

Une phlébite ne pourrait pas simuler la névrite, car il existe dans la première un cordon dur, noueux, douloureux, sur le trajet connu d'une veine; il y a œdème des parties situées au-dessous et des accidents d'infection qui surviennent souvent à la seconde période de la maladie.

**Pronostic.** — On peut dire d'une manière générale que le pronostic de la névrite est grave, non qu'elle compromette la vie, mais parce qu'elle laisse parfois après elle une paralysie incurable. Cependant la science ne possède encore rien de précis à cet égard.

**Causes.** — La névrite est une maladie excessivement rare, surtout comme affection idiopathique; elle succède presque toujours à quelque cause traumatique, comme une plaie ou une contusion. On l'a encore vue survenir après la ligature ou la cautérisation du nerf, ou bien après qu'un corps étranger a pénétré dans le tissu de l'organe. Cependant, somme toute, les nerfs sont assez peu inflammables. Rien, en effet, de plus commun que de voir des cordons nerveux traverser des foyers suppurés ou gangrenés sans qu'ils participent au désordre des parties environnantes. M. Beau regarde, par contre, certaines névrites comme très-communes; il rapporte en effet à l'inflammation aiguë des nerfs intercostaux la douleur vive de la pleurésie, comme il attribue à la névrite chronique les points de côté si communs chez les phthisiques. Mais nous avons dit précédemment que cette opinion était au moins exagérée, car d'une part l'anatomie pathologique les confirme rarement, et d'autre part il serait extraordinaire que presque toujours la douleur se calmât ou disparût tout à fait, ainsi que la chose a lieu dans la pleurésie, tandis que l'altération persisterait, puisque l'ouverture des cadavres la ferait toujours découvrir: ce serait là une anomalie bien extraordinaire, car rien de pareil n'a lieu dans les autres névrites.

**Traitement.** — Le traitement est essentiellement antiphlogistique; on insistera surtout sur les émissions sanguines locales, sur les cataplasmes, les bains, les onctions mercurielles et les révulsifs. Enfin si, la période inflammatoire ayant cessé, les malades éprouvaient de l'engourdissement et un commencement de paralysie, on promènerait un ou plusieurs vésicatoires, et même on appliquerait plusieurs cautères ou moxas sur le trajet du nerf.

## INFLAMMATION DE QUELQUES-UNS DES ORGANES DES SENS.

### DU CORYZA

SYNONYME. — Rhinite, rhume de cerveau, catarrhe nasal, *gravedo*, encliffement.

Le *coryza* est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales. On l'observe à l'état aigu et à l'état chronique. Le *coryza* chronique se subdivise en deux espèces, suivant qu'il est simple ou qu'il se complique d'ulcération; dans ce dernier cas, il constitue une affection distincte, que nous décrirons sous les noms d'*ozène* ou de *coryza ulcéreux*.

**Anatomie pathologique.** — Ce n'est guère que chez les très-jeunes enfants qu'on a eu occasion d'examiner les altérations que le *coryza* produit sur la membrane pituitaire. A l'état aigu, on a trouvé celle-ci plus ou moins injectée, rouge, noirâtre, bleuâtre, boursoufflée, épaissie par places, et friable.

Outre ces lésions, on peut trouver sur la muqueuse de Schneider des pseudo-

membranes: elle sont tantôt disséminées sous forme de plaques grisâtres, parfois elles envahissent un des cornets, elles peuvent même tapisser uniformément toute la cavité nasale. Ce *coryza*, nommé pseudo-membraneux, coexiste le plus souvent avec l'angine diphthéritique et avec le croup.

Dans le *coryza* chronique, la muqueuse pituitaire est plus dense; elle est inégale, rugueuse ou mamelonnée à sa surface, et tellement épaissie, que le canal nasal peut en être obstrué ou même oblitéré. Elle est, en général, friable, et présente une coloration d'un blanc opaque ou bien noirâtre, et surtout ardoisée.

**Symptômes.** — Au début, le *coryza* produit une sensation de sécheresse incommode dans les fosses nasales, accompagnée de picotement et de prurit, ce qui provoque de fréquents éternements. Il s'établit par les narines un écoulement plus ou moins abondant d'un mucus transparent, séreux, d'une saveur salée, qui souvent rougit et excorie les narines ainsi que la lèvre supérieure; l'odorat est diminué ou même tout à fait éteint. A cette période, on voit souvent apparaître de nouveaux symptômes dépendants de l'extension de la phlegmasie. Lorsqu'en effet celle-ci se propage aux sinus frontaux, les malades accusent une céphalgie frontale gravative, qui s'exaspère par les mouvements et les secousses du corps, et qui parfois est assez incommode pour rendre impossible tout travail intellectuel. Plus rarement l'inflammation s'étend dans les voies lacrymales, ce qui produit l'injection de la conjonctive, avec larmoiement et sensibilité vive à l'impression de la lumière. Enfin, si la muqueuse du sinus maxillaire s'enflamme, le malade se plaint d'une douleur assez vive dans la joue correspondante; quelquefois même celle-ci paraît légèrement tuméfiée; il y a un sentiment de tension dans la mâchoire, et souvent les dents qui s'y implantent sont endolories.

Le *coryza* ne produit le plus souvent que ces accidents locaux: cependant il arrive quelquefois qu'il s'accompagne de malaise, d'inappétence et d'un léger mouvement fébrile, précédé ou accompagné de frissons irréguliers. En général, au bout de deux ou trois jours, les symptômes s'amendent, la douleur et la tension diminuent; la fièvre, s'il en existait, cesse; l'écoulement prend plus de consistance, il devient blanc, puis jaunâtre, verdâtre, opaque; il exhale une odeur fade, spermatique; il se détache difficilement, se dessèche rapidement, et produit des croûtes qui, obstruant les fosses nasales, gênent le passage de l'air, et donnent à la voix un timbre nasonné, qui d'ailleurs existe souvent dès le début, et qui s'explique par le boursoufflement de la membrane muqueuse. Cette obstruction des fosses nasales étant beaucoup plus complète chez les nouveau-nés, en raison de l'étroitesse naturelle de ces cavités, il en résulte des accidents plus ou moins graves, qui ont été parfaitement décrits par Billard, dans son livre, et avant lui par M. Rayer (1). L'enfant est obligé de dormir la bouche ouverte; sa respiration est bruyante, sifflante, difficile; son agitation, ses cris et sa physionomie expriment la douleur et la gêne excessive qu'il éprouve. Si on lui présente le sein, l'anxiété et la suffocation redoublent aussitôt; il y a menace d'asphyxie, puisque l'air ne peut plus pénétrer alors ni par les fosses nasales, bouchées par le gonflement de la muqueuse et par les produits sécrétés, ni par la bouche, qui est remplie par le mamelon et par le lait qui s'en écoule: aussi l'enfant, continuellement agité par le besoin de la faim et par l'impossibilité de la satisfaire, tomberait dans l'épuisement, et finirait par succomber si l'on ne cherchait pas à l'alimenter autrement.

(1) *Coryza des enfants à la mamelle*. Paris, 1820.

Le coryza pseudo-membraneux est caractérisé par un suintement séro-sanguinolent fétide, nauséux et par l'expulsion de fausses membranes grisâtres. Souvent on peut apercevoir celles-ci en écartant les narines. Cette forme de coryza existe rarement isolée; presque toujours elle accompagne une maladie grave comme l'angine couenneuse ou le croup, ou bien une fièvre éruptive, etc.

