beaucoup d'analogie avec ces lésions.

I. Causes. — Les causes sont celles que j'ai déjà énumérées ailleurs, et qui peuvent provoquer l'inflammation des autres parties de l'oreille ; mais le jeune âge, les constitutions appauvries par un vice quelconque, surtout les scrofules et la syphilis, sont autant de causes qui y prédisposent davantage. Toutes ces affections sont des complications fâcheuses, elles entretiennent les maladies, les font passer à l'état chronique et favorisent souvent la carie de l'os.

Toutefois cette dernière complication arrive bien plus rarement que la plupart des auteurs ne l'ont avancé ; l'expérience m'a permis de constater que l'otorrhée, purulente ou non, entretenue par l'inflammation simple ou avec des ulcérations de la muqueuse, peut durer des années sans lésion des os ; mais, la plupart des praticiens, ne prenant pas la peine de bien explorer le conduit auditif, supposent une carie chaque fois que l'otorrhée est abondante, que le pus répand une mauvaise odeur et qu'elle a résisté aux moyens ordinaires mis en usage. M. Erhard (d'Erlangen), qui a traité ce sujet avec beaucoup de soin, a constaté aussi que la carie des os était bien plus rare qu'on ne le suppose généralement (1).

OBSERVATION. XXX. Cooper à Londres, Lombard à Genève, Kramer à Berlin, Dupuytren et Récamier à Paris, avaient diagnostiqué sur M. B... une carie du rocher et porté ainsi sur cette affection un pronostic très-grave et très-fâcheux pour le malade alors qu'il n'avait, fort heureusement, qu'une maladie organique de la muqueuse avec des ulcérations nombreuses et profondes.

La guérison de cette affection, qui datait de plusieurs années, s'opéra en très-peu de temps sous l'influence d'un traitement simple et rationnel ; les os de la caisse restèrent, il est vrai, dénudés, mais sans aucune lésion apparente ; l'audition fut entièrement perdue,

(1) Erhard, ouvrage cité, p. 269.

comme je l'avais du reste annoncé ; et l'otorrhée, symptôme caractéristique qui, d'après le pronostic qui avait été porté, devait être incurable, guérit radicalement.

Je pourrais multiplier les citations d'otorrhée, datant de plusieurs années, sans lésion des os.

Les observations nombreuses que j'ai recueillies m'autorisent à émettre cette opinion, que les altérations de la muqueuse de la caisse se communiquent difficilement et rarement à l'os à moins de prédispositions déjà indiquées. Quand il y a carie, celle-ci est bien plus souvent cause que l'effet de l'otorrhée.

Mais le médecin auriste est rarement appelé à constater des lésions de ce genre ; et cela parce que la carie du rocher s'allie très-souvent à d'autres altérations et est accompagnée d'une série de symptômes, ordinairement assez graves pour faire négliger l'affection pour laquelle on le consulte spécialement.

Quand une maladie, en outre de la dysécie, se complique de maux de tête violents, de paralysie partielle ou générale, d'altération profonde des facultés intellectuelles, etc. ; on comprend trop que l'attention des parents et du médecin se fixe plus particulièrement sur cette dernière série de symptômes qui menacent l'existence du malade, et néglige celui qui ne compromet qu'une fonction.

Les causes qui agissent plus spécialement sur l'os, et le disposent à se carier, sont la constitution strumeuse, avec prédisposition à la tuberculisation, et l'affection syphilitique au troisième degré.

Parmi les causes occasionnelles qui peuvent provoquer l'inflammation profonde de la cavité du tympan, on peut mettre en première ligne les transitions brusques de la température, comme l'application d'un corps froid sur l'oreille, surtout après ou pendant une éruption varioloïde, scarlatineuse, une affection typhoïque, etc.

Les coups, les chutes ainsi que les violences extérieures provoquent rarement l'otite profonde, à moins toutefois qu'ils n'aient été assez puissants pour produire une fracture du rocher. Dans ce cas, la maladie commence par le tissu os-

seux, et gagne progressivement l'oreille ; mais lorsque les signes de cette grave affection apparaissent à l'extérieur, sous forme d'otorrhée, la lésion première a déjà fait de tels progrès et provoqué des accidents si graves du côté du cerveau, que l'écoulement de l'oreille ne constitue plus qu'un symptôme, aidant à établir le siège principal du mal.

II. *Symptômes.* — Les symptômes peuvent présenter une grande variété selon les personnes, le tempérament, l'âge, et aussi selon que l'affection est aiguë ou chronique. Dans le premier cas, les douleurs sont vives, pulsatives, intermittentes, bornées le plus souvent à une oreille ; quelquefois aussi elles sont brûlantes, et accompagnées d'un sentiment de raréfaction tel dans l'oreille, qu'il semble au malade que toutes les parties vont se séparer et se déchirer. Comme dans tous les phlegmons, il y a des accès fébriles, des redoublements le soir ou la nuit, et rémission plus ou moins marquée le matin.

L'audition suit les différentes phases du gonflement ; en général la perception des sons est pénible ; cela dépend de ce que toute la caisse étant enflammée, la membrane du tympan, ainsi que les osselets, ne peuvent se mouvoir sans provoquer de la douleur.

Les malades gardent la tête fixe, immobile, constamment appuyée ; la plus légère secousse produite par la toux, l'éternement et les mouvements du maxillaire inférieur exaspèrent les douleurs.

La maladie, d'abord limitée dans la caisse, atteint peu à peu les parties voisines, d'où le gonflement de la peau qui environne le pavillon de l'oreille, surtout les régions parotidienne et mastoïdienne. Le plus souvent il y a dysécie ; quelquefois aussi l'hypercousie est telle que le malade est obligé de se soustraire à toute espèce de bruit ; et, en raison des sympathies morbides qui existent entre l'oreille et l'œil correspondant, celui-ci est larmoyant et supporte, à son tour, plus difficilement le contact de la lumière.

Telle est, en général, la série des symptômes de la première période ; mais bientôt, si le mal n'est pas enrayé par une médication prompte et énergique, la maladie entre dans la phase, dite de suppuration, accompagnée d'accidents bien autrement graves ; la céphalalgie devient insupportable ; le

malade ne peut, ni jour ni nuit, goûter un instant de repos ; souvent il y a délire et fièvre ; le pouls est dur, fréquent ; la peau chaude, la soif ardente ; en un mot, on voit paraître toute la série de symptômes que j'ai décrits en parlant de l'épanchement de la caisse pouvant provoquer la déchirure du tympan. Celui-ci, en effet, après quelques jours d'atroces douleurs, obéissant à la pression de la collection purulente, finit par éclater pour donner passage au pus épanché, suivi d'un soulagement presque subit.

Quelques praticiens, Kramer entre autres, prétendent que dans les mêmes conditions le pus peut suivre une autre voie que celle du tympan ; la région mastoïdienne deviendrait aussi parfois le siège de son élimination. Quand le pus est simplement épanché et qu'il peut opter entre la membrane du tympan et les cellules mastoïdiennes pour se faire jour au dehors, je ne pense pas qu'il ait jamais suivi cette dernière voie, plutôt que de provoquer la déchirure du tympan. Chaque fois donc qu'on a eu l'occasion de remarquer les abcès mastoïdiens, il y avait toujours altération de l'os, avec carie ; des fragments osseux détachés ont contribué beaucoup plus à la formation de l'abcès mastoïdien que les matières épanchées dans la caisse, lesquelles suivent toujours l'altération osseuse.

Kramer dit avoir vu quelquefois les osselets s'échapper par cette voie et suivre ainsi le cours de la suppuration. L'opinion de Kramer ne peut être justifiée que par la présence d'un obstacle du côté du conduit auditif qui empêche le pus de s'écouler de ce côté ; car, quelle que soit la dimension de l'ouverture mastoïdienne, dès que la maladie a agi dans la caisse de manière à détacher les osselets, la membrane du tympan a dû, nécessairement et bien avant, subir cette influence, se briser, se détacher et mettre ainsi la caisse en communication directe avec le conduit ; or, comme cette voie est plus facile et plus directe, c'est par là, bien plus que par l'abcès mastoïdien, que les osselets et autres parties contenues dans la caisse s'écouleront de préférence.