Je ne dirai rien du coryza ulcéreux qu'on observe dans la morve, nous en parlerons en détail dans le deuxième volume, lorsque nous décrirons cette affection.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Le coryza a une marche rapide; il se prolonge rarement au delà d'un septénaire. Il a le plus souvent un cours régulier; quelquefois pourtant il présente des exacerbations. Enfin on l'a vu, dit-on, être périodique et ne céder qu'à l'usage du quinquina. Il peut occuper d'emblée les deux fosses nasales; mais presque toujours il offre une intensité inégale dans ces deux cavités; le plus souvent la maladie, d'abord limitée à l'une d'elles, s'étend ensuite à l'autre lorsque déjà la phlegmasie est en décroissance dans la première. Le coryza se termine presque toujours par résolution, il passe parfois à l'état chronique. Chez l'adulte, il a toujours une heureuse issue, ce n'est que chez les enfants à la mamelle qu'on l'a vu se terminer par la mort.

Lorsque le coryza est chronique, qu'il soit primitif ou consécutif à l'état aigu, il n'existe communément aucune douleur, mais seulement un sentiment de gêne dans le nez et de pesanteur à la racine de cet organe. La sécrétion de la membrane muqueuse est augmentée; il s'écoule par les narines un fluide presque toujours épais, opaque, grisâtre, jaune ou vert, inodore, d'une odeur fade, quelquefois d'une fétidité insupportable, bien que la membrane muqueuse ne soit le siège d'aucune altération. Cette fétidité des sécrétions est accidentelle, elle se manifeste à de longs intervalles à l'occasion d'une recrudescence de la maladie, ou bien parce que du mucus longtemps retenu a subi une altération. Il est ordinaire que les malades aient la conscience de l'odeur qu'ils exhalent, c'est ce qui prouve d'ailleurs que l'altération est circonscrite ou qu'elle ne siège pas sur les cornets supérieurs où s'irradient surtout les nerfs olfactifs. M. Cazenave (de Bordeaux) fait observer que les individus atteints de coryza chronique n'ont jamais la voix pure, et qu'ils se fatiguent promptement en parlant et en chantant. Ils dorment habituellement la bouche entr'ouverte, ce qui les prédispose à l'angine granulée. Le coryza chronique ne s'accompagne jamais d'accidents généraux. Il a une marche lente, irrégulière; et l'on observe souvent des exacerbations qui peuvent persister chaque fois une ou deux semaines. Outre ces exacerbations, il existe des variations en quelque sorte instantanées dans le degré de l'encliffement. D'un moment à l'autre, la narine est ou plus libre ou plus embarrassée, ce qui peut tenir à du mucus accumulé, ou bien à un boursofflement occasionné par une congestion de la muqueuse. La durée du coryza est indéterminée. La maladie peut continuer toute la vie sans altérer notablement la santé générale; elle peut, à la longue, amener une suppuration dans l'épaisseur de la cloison; cet effet pourtant est assez rare, il succède plus communément à une contusion du nez.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du coryza aigu ne présente pas de difficulté. Il faut savoir seulement que cette affection n'est pas toujours idiopathique, mais qu'elle est souvent la conséquence d'un état général: c'est ce que l'on voit, par exemple, dans la rougeole. Le coryza des nouveau-nés est caractérisé par la suffocation qui accompagne l'action de teter. Cet accident pourrait être produit par un vice de conformation de la bouche, de la langue, des fosses nasales et du mamelon; mais, dans ces cas, on aura égard d'abord aux résultats

fournis par l'inspection directe des parties. Dans le coryza, en effet, on trouvera une légère tuméfaction du nez, avec couleur luisante de la peau, avec rougeur et boursofflement de la muqueuse. Les enfants respirent uniquement par la bouche, qui reste entr'ouverte, la déglutition des liquides s'opère, pourvu qu'on les donne par cuillerées. On remarquera, en outre, que si les troubles qu'on constate tenaient à un vice de conformation, l'impossibilité de teter remonterait à la naissance, tandis que, lorsque les accidents dépendent d'un coryza, on apprend que l'enfant tétait librement avant l'invasion de la maladie.

Un écoulement sanguinolent, l'odeur fétide qu'il exhale, l'examen des fosses nasales, l'expulsion des pseudo-membranes, feront aisément reconnaître le coryza diphthéritique.

Le coryza chronique pourrait être confondu avec des polypes muqueux; mais lorsque ceux-ci existent, l'encliffement ne suit pas la même marche que dans le coryza; il augmente dans les temps humides, ne produit pas ou à peine d'écoulement; enfin, l'inspection des fosses nasales finit bientôt par faire constater la présence des corps étrangers. Un abcès de la cloison ne saurait non plus en imposer en raison de la tuméfaction, de la douleur tensive que les malades accusent, et de la possibilité qu'il y a de constater la fluctuation. Il n'est besoin ici que de prévenir le lecteur, pour qu'il ne regarde pas comme appartenant au coryza chronique l'impétigo des narines, caractérisé par l'éruption à l'orifice de celles-ci de petites pustules qui sont remplacées bientôt par des croûtes.

Les qualités des matières excrétées révèlent souvent l'état anatomique de la membrane de Schneider. Lorsque les mucosités sont habituellement puriformes et fétides, on devra redouter qu'il n'existe quelque ulcération dans le nez.

**Pronostic.** — Le coryza n'offre de gravité que chez l'enfant nouveau-né ou à la mamelle, ou bien lorsqu'il est pseudo-membraneux, car nous avons vu que, dans ce dernier cas, il était toujours accompagné d'autres lésions sérieuses et symptomatiques du même empoisonnement.

**Étiologie.** — La pituitaire est de toutes les muqueuses celle qui s'enflamme le plus souvent. Quoique le coryza soit une affection commune à tout âge, il paraît pourtant qu'il règne surtout dans l'enfance et chez les jeunes sujets. Il se montre souvent d'une manière épidémique après les variations brusques de température ou au commencement des froids rigoureux. L'iodure de potassium administré à l'intérieur provoque fréquemment un coryza très-incommode, mais d'une durée courte. Le coryza chronique a été regardé comme appartenant spécialement aux enfants lymphatiques. Il a été plusieurs fois consécutif à l'habitation dans les lieux humides, à la suppression de la sueur des pieds, à l'habitude d'aller nu-tête, à l'usage du tabac, etc.; enfin, suivant quelques auteurs, le coryza chronique serait fréquemment, chez les enfants à la mamelle, une manifestation de la syphilis: MM. Trousseau et Lasègue ont surtout soutenu cette opinion. Une idée assez répandue en Allemagne est que le coryza est contagieux; mais cette doctrine n'a aucune espèce de fondement. Je ne parle que du coryza simple, car il est inutile de dire qu'il n'en est pas de même de celui qui est pseudo-membraneux; ce dernier est contagieux au même degré que le croup et que l'angine couenneuse.

**Traitement.** — Le coryza aigu n'exige presque jamais un traitement actif, du moins chez l'adulte. Si la céphalalgie est vive, il convient de conseiller l'usage de pédiluves et de manulaves irritants; on évitera toujours l'action du froid et le régime sera doux. Si le liquide qui s'écoule irrite le nez et les lèvres,

on oindra ces parties avec de l'huile d'amandes douces ou avec la pommade de concombre, qu'on portera même profondément dans le nez. Le traitement préconisé par le docteur Williams, consistant dans l'abstinence complète des boissons pendant trente-six ou quarante-huit heures, ne saurait être adopté, car ce serait faire subir un véritable supplice pour une maladie de peu d'importance. Les fumigations émollientes, que beaucoup de personnes conseillent, nous ont paru comme à Chomel être le plus souvent nuisibles; en effet, elles exaspèrent ordinairement la céphalalgie, et rendent la respiration plus difficile, en augmentant le boursoufflement de la muqueuse. Cependant les fumigations émollientes pourraient être utiles s'il existait une grande sécheresse des narines et si cet état était désagréable pour les malades. Si le coryza affecte un nouveau-né, et s'il est assez intense pour produire l'occlusion presque complète des narines, il faudra remplacer l'allaitement naturel, devenu dès lors impossible, en donnant le lait par petites cuillerées à café, ce qui, ne nécessitant pas une occlusion parfaite de la bouche, permet encore l'introduction d'une quantité d'air suffisante pour l'hématose. On pourra, en même temps, employer un laxatif et quelques révulsifs sur les extrémités, tels que des cataplasmes chauds ou bien des sinapismes mitigés; les enfants seront maintenus au milieu d'une température douce.

Dans ces derniers temps, M. Teissier (de Lyon) a proposé d'appliquer au coryza le traitement abortif, qui réussit, si généralement contre les phlegmasies de plusieurs autres membranes muqueuses. Il conseille d'introduire dans les narines un petit bourdonnet de charpie trempé dans une solution de 25 à 30 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, et de le promener pendant six ou huit secondes sur la partie antérieure et inférieure de ces cavités. Il faut quelquefois renouveler l'application plusieurs jours de suite; cependant une seule a réussi parfois à enlever un coryza après dix ou douze heures. Je doute cependant que cette méthode réussisse le plus souvent, à cause de la difficulté qu'il y a à promener le caustique sur toute la surface malade. Il faut pourtant l'essayer dans le coryza pseudo-membraneux; on a dit aussi d'insuffler alors de l'alun et du calomel. On pourrait encore donner à l'intérieur le chlorate de potasse qui, s'éliminant un peu par la muqueuse nasale, pourrait en modifier la sécrétion, comme cela arrive pour la muqueuse buccale dans la stomatite ulcero-membraneuse.

Dans le coryza chronique, on fera d'abord cesser l'action des causes qui l'ont produit ou qui l'entretiennent. On administrera quelques boissons sudorifiques et quelques laxatifs; on fera dans les fosses nasales des fumigations, d'abord émollientes, puis aromatiques. Si ces moyens échouent, on appliquera un vésicatoire à la nuque, ou bien encore on établira une dérivation sur un organe voisin, tel que la bouche, à l'aide de masticatoires plus ou moins puissants, comme le serait du tabac. Dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté la médication topique portée sur l'organe malade; on a surtout préconisé dans ce but les préparations mercurielles, comme le calomel, ou l'oxyde rouge mêlés à parties égales de sucre ou de gomme. Le sous-nitrate de bismuth a parfois été utile dans les mêmes cas. On a encore employé les cautérisations avec le nitrate d'argent: nous en parlerons dans l'article suivant. Enfin, si l'on reconnaissait que le coryza chronique est une des manifestations de la syphilis, on lui opposerait le traitement spécifique que nous exposerons dans le tome II, en traitant des maladies vénériennes.

## DE L'OZÈNE

SYNONYMIE. — Coryza ulcèreux, rhinite ulcèreuse, punaisie, etc.

Nous donnons le nom d'ozène ou de *coryza ulcèreux* à une forme de la rhinite anatomiquement caractérisée par des ulcérations de la pituitaire. Quelques auteurs ont signalé la fétidité des narines comme constituant le caractère distinctif de la maladie; mais c'est là un accident commun à plusieurs affections des fosses nasales (telles que coryza simple et ulcèreux, vice de conformation, etc.); on ne saurait, par conséquent, en faire un signe pathognomonique; cependant il est assez important pour qu'on doive, dans la description, diviser les ulcérations des fosses nasales en *fétides* et en *non fétides*.

**Caractères anatomiques.** — Lorsqu'on examine les fosses nasales dans le coryza ulcèreux, on trouve la membrane muqueuse épaissie, gonflée, mamelonnée, friable, décollée par un pus fétide, et détruite dans différents points. Les ulcérations sont très-variables quant à leur siège, à leur nombre, à leur étendue et à leur aspect. Les unes sont petites, n'intéressant que la membrane muqueuse; elles siègent ordinairement, suivant Boyer, à la partie antérieure de la cloison, au point de réunion des portions cartilagineuse et osseuse. Les autres se rencontrent le plus communément à la racine du nez, sur la muqueuse qui tapisse les os propres et le vomer. Quelquefois petites, et alors très-nombreuses, il est plus commun de n'en voir qu'une, deux ou trois au plus, mais très-larges. Les unes sont superficielles; les autres, profondes, pénètrent jusqu'à l'os, qui, à ce niveau, est carié, ramolli ou nécrosé. Les bords de ces solutions de continuité sont très-irréguliers. Un mucus puriforme, sanguinolent, et des croûtes brunes, noirâtres, obstruent les fosses nasales, qui exhalent le plus souvent une odeur fétide. Enfin, on peut trouver des désordres plus grands encore, comme la destruction des os propres du nez, de la cloison, du vomer; le nez lui-même peut être détruit en totalité ou en partie.

**Symptômes.** — Le coryza ulcèreux succède quelquefois au coryza aigu, ou bien son début est obscur et ne diffère en rien, par ses symptômes comme par sa marche, du coryza chronique, dont nous avons précédemment parlé. Le malade, en effet, est habituellement enchifrené; il mouche beaucoup de mucus épais, jaunâtre, verdâtre, purulent; il éprouve de la gêne, rarement de la douleur, dans les fosses nasales. Celles-ci sont obstruées par des croûtes adhérentes, que la plupart des malades arrachent avec leurs doigts, ce qui produit parfois un suintement sanguin; l'inflammation augmente à la suite de ces manœuvres, qui, répétées fréquemment, peuvent rendre la guérison difficile ou impossible. Cependant, dans une forme plus grave de la maladie, le fluide qui s'échappe est ichoreux, fétide, et l'air qui traverse les fosses nasales pendant l'expiration est lui-même imprégné de cette odeur pénétrante, insupportable, qu'on a comparée à celle de la sueur des pieds ou des macérations anatomiques, ou bien à celle d'une punaise écrasée; de là le nom de *punaisie* donné à la maladie, et celui de *punais*, sous lequel on désigne quelquefois les malades. Lorsque l'ulcération s'étend aux os ou aux cartilages du nez, on voit cet organe se tuméfier, se déformer et devenir d'un rouge violacé. En pressant à ce niveau avec les doigts, on constate souvent de l'empatement, de l'œdème, une sorte de crépitation due à l'altération des os propres, qui finissent par se détacher et sortir, soit par les fosses nasales, soit par une ulcération des té-

guments. Dans ce cas, le nez s'affaisse à sa base, tandis que sa pointe se relève, ce qui donne à la face quelque chose d'ignoble et de hideux.