Lorsque la maladie est bornée aux parties osseuses qui avoisinent l'oreille, l'écoulement du pus, quelle que soit la voie qu'il ait prise, amène toujours un soulagement sensible ; mais,

pour peu que la lésion osseuse se rapproche de la cavité du crâne, l'inflammation gagne les méninges, le cerveau, et plus tard, quand il y a suppuration, le pus, filtrant à travers les fissures de l'os, entre dans la cavité crânienne, produit un épanchement et devient ainsi la cause d'accidents, d'autant plus graves, qu'on peut les considérer comme au-dessus de toute ressource.

Kramer ajoute que, « lorsque l'abcès de la cavité tympanique ne s'ouvre pas au dehors, les symptômes s'aggravent de plus en plus, presque toujours on voit survenir une méningite aiguë, qui ne tarde pas à entraîner la mort (1).

De tous les médecins auristes, Kramer est celui qui a donné la description la plus exacte des symptômes de l'otite profonde. Je ne puis cependant laisser passer sans quelques réflexions le paragraphe que je viens de citer.

Lorsque la maladie commence dans la caisse, quelle que soit la nature du pus qui forme l'abcès, ainsi que les prédispositions des tissus plus profonds à se laisser envahir par le mal, il n'est pas possible d'admettre qu'une collection purulente gagne du côté des os, jusqu'à arriver dans le crâne, avant d'avoir ramolli, perforé le tympan, et s'être créé ainsi une voie pour s'épancher par le conduit auditif. Si donc Kramer a rencontré des cas où le pus avait envahi les méninges avant d'avoir perforé le tympan, c'est que la maladie existait déjà dans la portion osseuse de l'oreille interne voisine du crâne ; que le pus, qui en provenait, avait pénétré en même temps, sinon plus tôt, dans cette cavité, et les accidents cérébraux devenus mortels avant que la membrane du tympan ait pu être perforée.

J'ai dit que l'écoulement naturel de tout liquide contenu dans l'oreille moyenne, se fait par le conduit auditif, après avoir brisé le tympan et qu'il peut aussi, dans certains cas, s'écouler par les trompes d'Eustache. Certains praticiens prétendent même qu'il s'élimine plus facilement par cette voie. Il y a évidemment là de l'exagération ; l'étroitesse de ce conduit ne permet guère aux matières purulentes, de s'évacuer aussi facilement.

(1) Kramer, ouvrage cité.

Je citerai bientôt deux faits dans lesquels la trompe a livré passage aux liquides épanchés, tant qu'ils ont conservé une certaine l'impidité; mais, devenus plus épais et plus consistants, ils ont pris une autre direction.

Ajoutons aussi que le contact du pus sur les muqueuses saines ne tarde pas à les irriter et à les gonfler; et, pour peu que cet état se manifeste dans la trompe, ce conduit en sera rendu plus étroit, et le passage de tout liquide d'autant plus difficile.

En résumé, le conduit auditif externe est la voie la plus naturelle de l'élimination de toutes les collections purulentes qui se forment dans la caisse; elles ne passent à travers la trompe d'Eustache que par regorgement, ou bien lorsque le malade, étant couché sur le côté opposé, les liquides, obéissant à la loi de la pesanteur, suintent peu à peu par ce tube.

L'écoulement qui sort de la caisse peut être quelquefois très-abondant.

OBSERVATION XXXI. — Un militaire entra dans mon service, à l'hôpital du Roule, 1856 pour une otorrhée survenue à la suite d'un refroidissement, pendant qu'il était en faction au camp de Romainville; l'écoulement était si abondant que l'idée me vint de recueillir le pus dans un petit vase; la quantité pouvait être évaluée à un petit verre à liqueur par heure pendant les trois premiers jours. Il resta deux mois à l'hôpital, d'où il sortit radicalement guéri de son otorrhée, mais avec une dysécie très-prononcée de ce côté et la destruction de la moitié antérieure du tympan. Durant la période de l'écoulement, je demandai plusieurs fois au malade, du reste fort intelligent, s'il ne sentait pas un goût désagréable et comme un liquide étranger lui couler dans la gorge? Ses réponses furent constamment négatives, mais quand je poussai des injections un peu fortes par le conduit auditif externe, afin de délayer le pus et déterger ainsi l'oreille moyenne; alors seulement le liquide, poussé par l'instrument, pénétrait dans la trompe, entraînant avec lui une certaine quantité des matières épanchées.