Presque toujours il existe chez les punais, pour expliquer l'horrible odeur qu'ils exhalent, un état pathologique des solides (inflammation, ulcérations de la muqueuse, caris des os, vice de conformation, étroitesse des narines, aplatissement du nez). Cependant dans quelques cas exceptionnels, les individus atteints de cette horrible infirmité ont toutes les apparences d'une belle constitution; leur nez est bien conformé; leur muqueuse nasale aussi, lorsqu'on peut l'examiner, semble intacte, et à en juger par le mucus qu'elle exhale on la dirait exempte de toute altération. Les malades dont nous parlons auraient-ils, en vertu d'une disposition inconnue, la fâcheuse prérogative de sécréter normalement, sans lésion appréciable du tissu, un mucus nasal infect, comme nous en voyons tant d'autres dont la sueur des pieds, des aisselles, exhale une odeur des plus désagréables, bien que la peau de ces parties ne diffère en rien de celle du commun des hommes?

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Le coryza ulcéreux a toujours une marche chronique : cependant il peut présenter de temps en temps des exacerbations qui lui donnent momentanément l'apparence d'une maladie aiguë. Cette affection, qui n'a pas de tendance à guérir spontanément, a presque toujours une durée longue, indéterminée. Elle rend souvent la vie incommode, insupportable, mais elle ne l'abrège pas sensiblement; lorsque la mort survient, c'est toujours par suite de quelque complication.

**Diagnostic.** — Nulle difficulté pour distinguer l'ozène des odeurs désagréables ou infectes ayant leur cause dans la bouche. Lorsqu'il n'existe que de l'enchevêtrement, ainsi qu'un écoulement jaune, verdâtre ou purulent, il est impossible de dire si le coryza est simple ou bien s'il est ulcéreux. La fétidité des narines n'est pas non plus un caractère distinctif, puisque nous avons vu qu'on pouvait l'observer dans les deux formes de la maladie, et même chez les individus qui ont la base du nez aplatie, les fosses nasales étroites et vicieusement conformées. L'inspection seule des parties, comme la pratique M. J. J. Cazenave, pourrait pourtant permettre d'établir le véritable caractère de la maladie, s'il est vrai qu'on puisse manœuvrer comme l'indique le médecin de Bordeaux. Quoi qu'il en soit, M. le docteur Cazenave procède à l'examen en plaçant d'abord son malade en face d'une croisée bien éclairée; il lui renverse la tête en arrière et fait parvenir les rayons lumineux aussi profondément que possible. S'il existe des croûtes, il fait des lotions et des fumigations émollientes, afin de les détacher sans effort. Si cette exploration ne fait rien découvrir, M. Cazenave prend un stylet mousse, flexible et recourbé à son extrémité en forme de crochet; il l'introduit dans la fosse nasale aussi profondément que possible; puis en le ramenant d'arrière en avant, et en lui faisant exécuter de légers mouvements de rotation, il explore avec l'extrémité mousse toute la surface de la membrane pituitaire. Celle-ci est-elle exempte d'ulcérations, le stylet glisse sans sentir d'inégalités; mais si, au contraire, la membrane offre des solutions de continuité, l'extrémité de l'instrument est retenue par les bords de l'ulcération. L'exploration dont je parle devra surtout être faite sur la partie de la cloison qui est voisine de la racine du nez, puisque nous avons vu que c'était le siège de prédilection des ulcérations. Mais il nous semble fort douteux qu'on puisse arriver par ce moyen à un résultat utile, et d'ailleurs, jusqu'à présent, personne, que nous sachions, n'a vérifié les assertions du médecin de Bordeaux.

C'est encore par l'inspection qu'on pourra différencier le coryza ulcéreux

d'avec un polype, d'avec l'inflammation phlegmoneuse ou les abcès de la cloison, ainsi que nous l'avons exposé plus haut. Je ne dirai rien du coryza qui accompagne la morve et le farcin chroniques; car c'est le symptôme d'une affection générale qui, comme nous le verrons plus tard, a des caractères particuliers.

Enfin, le coryza ulcéreux diagnostiqué, il faut reconnaître sa nature. S'il y a peu de douleur, si le mucus nasal est peu altéré, s'il n'exhale, non plus que l'air, aucune odeur fétide, il est probable qu'il n'existe qu'une ulcération simple, dont la guérison sera facile. Mais si l'odeur est fétide, si l'écoulement nasal est ichoreux, purulent, on devra regarder l'ulcère comme étant plus grave, et l'on recherchera alors s'il n'est pas symptomatique d'un état constitutionnel, tel que syphilis et scrofule; on éclaircira ce problème par l'étude des commémoratifs et des symptômes concomitants.

**Pronostic.** — Si le coryza ulcéreux ne compromet pas l'existence, il constitue du moins une affection incommode, répugnante, et qui peut produire à la longue une déformation et même une mutilation.

**Étiologie.** — Le coryza ulcéreux est rare avant dix ans; on l'observe surtout dans la jeunesse et dans l'âge adulte; on ignore quelle est l'influence du sexe; il a paru être parfois héréditaire. Une constitution molle, scrofuleuse, semble y prédisposer, on ne sait pas précisément si les personnes qui sont sujettes aux coryzas aigus y sont plus exposées que d'autres. Quant aux causes occasionnelles, elles nous sont inconnues dans la plupart des cas; toutefois il est hors de doute que l'ozène a été plusieurs fois consécutif à l'extirpation ou à l'arrachement des polypes; d'autres fois la maladie semble être un accident de la scrofule; enfin, plus souvent encore, l'ozène est produit par la syphilis constitutionnelle. C'est surtout lorsqu'il reconnaît cette cause qu'on observe la destruction des os et des cartilages du nez.

**Traitement.** — On a conseillé un grand nombre d'agents thérapeutiques contre le coryza ulcéreux. Il faut, lorsque les accidents aigus existent, les combattre par le traitement antiphlogistique et par les révulsifs, par des lotions, des injections et des fumigations émollientes; c'est par ce dernier moyen qu'on provoquera la chute et l'issue des croûtes qui obstruent les fosses nasales, et qui sont une cause permanente d'irritation: les malades ne devront jamais les arracher. Plus tard on a recours aux injections détersives, avec les eaux sulfureuses naturelles, avec le chlorure de calcium ou de sodium (2 grammes pour 150 à 200 grammes d'eau d'orge), avec une décoction de roses rouges ou avec une solution de sous-acétate de plomb. On peut aussi faire, soit avec celui-ci, soit avec le minium et la céruse, une pommade, un cérat, que l'on introduit dans le nez à l'aide d'un pinceau ou d'une tente, ou bien encore on fait priser du sous-nitrate de bismuth et du chlorate de potasse. Depuis près d'un siècle les mercuriaux ont été administrés à différentes époques contre le coryza ulcéreux non syphilitique. On a conseillé le précipité blanc, le précipité rouge, le calomel mêlés à parties égales de sucre porphyrisé, ou bien on fait des injections dans le nez avec des liquides de compositions différentes. On emploie surtout les astringents (solutions plus ou moins faibles d'alun, de tannin, de sulfate de cuivre ou de zinc); des modificateurs topiques plus énergiques, comme une solution faible de nitrate d'argent ou de sublimé (2 à 5 centigrammes pour 100 grammes), dose qu'on pourra dépasser plus tard; on pourra encore employer la teinture d'iode très-affaiblie, une solution de chlorate de potasse. Si l'ozène est de nature vénérienne, il faudra soumettre le malade à un traitement mercuriel régulier, auquel on associera l'usage des

sudorifiques. La constitution scrofuleuse exigera à son tour l'emploi des toniques, des ferrugineux, de l'huile de foie de morue.

Les injections médicamenteuses seront toujours précédées d'une injection à grand courant pour déblayer les parties et mettre la muqueuse dans de bonnes conditions pour être influencée par le liquide médicamenteux. Ces injections, répétées deux fois par jour, sont d'ailleurs un excellent palliatif. M. Maison-neuve les a recommandées avec juste raison. Il est d'ailleurs fort remarquable de voir l'eau poussée vivement dans une des narines, lorsque la tête est légèrement inclinée en bas, ne pas pénétrer dans la gorge et revenir en partie par la narine opposée, vers laquelle le courant est dirigé par le voile du palais qui en se relevant forme une espèce de gouttière.

## DE L'OTITE

Sous le nom d'*otite* on comprend toutes les inflammations de l'intérieur de l'oreille. On les divise, d'après leur siège, en *externes* et en *internes*. Dans le premier cas, la phlegmasie, bornée au conduit auditif externe, ne dépasse pas la membrane du tympan; dans le second, elle occupe une ou plusieurs des parties qui constituent l'oreille interne. Eu égard à sa marche, on divise encore l'otite en *aiguë* et en *chronique*.

**Caractères anatomiques.** — Dans l'otite aiguë externe, la peau fine qui tapisse le conduit auditif est injectée, rouge et souvent assez tuméfiée pour oblitérer tout à fait le canal; elle a alors l'aspect d'une membrane muqueuse. On peut voir à sa surface des vésicules, des pustules, de petits abcès et des ulcérations; quelquefois elle est décollée par du pus, et il est commun alors de trouver les cartilages subjacents ramollis et perforés. Les os, au contraire, sont rarement altérés; souvent la membrane du tympan est perforée ou détruite. Dans l'otite interne, on trouve les différentes parties constituant l'oreille interne, notamment la cavité du tympan, les cellules mastoïdes, le conduit d'Eustachi, tapissées par une muqueuse rouge, boursoufflée, ramollie, ulcérée; ces cavités et les canaux demi-circulaires eux-mêmes sont parfois remplis d'une matière sanieuse et purulente; enfin, les os finissent bientôt par être attaqués à leur tour. Ces lésions sont bien autrement graves et profondes dans l'otite chronique, plus généralement désignée sous le nom d'*otorrhée purulente*. Ici, en effet, on trouve des végétations fongueuses dans le conduit auditif externe; la membrane du tympan est complètement détruite, et les osselets de l'ouïe sont détachés, libres, ou bien il n'en existe plus de trace, la suppuration les ayant entraînés pendant la vie. Les os sont cariés dans un ou plusieurs points; on observe surtout la carie de l'apophyse mastoïde et celle du rocher au voisinage des canaux demi-circulaires: le conduit auditif interne est beaucoup plus rarement atteint. Dans les cas où le rocher est carié, nécrosé, vermoulu dans toute son épaisseur, on observe souvent des lésions graves vers le cerveau et ses membranes. La dure-mère peut alors être noirâtre, détachée de l'os, et la portion correspondante du cerveau être ramollie ou devenue le siège d'un vaste abcès, le plus souvent enkysté, dont la cavité communique quelquefois avec l'intérieur de l'oreille à l'aide de plusieurs ouvertures ou pertuis du rocher. Les désordres pourtant n'ont pas toujours cette étendue ni cette gravité. Souvent, en effet, l'inflammation chronique de l'oreille moyenne est seulement caractérisée par un épaississement, par un boursoufflement de la muqueuse, avec accumulation de concrétions diverses à sa surface. Mais une des altérations les plus fréquentes, au rapport du docteur Toynbee, ce serait la formation

de brides membraneuses dans les différentes parties de la cavité du tympan; elles sont parfois si nombreuses, d'après lui, qu'elles la remplissent presque tout entière. Ces adhérences sont surtout très-prononcées entre les jambes de l'étrier et les parois contiguës de la cavité du tympan. Il doit en résulter, on le comprend aisément, un trouble plus ou moins profond dans les fonctions de l'organe de l'ouïe. (Tome VIII des *Transact. méd.-chir. de Londres*, année 1845.)

**Symptômes. Marche de l'otite aiguë.** — 1° *Otite externe.* — Dans sa forme la plus légère, c'est-à-dire dans l'inflammation érysipélateuse du conduit auditif, lorsque la rougeur ne s'accompagne d'aucune tuméfaction, les malades accusent dans l'oreille un peu de chaleur, et surtout un prurit incommodé. Bientôt surviennent quelques élancements avec des douleurs de tête: il y a des bourdonnements, puis de la surdité, et le méat rougit. Dans cette affection on voit des squames peu épaisses se former, et le cérumen, plus consistant, devenir parfois brunâtre et même noir; ailleurs il est blanchâtre et quasi fluide; sa sécrétion peut être augmentée. C'est souvent à la suite de cette inflammation légère que se forment dans le conduit auditif des espèces de bouchons ou de tampons durs comme un morceau de craie, qui irritent, enflamment la portion du conduit avec lequel ils sont en contact, parfois la membrane du tympan elle-même, qu'on a vue être perforée de manière à permettre au bouchon cérumineux de pénétrer dans l'oreille moyenne. Le plus souvent ces corps étrangers, outre la surdité, ne provoquent guère qu'un écoulement plus ou moins puriforme.

Ces concrétions de l'oreille ont souvent les apparences des calculs biliaires; ils ne sont pas seulement constitués par du cérumen et par les débris épidermiques, mais, comme Ménière le fait remarquer, on y trouve encore une grande quantité de poils roides et courts, qui peuvent provenir en partie du tragus et des bulbes pilifères qui garnissent l'orifice du méat externe; ce médecin croit aussi que l'inflammation de la peau du conduit auditif peut provoquer le développement de ces villosités.

Dans une forme plus intense de l'otite, le conduit auditif est le siège d'une chaleur brûlante; souvent il y a des élancements, il est plus ou moins rétréci, et l'on voit sur le méat des vésicules et des pustules d'un petit volume, ou des espèces de végétations fongueuses ou charnues; la peau rouge et sèche sécrète bientôt un liquide séreux ou mucoso-purulent. Cette espèce d'otite, dans laquelle le tissu glandulaire est peut-être plus spécialement atteint, a été nommée *catarrhale*; elle persiste souvent des années entières sans s'étendre, dit Kramer, au delà de l'épaisseur de la peau, sans gagner les os, sans provoquer la perforation de la membrane du tympan, qui pourtant est rouge; mais il arrive néanmoins quelquefois que sous l'influence d'un refroidissement, la phlegmasie se propage à l'oreille interne, et jusqu'au cerveau lui-même. Chez quelques sujets l'écoulement peut cesser tout à fait, de manière à faire croire à une guérison complète; mais si en pareil cas, dit Kramer, on examine le fond du conduit auditif à l'aide du spéculum, on trouve les parties intérieures toujours altérées, le fluide sécrété est plus épais; il s'accumule et se condense profondément.