Ce fait, auquel je pourrais en joindre un grand nombre d'autres, infirme l'opinion des praticiens qui ont dénoncé la trompe d'Eustache comme étant la voie d'élimination la plus naturelle des matières épanchées dans la caisse.

Itard, qui avait observé et bien observé ce genre de lésion, n'a pas cité un fait où un épanchement se soit écoulé par la trompe, et qu'il lui à fallu souvent perforer la membrane du tympan. Tous les praticiens auristes en France et à l'étranger suivent maintenant cette méthode. Il peut se faire cependant que, si les matières épanchées limpides, et, si elles semblent n'être qu'une supersécrétion de la muqueuse enflammée, elles puissent s'écouler dans le pharynx par la trompe d'Eustache; dans ce cas, elles déterminent dans l'arrière-gorge un goût désagréable, nauséabond, y provoquent un titillement qui oblige le malade à chercher à s'en débarrasser par une toux continue. Si ces liquides sont assez abondants pour descendre par l'œsophage dans l'estomac, ils peuvent y simuler tous les symptômes d'un embarras gastrique. Les deux faits consignés par le professeur Lallemand me semblent devoir être rangés dans cette catégorie, à moins toutefois que les symptômes décrits ne fussent le résultat d'un abcès de la trompe ou des tissus environnants.

J'ai eu l'occasion d'en observer un de ce genre, déterminé par un corps étranger qui s'y était arrêté, après avoir traversé les fosses nasales, dont les symptômes auraient pu faire croire facilement à un abcès de l'oreille s'évacuant, par la trompe, dans la gorge: le voici.

OBSERVATION XXXII. — B..., caporal au 48^e de ligne, avait reçu, pendant une sortie faite par la garnison de Blidah en 1839, bloquée alors par Abd-el-Kader, un coup de feu dont la balle s'était arrêtée dans les fosses nasales, au niveau à peu près de la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur, ayant fracturé dans sa course le cartilage de la partie antérieure du nez, traversé le vomer et le cornet inférieur de la narine gauche. Le projectile n'ayant pu être extrait immédiatement, le malade fut évacué sur l'hôpital de Douéra, où l'extraction put en être faite par Fenin. Après cette opération, il guérit rapidement, ne conservant qu'une légère difformité de l'éminence nasale. Six mois après, il fut pris d'un mal de gorge assez violent pour être envoyé à l'hôpital de Mustapha, dont j'étais chirurgien en chef.

Le malade accusait une forte douleur à la région pharyngienne, sans qu'elle gênât beaucoup la déglutition. La muqueuse du pharynx ni les amygdales ne présentèrent rien de particulier; mais

l'action du moucher était très-pénible et provoquait une douleur que le malade croyait être dans l'oreille, dont l'examen par le conduit auditif externe ne présenta rien de particulier. Comme il n'y avait pas de fièvre, je me bornai à prescrire quelques bains de pieds sinapisés, des purgatifs et une application de sangsues sous l'angle de la mâchoire du côté gauche. Malgré ces moyens, la douleur continuait à être très-vive pendant trois ou quatre jours et ressemblait à une épingle dont le malade réclamait à tout instant l'extraction. Tout à coup, pendant qu'il faisait des efforts pour tousser, la douleur cessa, et il ressentit dans la bouche un goût très-désagréable et fétide. A ma visite du matin il me raconta ce qui lui était arrivé dans la nuit et je ne doutai pas que les symptômes nouveaux qu'il avait éprouvés ne fussent le résultat de l'ouverture spontanée de l'abcès. Le malade se trouvant à peu près guéri au bout de cinq ou six jours, sortit de l'hôpital; mais, depuis sa sortie, il continua à éprouver un sentiment de titillation à la gorge, un goût désagréable suivi de quelques nausées, le matin surtout. Le moucher, ainsi que la toux et l'éternement, occasionnaient une légère douleur dans la région sus-pharyngienne.

Cet état durait depuis un mois et demi environ, lorsque le chirurgien-major de son régiment le renvoya à l'hôpital, pour y être examiné de nouveau. L'examen de l'arrière-gorge ne présenta rien de particulier, pas plus que les fosses nasales, dans lesquelles une mèche introduite était retirée sans présenter les traces d'aucune imbibition purulente; et pourtant lorsque le malade crachait, après un effort de toux, on remarquait du pus bien caractérisé et très-fétide; évidemment il y avait un abcès suppuré derrière les fosses nasales et au-dessus du voile du palais gauche; par conséquent dans la région de la trompe.