Dans une troisième forme d'otite, l'inflammation devient phlegmoneuse, c'est-à-dire qu'elle gagne jusqu'au tissu cellulaire. Les malades ressentent alors des douleurs vives, lancinantes, qui leur arrachent des cris; l'ouïe de ce côté est diminuée ou perdue: les malades se plaignent d'éprouver des bourdonnements et des sifflements, par suite du gonflement de la membrane qui obstrue

ou qui oblitère le conduit. En même temps, il existe un état de malaise, quelquefois une fièvre intense avec céphalalgie, avec hémicrânie. Si la douleur d'oreille est très-vive, et si le sujet est nerveux, il peut survenir du délire. Cependant, vers le troisième ou le quatrième jour, les symptômes diminuent d'intensité, et cet amendement coïncide presque toujours avec l'écoulement d'un pus inodore ou fétide, qui a lieu par le conduit auditif, et qui s'arrête généralement au bout de quelques jours. Parfois la suppuration continue, mais le méat est alors tellement rétréci, que le pus ne peut s'en écouler; ce fluide, s'accumulant dans le conduit auditif, comprime la membrane du tympan et devient une cause de douleurs souvent très-vives.

2° *Inflammation aiguë de la membrane du tympan ou myringite.* — Cette maladie, dit Kramer, débute tout à coup; elle donne lieu à une douleur plus ou moins vive, occupant le fond du méat, s'étendant au sommet du pharynx et au cou; elle s'accompagne ordinairement de bourdonnements et de bruits variés. La membrane du tympan mise à découvert à l'aide du spéculum est rouge par places; lorsque la maladie est plus aiguë, toute la membrane est envahie; elle est d'un rouge vif et hérissée d'une foule de petites saillies glandulaires. Sa dépression centrale est effacée et l'on ne distingue plus l'insertion du manche du marteau. Les malades accusent en même temps des douleurs déchirantes; l'ouïe est faible; il y a de la fièvre, et la sécrétion du cérumen est suspendue. Si la maladie est mal traitée, ou si elle est abandonnée à elle-même, un écoulement puriforme, strié de sang, a lieu par l'oreille. La surdité fait des progrès, et si l'on examine de nouveau l'état de la membrane, on la trouve percée de plusieurs ouvertures qui peuvent n'être pas plus larges que celles que ferait une piqûre d'épingle; mais quelquefois elles ont le diamètre d'un pois. Enfin, dans des cas plus graves encore, les deux tiers du tympan sont détruits et les débris de la membrane sont couverts d'excroissances ou de végétations. Si la maladie est convenablement traitée, la fièvre cesse, les douleurs se calment, les bourdonnements disparaissent; mais la surdité augmente en raison de l'épaississement que subit le tympan par suite d'une infiltration séreuse qui se fait entre les feuilletts membraneux qui le composent. Il peut même subir la transformation cartilagineuse ou osseuse, et devient alors tout à fait insensible au contact des instruments.

3° *Inflammation catarrhale de l'oreille moyenne.* — Cette maladie, soit qu'elle n'affecte qu'une oreille, soit qu'elle atteigne les deux, ne s'accompagne généralement d'aucune douleur; mais les malades ressentent profondément, les uns des démangeaisons, d'autres des craquements; il y a des bourdonnements et de la surdité dans tous les cas. Le cathétérisme de la trompe d'Eustachi et d'insufflation de l'air sont, dit Kramer, les deux moyens indispensables pour arriver à un diagnostic certain. On ne peut, en effet, ajoute le même auteur, conserver le moindre doute sur l'existence d'un engorgement muqueux de la caisse quand l'air qui est poussé par la trompe y arrive et vient éclater derrière le tympan avec un bruit de gros râle humide. Ce diagnostic est encore bien plus positif quand, à la suite de ces phénomènes, le malade remarque qu'il entend mieux. C'est dans ces cas d'engorgement catarrhal que Ménière a noté, comme un phénomène constant et en quelque sorte pathognomonique, une coloration insolite de la membrane du tympan, qui, d'un rouge foncé d'abord, affecte bientôt une couleur plombée et même ardoisée.

L'engorgement de l'oreille moyenne est une affection de longue durée; il se lie souvent à une constitution strumeuse, et succède fréquemment à une affection catarrhale de la gorge et à l'impression du froid humide.

4° *Inflammation de l'oreille interne.* — Sous le nom d'*otite interne* on comprend généralement l'inflammation du tissu cellulaire et du périoste de la caisse. Ici les accidents sont plus graves que précédemment. La douleur d'oreille peut être en effet atroce, intolérable; il y a de la fièvre, des nausées, des vomissements, une céphalalgie vive, de l'agitation, de l'insomnie, parfois des convulsions, du délire ou du coma. Ces phénomènes ne sont, le plus souvent, qu'un effet sympathique; mais quelquefois aussi ils indiquent une complication inflammatoire du côté des méninges ou du cerveau. En général, dans les cas dont nous parlons, la déglutition et la mastication surtout sont difficiles et douloureuses.

La maladie se termine rapidement par suppuration. Lorsque du pus est accumulé dans la caisse du tympan, on peut, en auscultant l'oreille, entendre souvent pendant les violents efforts d'expiration, et lorsque l'air de la trompe traverse le liquide, une sorte de râle sous-crépitant ou muqueux, et parfois un véritable gargouillement (Ménière). Cependant le pus, après être resté plus ou moins longtemps emprisonné dans l'oreille, finit par se frayer une issue au dehors; souvent il s'échappe brusquement et comme par flots par le conduit auditif externe, après avoir perforé la membrane du tympan; plus rarement il s'écoule par la trompe d'Eustachi; les malades rejettent alors par expectoration une matière puriforme, ce qui entretient dans leur bouche une saveur et une odeur désagréables. Enfin, l'apophyse mastoïde peut se carier et se perforer; le pus alors s'échappe par cette voie après avoir produit un abcès extérieur. La suppuration a plus de tendance à perforer le tympan et à s'écouler par le conduit auditif externe qu'à s'échapper par la trompe, parce que, d'après la remarque d'Itard, dans les maladies de l'oreille moyenne la trompe participe à l'affection au moins neuf fois sur dix. Nous devons noter encore que, lorsque le pus se fraye une issue à travers l'apophyse mastoïde, il arrive parfois, ainsi que l'a noté J. L. Petit, que l'abcès disparaît au moment où l'on s'apprete à l'ouvrir, mais il réparaît avec la même facilité, et cela presque à volonté, en faisant souffler avec force le malade, tandis que la bouche et les narines sont maintenues fermées. Quoi qu'il en soit, il y a dans tous ces cas des altérations plus ou moins profondes dans l'oreille; les osselets sont presque toujours détruits; la membrane du tympan, perforée, se couvre de végétations; le nerf facial est comprimé ou détruit; ce qui produit une hémiplegie faciale.

**Durée. Terminaisons.** — L'otite aiguë peut durer cinq ou six jours; d'autres fois elle se prolonge pendant un mois; au delà de cette époque, on dit qu'elle est chronique.

La forme catarrhale est celle qui a le moins de tendance à se terminer spontanément par la guérison. Lorsque l'inflammation n'atteint que le conduit externe, les malades guérissent complètement. Cependant il arrive parfois qu'ils conservent pendant longtemps un peu de dureté de l'ouïe, ce qui dépend probablement de l'épaississement de la membrane tympanique. Mais, à la suite de l'otite interne, il est rare que les malades ne restent pas avec une ouïe dure; souvent même ils sont complètement sourds. Quelques-uns succombent à la violence des accidents cérébraux.