Un matin, il fut pris d'une quinte excessivement violente, après laquelle il lui sembla avoir craché un petit corps étranger; et, en cherchant dans le petit vase qui sert de crachoir, il y trouva un petit éclat de plomb roulé sur lui-même, lequel, s'étant détaché de la balle pendant qu'elle traversait les parties osseuses, était venu se fixer aux environs de la trompe d'Eustache, où il avait été ainsi l'unique cause des accidents que je viens de relater.

Dès ce moment la guérison marcha vite, car le lendemain le malade demanda à sortir de l'hôpital; je le gardai trois ou quatre jours seulement en observation; les symptômes qu'il éprouvait depuis plusieurs jours ayant complètement cessé, je le renvoyai à son régiment.

On a pu remarquer dans ce fait tous les signes indiqués par

Lallemand, comme provenant de l'évacuation d'un abcès de la caisse par la trompe; eh bien! ce que l'éclat de plomb a produit, tout autre corps étranger peut aussi en être la cause.

Pour moi, je reste convaincu que les collections purulentes de la caisse s'écoulent toujours par le tympan: que le pus qui passe par la trompe est en très-faible quantité; que, lorsque celui-ci détermine les symptômes décrits par Lallemand, pareils à ceux de l'observation précédente, il y a beaucoup à parier qu'ils proviennent de la même cause.

J'ai dit aussi que les collections purulentes, limitées dans la caisse, vont rarement dans les cellules mastoïdiennes, avant d'avoir perforé le tympan; que lorsqu'il se forme un abcès dans la région mastoïdienne, concomitant avec un épanchement identique de la caisse, cet abcès s'annonce par une tumeur, avec empatement, tension plus ou moins forte, ramollissement, et enfin fluctuation.

Quelquefois le pus qui forme l'abcès, descendu de plus loin de la substance osseuse où il a pris naissance, laisse après lui un espace vide où dans certaines positions données à la tête, il peut revenir et s'éloigner. On observe alors le fait signalé pour la première fois par J. L. Petit, et que j'ai eu occasion d'observer moi-même deux ou trois fois. Lorsque le pus avoisine la peau, la fluctuation est très-manifeste, tandis que, lorsqu'il se retire plus profondément, toute fluctuation disparaît en partie; pour en faire l'ouverture, il faut nécessairement attendre qu'il revienne à la surface. Ce mouvement de va-et-vient d'une collection purulente, souvent considérable, peut servir à expliquer, mieux qu'on ne l'a fait peut-être, les relations qui existent entre les accidents cérébraux et ceux de l'oreille. Toynbee cite des guérisons d'hémiplégie survenues à la suite de l'ouverture d'abcès mastoïdiens et la trépanation de l'apophyse. Ces cas doivent être fort rares, car ils supposent des lésions osseuses graves et que le pus, pour provoquer de pareils désordres, avait dû pénétrer dans le crâne.

Les praticiens ne sont pas bien d'accord sur le siège primitif de l'affection, lorsque les abcès qui se font jour dans l'oreille, par les apophyses mastoïdes, se compliquent d'accidents cérébraux; il y a eu à ce sujet d'intéressantes discussions entre les

pathologistes, qui ont été très-bien résumées par A. Bérard (1).

Ainsi, Avicenne et Th. Bonet admettent que l'inflammation débute dans le cerveau, et que le pus marche de l'intérieur du crâne dans l'oreille. Itard adopte le même avis pour un certain nombre d'otites, qu'il nomme *cérébrales*. Morgagni combat cette théorie, et dit que le pus pénètre du rocher dans la cavité céphalique. Lallemand (2), en rapprochant et en analysant tous les faits, conclut que la suppuration ne marche ainsi ni de l'une ni de l'autre manière; qu'à la vérité, si elle se forme primitivement dans l'oreille, elle peut se déveopper en même temps dans l'intérieur du crâne par continuité, par voisinage, et n'y pénètre pas par un passage direct. Ce praticien nie la marche mécanique du pus ainsi que sa propriété corrosive, comme l'entendait Morgagni.

« L'ancien professeur de Montpellier analyse avec le plus grand soin la succession des symptômes notés par Morgagni et par Itard. A l'égard du premier et de son opinion, il fait remarquer que les accidents cérébraux ont paru même très-intenses avant qu'il y eût encore communication du foyer tympanique avec l'intérieur du crâne; ce qui prouve dans le cerveau une inflammation concomitante, mais non mécaniquement transmise; que, dans un bon nombre de cas, on trouve un abcès tout formé, sans altération de la dure-mère, ni perforation du rocher; et qu'enfin, si le pus marchait ainsi de l'oreille à la cavité céphalique, on le rencontrerait épanché à la surface du crâne, des méninges et du cerveau, et non accumulé dans un point limité, circonscrit et quelquefois profond de l'encéphale. Relativement à la doctrine d'Itard, Lallemand fait voir que, parmi toutes les observations publiées par ce médecin, il n'est clairement démontré pour aucune que l'abcès ait commencé par l'intérieur du crâne; que toujours il y eut, dès le début, des symptômes du côté de l'oreille; que si ceux de l'encéphale se montrèrent aussi de bonne heure, c'est qu'il en est toujours ainsi dans l'otite. Il n'hésite donc pas à rejeter l'otite cérébrale primitive ou consécutive. »

(1) A. Bérard, *Dictionnaire de médecine en volumes*. Paris, 1810, tome XXII, p. 350, article OREILLE.

(2) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur les maladies de l'encéphale*. 4^e Lettre. Paris, 1820-1836.

On voit que l'opinion que j'ai déjà émise à ce sujet se rapproche beaucoup de celle de Lallemand; mais elle diffère en ce sens que, lorsqu'il y a carie de l'os, la maladie débute presque toujours par la substance osseuse; et, selon que la désorganisation de l'os est plus rapprochée de l'oreille ou du crâne, le pus se manifeste primitivement dans l'une ou dans l'autre de ces cavités; puis, par le progrès du mal, le pus envahit peu à peu la cavité crânienne et celle du tympan. Je suis convaincu que telle est la marche la plus ordinaire de ce genre d'abcès; et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il débute sur les différents tissus qui recouvrent la surface de l'os. Mais s'il me fallait opter entre les théories d'Avicenne et d'Itard d'un côté, et celles de Morgagni de l'autre, je n'hésiterais pas à adopter les premières, car il est plus naturel de voir le pus descendre de la cavité crânienne dans l'oreille, que remonter en sens contraire.

Je puis encore invoquer les faits qui se présentent journellement à mon observation, en répétant ce que j'ai déjà dit: que des otorrhées de l'oreille moyenne, entretenues par des lésions profondes de cette cavité, peuvent durer des années sans communiquer avec la cavité crânienne; tandis que pas un abcès ne se formera dans cette dernière région, à la surface du rocher, sans que le pus s'infilte, par les différentes ouvertures qui donnent passage aux vaisseaux et aux nerfs, ou par les fissures de l'os dénudé, et vienne ainsi, après avoir commis des dégâts plus ou moins considérables en traversant la substance osseuse, s'épancher dans l'oreille moyenne, dans les cellules mastoïdiennes, ou dans ces deux cavités en même temps,

Lorsque la maladie se prolonge, les douleurs sont moins vives, et les symptômes généraux plus légers; mais, pour peu que l'épanchement purulent persiste du côté du crâne, on remarquera un sentiment de lassitude plus ou moins prononcé; les bourdonnements, quoique fatigants, seront moins intenses et la surdité en raison de la profondeur de la lésion. Si le pus s'accumule dans la caisse, il rompra le tympan et s'échappera par cette voie; mais cet écoulement ne produira pas, comme dans l'état aigu, un grand soulagement, surtout si la maladie est profonde, et si le pus est descendu du côté

du crâne. Dans ce cas, les douleurs persistent et s'étendent à toute la tête, sur laquelle le malade sent un poids, comme s'il y avait une calotte de plomb. Il y a de la lourdeur, de l'assoupissement ; et, si la suppuration est abondante, des frissons qui se renouvellent à des intervalles irréguliers. Bientôt arrive le délire, et enfin l'état comateux qui précède la mort. Il est évident que nous décrivons ici l'otite profonde avec une série de symptômes qui appartiennent bien plus à une maladie du rocher, voisine de l'encéphale, qu'à celle de l'oreille qui n'en est, le plus souvent, que la conséquence. Ici encore, je suis en opposition avec Kramer, qui considère l'otite comme la cause première des accidents qui peuvent déterminer la mort, même sans être précédée d'écoulement par l'oreille.