**Symptômes. Marche. Suite de l'otite chronique.** — L'otite chronique peut succéder à un état aigu ou bien être primitive. A l'instar de l'inflammation aiguë, elle peut être *externe* ou *interne*, être bornée au conduit auditif ou intéresser aussi la membrane tympanique. L'otite érythémateuse chronique se caractérise seulement par du prurit, par une altération du cérumen, et par la formation de concrétions au fond du conduit auditif. C'est cette forme de la maladie

que quelques auteurs ont nommée *sèche*, parce qu'elle ne s'accompagne, en effet, d'aucune sécrétion morbide. Dans ce cas, le conduit auditif externe est d'un rouge vif et ne sécrète presque pas de cérumen; l'ouïe est plus ou moins altérée.

Si l'otite est catarrhale ou phlegmoneuse, on voit, par suite du passage de la maladie à l'état chronique, le conduit auditif rempli de végétations fongueuses, et la peau qui le tapisse épaissie, inégale, ce qui produit une surdité plus ou moins complète. Beaucoup des malades dont nous parlons n'éprouvent aucune douleur; leur maladie consiste surtout en un écoulement d'un pus jaune ou grisâtre, abondant, avec bruissement et dureté de l'ouïe. Si la membrane du tympan est en même temps affectée, le *speculum auris* fait constater qu'elle est opaque, épaissie, inégale; souvent elle est perforée, surtout au-devant ou au-dessous de la longue branche du marteau. Lorsque cette altération existe, on voit l'air sortir en bouillonnant ou avec sifflement par le conduit auditif externe aussitôt qu'on fait souffler fortement le malade, comme dans l'action de se moucher; il faut avoir soin alors de serrer le nez entre les doigts pour empêcher l'air de sortir par les narines et pour le forcer à s'insinuer dans l'oreille par l'ouverture de la trompe d'Eustachi.

Lorsque l'oreille interne est envahie, l'ouïe est presque toujours entièrement perdue, à cause des graves désordres qui existent; la suppuration est alors plus abondante; elle est grisâtre, sanieuse, noirâtre, fétide, mêlée à des fragments d'os, qu'on reconnaît pour être le plus souvent les osselets de l'ouïe cariés ou nécrosés. Si le rocher est altéré, on peut observer divers accidents; chez quelques malades, c'est une paralysie faciale lorsque, la lésion occupant l'aqueduc de Fallope, le nerf de la septième paire se trouve comprimé et quelquefois même détruit. Beaucoup plus rarement le ganglion de Gasser ayant disparu par les progrès de l'altération, on observe une paralysie du sentiment dans la moitié correspondante de la face. La carotide interne elle-même, participant à l'altération du tissu osseux, peut se ramollir, se déchirer et donner lieu, comme je l'ai vu en 1858, à des hémorrhagies extrêmement abondantes (1). Enfin, si le rocher se trouve altéré dans toute son épaisseur, on pourra voir se manifester des symptômes cérébraux, tantôt d'une manière aiguë s'il y a encéphalite ou méningite, tantôt lentement si un abcès enkysté se forme. Dans l'un et l'autre cas, la sécrétion du pus diminue ordinairement, ce qui s'explique par le travail inflammatoire du cerveau, qui agit sur l'oreille comme un moyen révulsif. C'est dans ces mêmes cas que M. Bruce (de Liverpool) a vu survenir quelquefois l'inflammation des sinus de la dure-mère, ce que l'on concevra aisément si l'on se rappelle les rapports des sinus pétreux avec l'angle supérieur du temporal, et lorsqu'on sait que les sinus latéraux logés dans une gouttière profonde de la face postérieure de l'os ne sont séparés que par une légère cloison osseuse des cellules mastoïdiennes et de la cavité du tympan.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'otite externe ne peut présenter aucune difficulté. Cependant on voit assez souvent commettre des erreurs grossières.

(1) Un phthisique atteint depuis longtemps d'une surdité et d'un écoulement fétide par l'oreille, eut, dans les deux dernières semaines de la vie, des hémorrhagies artérielles par le conduit auditif externe gauche. La quantité de sang rendue s'est élevée plusieurs fois à plus d'un litre. Il suffisait de boucher l'orifice externe pour arrêter l'écoulement du sang, et jamais celui-ci ne s'est frayé une issue par la trompe d'Eustachi. Ces hémorrhagies que le malade désirait plutôt qu'il ne les redoutait, parce qu'elles le soulageaient momentanément des douleurs existant dans l'oreille, hâtèrent pourtant beaucoup la terminaison fatale. A l'autopsie, j'ai trouvé le rocher tout entier carié, la dure-mère commençant même à être altérée. Un trait de scie ayant divisé l'os obliquement, on s'assura que la carotide interne était ouverte largement, ses parois étaient noires et friables.

Fréquemment, en effet, on regarde comme atteints de surdité incurable des individus qui, par suite d'une otite superficielle, ont dans le fond du conduit auditif un amas de matière cérumineuse plus ou moins desséchée, et qui mêlée à des lamelles épidermiques et à des poils courts et roides, forme un bouchon qui rend l'ouïe dure, ou qui même l'abolit tout à fait. Pour découvrir ce corps étranger et l'état anatomique de la membrane du conduit, il suffit souvent, comme le dit Kramer, de tirer l'oreille en haut et en arrière, et d'exposer l'orifice du méat aux rayons du soleil. Mais mieux vaut encore se servir du *speculum auris*, qui fait aisément découvrir la cause de la surdité. Son emploi exige de grandes précautions chez les enfants très-jeunes, car enfoncé trop avant il blesserait aisément la membrane du tympan. On sait que dans le jeune âge la portion osseuse du conduit auditif manque ou est peu développée.

L'inflammation de la membrane du tympan, surtout à l'état chronique, est presque toujours méconnue, parce que rarement on examine l'organe malade, et cependant ce n'est que par l'application du *speculum* qu'on peut arriver à la constatation de la lésion. Lorsqu'en effet il n'y a encore aucun écoulement, la violence de la douleur et les accidents cérébraux qui existent pourraient faire croire à une méningite. Mais, dans l'otite, la douleur, quelque générale qu'elle soit, siège surtout dans l'oreille. La pression exercée sur l'os temporal, et surtout sur l'apophyse mastoïde, l'exaspère; il en est de même des mouvements de la mâchoire. Les bourdonnements d'oreille, la surdité et les résultats de l'auscultation permettent aussi d'établir le diagnostic de la maladie. Ces caractères différencient encore l'otite de l'*otalgie*, sorte de névralgie d'un des nerfs de l'oreille (nerf acoustique, corde du tympan, rameau anastomotique de Jacobson); car, dans l'*otalgie*, il y a une douleur vive, atroce, qui se développe subitement et cesse de même. Lorsque du pus s'échappe au dehors, on ne peut plus conserver de doute sur la nature de la maladie; cependant il importe d'être prévenu que la suppuration peut être évacuée par la trompe d'Eustachi. Ajoutons encore que l'*otalgie* est une maladie excessivement rare, si rare qu'un homme d'une vaste expérience, comme le docteur Kramer, en conteste même l'existence. Ce célèbre médecin auriste déclare, en effet, n'avoir jamais vu de douleurs aiguës dans les oreilles qui ne dépendissent de lésions inflammatoires bien reconnaissables, soit dans les parois du canal, soit à la membrane du tympan. De là la nécessité, dans tous les cas de douleurs d'oreilles, et généralement dans tous les troubles de l'ouïe, d'explorer l'organe à l'aide du spéculum. Il importe encore, pour le pronostic, de déterminer avec le plus grand soin l'étendue des désordres. Pour y parvenir, on n'a qu'à se rappeler ce que nous avons dit plus haut sur les signes qui annoncent la perforation du tympan et la carie du rocher.