« Chez certains malades, dit le praticien de Berlin, il n'y a pas d'otorrhée, et les douleurs, qui semblent devenir de plus en plus profondes, sans prendre de caractère plus violent, indiquent une terminaison fâcheuse. Le malade est languissant, a des rêveries continuelles, cherche la solitude, tient sa tête dans ses mains, la balance dans tous les sens, puis la laisse pencher du côté de l'oreille affectée ; bientôt on voit survenir le même état comateux accompagné de quelques symptômes fébriles, qui se terminent par la mort chez certains individus (1). »

Jamais l'otite, si profonde qu'elle soit, ne déterminera d'accidents aussi graves, si la même cause qui l'a produite n'a agi en même temps et d'une manière spéciale sur le tissu osseux avoisinant le crâne.

Je ne peux non plus laisser passer, sans quelques réflexions, l'opinion émise par Morgagni, partagée par Trœltch, et acceptée par presque tous les auteurs. Ainsi Morgagni a écrit que, dans les abcès de la parotide et des amygdales, le pus peut arriver dans la caisse ; le premier, par le conduit auditif externe, et le second, par la trompe d'Eustache. J'ai peine à comprendre comment le pus, qui, de la parotide, peut sortir facilement au dehors, même en s'ouvrant une issue dans le conduit auditif, irait perforer la membrane du tympan,

(1) Kramer, *loc. cit.*

alors qu'il pourra s'écouler, sans difficulté et sans résistance aucune, par le conduit. La chose me paraît encore plus difficile pour l'abcès des amygdales, attendu que les trompes étant inclinées de bas en haut du côté de la gorge, le pus ne pourrait revenir dans l'oreille qu'en remontant contre son propre poids (1). La méningo-encéphalite qui accompagne l'otite profonde n'a heureusement pas toujours pour cause la carie ; l'inflammation peut quelquefois se propager aux méninges et au cerveau par les vaisseaux nombreux qui de la caisse ont des anastomoses, quelquefois même des communications directes avec ceux de la dure mère : les cavités labyrinthiques, et surtout le conduit auditif interne, peuvent également servir de voie de transmission de l'inflammation d'une de ces cavités à l'autre. Ces otites, dont les symptômes sont quelquefois alarmants, peuvent néanmoins guérir.

C'est à ces états pathologiques spéciaux qu'il faut attribuer la guérison d'éclampsies, d'épilepsies et de méningites citées par Jackson (2), Schwartze (3), Lucae (4), Trœltch (5), et celle d'Itard.

III. *Marche.* — La marche de cette maladie est en raison de l'acuité et de la gravité des symptômes. A ceux que j'ai déjà indiqués pour l'inflammation du tissu cellulaire de la caisse, j'ajouterai que le tympan est souvent très-sensible, même aux ébranlements que lui communiquent les ondes sonores. Le conduit auditif tout entier est parfois si douloureux, que le moindre mouvement de la mâchoire devient insupportable. La trompe d'Eustache participe à cette inflammation ; elle est obstruée et ne peut supporter ni l'introduction de la sonde ni la plus légère insufflation d'air. C'est dans ce genre d'affection, passée à l'état chronique et chez des individus à constitution strumeuse surtout, qu'apparaissent les dégénérescences morbides, qui se traduisent fréquemment par des excroissances

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XIV. — Teule, *Essai d'anatomie et de physiologie*, p. 167.

(2) Jackson, *Archiv. für Ohrenheilkunde*, t. V, p. 382.

(3) Schwartze, *Ibid.*, t. V, p. 307.

(4) Lucae, *Ibid.*, t. II, p. 81.

(5) Trœltch, *Schmid's Jahrbüch*, 1864, t. CXXI, p. 228. — Trœltch, *Maladies des oreilles*, t. I, p. 210.