**Pronostic.** — L'otite externe, qui est superficielle et qui a pour effet de produire des concrétions cérumineuses, est sans gravité. Il en est de plus souvent de même des otites catarrhale et phlegmoneuse. Cependant il n'est pas très-rare de voir survenir consécutivement des lésions graves qui altèrent l'ouïe pour toujours. L'otite externe peut être fâcheuse aussi par son extension au tympan et à l'oreille moyenne. L'otite externe qui est partielle, celle qui se concentre au fond du méat, au pourtour de la membrane du tympan, est souvent incurable, car celle-ci est fréquemment épaissie et indurée ou perforée. L'otite interne constitue toujours une affection grave, puisqu'elle occasionne presque nécessairement une infirmité incurable, et que souvent elle a une issue funeste, par suite de l'extension de la phlegmasie aux centres nerveux.

**Étiologie.** — L'otite affecte surtout les enfants et les jeunes gens. On dit que les scrofuleux y sont davantage prédisposés; mais les plus nombreux écoulements d'oreilles qu'on voit chez eux ne dépendent pas toujours d'un travail inflammatoire; plus souvent ils sont l'effet d'une simple sécrétion morbide, d'un catarrhe, ou bien ils dépendent d'une altération des os, semblable à celle qu'on observe dans plusieurs autres parties du corps, et à laquelle l'inflammation est tout à fait étrangère.

Il est plusieurs maladies dans le cours ou vers le déclin desquelles l'otite survient fréquemment : ce sont surtout la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire. Dans la plupart des cas, l'otite arrive d'une manière spontanée ou sous l'influence de causes toutes locales, telles que l'impression d'un courant d'air froid reçu sur l'oreille, l'accumulation du cérumen, l'introduction d'un corps étranger, certaines opérations pour détruire des végétations et des polypes. Avicenne, Bonnet, Itard et quelques autres, ont cru qu'un abcès primitivement développé dans le cerveau pouvait, en s'ouvrant dans l'oreille interne, enflammer celle-ci et produire une variété d'otite qu'on a nommée *otorrhée cérébrale*; Morgagni, au contraire, admettait que le pus de l'oreille se faisait jour dans le cerveau. Des faits plus sévèrement observés, ceux surtout que Lallemand a analysés dans sa quatrième lettre, ont prouvé que l'abcès cérébral était presque toujours une lésion consécutive à l'inflammation de l'oreille et à la carie du rocher. Il serait difficile d'admettre que l'abcès cérébral fût habituellement primitif, les malades, en effet, ne pouvant vivre assez longtemps pour que le rocher se détruise par un travail phlegmasique procédant de dedans en dehors.

**Traitement.** — L'otite érysipélateuse n'exige guère que l'emploi de quelques injections émollientes. Lorsqu'elle a eu pour résultat la production d'un tampon cérumineux oblitérant tout à fait le conduit auditif, il ne faut point vouloir enlever celui-ci avec des pinces, car on déterminerait de vives douleurs et l'on opérerait des déchirements; mais il faut pousser dans l'oreille, à l'aide d'un clyso-pompe, un jet d'eau assez fort pour ramollir la masse, qui, en effet, se détache bientôt d'elle-même, et sort tout d'une pièce ou par fragments : aussi la surdité cesse-t-elle à l'instant. Mais comme, au-dessous de la concrétion, la membrane du conduit reste ordinairement rouge et sensible, il faut pendant plusieurs jours de suite renouveler les injections émollientes en rendant celles-ci légèrement résolutive par l'addition d'une petite quantité de sous-acétate de plomb.

A l'otite plus aiguë il faut opposer un traitement antiphlogistique. Au début, on peut, si la phlegmasie est de médiocre intensité, se borner à faire quelques injections émollientes, à appliquer des cataplasmes calmants sur l'organe, à donner des pédiluves irritants. Mais si la douleur est très-vive, il est indiqué d'appliquer avant tout un certain nombre de sangsues sur l'apophyse mastoïde et à la tempe; s'il y a beaucoup de fièvre, on ouvrira la veine du bras, Kramer blâme, en pareil cas, les injections opiacées préconisées par quelques personnes. Les moyens qui précèdent, auxquels on associera les évacuants intestinaux et surtout les drastiques, ainsi que les révulsifs sur la peau de la région mastoïdienne, conviendront aussi bien dans l'inflammation de la membrane du tympan que dans l'otite interne. Il faudra seulement dans celle-ci pousser le traitement avec beaucoup d'activité, et se conduire comme on le ferait vis-à-vis d'une maladie grave pouvant entraîner rapidement la mort.

Lorsque la suppuration s'est accumulée dans l'oreille interne, il faut se hâter de l'évacuer en raison des graves désordres qui peuvent en résulter. On a pro-

posé, dans ces cas, de désobstruer le conduit d'Eustachi, de perforer l'apophyse mastoïde ou la membrane du tympan; ce dernier moyen est généralement celui qu'on préfère. La perforation de l'apophyse mastoïde a été à peu près abandonnée depuis les trois succès d'Itard : cependant Dezeimeris, relevant dans le journal *l'Expérience* de 1838 les principaux cas où cette opération a été faite, a vu que sur quatorze perforations il y en avait eu neuf qui avaient réussi. L'abcès une fois ouvert, on favorisera la sortie du pus par la position et par les injections. Celles-ci n'ont pas grande utilité dans l'otorrhée purulente; elles ne servent guère, en effet, qu'à entraîner le pus. Elles devront presque toujours être émollientes ou légèrement détersives; les liquides irritants ou astringents, qu'on emploie souvent trop tôt, ont fréquemment pour résultat de faire naître des accidents aigus. Cependant, dans l'otite catarrhale, lorsque la peau du méat est seulement rouge, mais sans érosions, ni vésicules, ni fongosités, Kramer se loue beaucoup des injections saturnines (5 centigrammes à 5 décigrammes de sous-acétate de plomb pour 30 grammes d'eau). Quant aux huileux, qui sont d'un usage si général, il faut s'en abstenir, car l'huile, en rancissant, devient irritante, et en se concrétant elle forme obstacle à l'écoulement du pus, ce qui est toujours une circonstance fâcheuse. Pour modifier l'état des surfaces suppurantes, on devra surtout espérer de bons effets d'une médication révulsive : on commencera, pour l'otite externe, à appliquer un vésicatoire derrière l'oreille ou à la nuque; mais, dans l'otite interne, ce moyen est insuffisant, et il convient de le remplacer par un séton. Il faudra en même temps donner à l'intérieur les médicaments propres à combattre certains états généraux, qui peuvent à eux seuls produire ou entretenir l'otorrhée; telle est, en particulier, la constitution scrofuleuse, à laquelle on opposera les moyens appropriés. S'il y a carie des os, on essayera également l'usage des eaux minérales alcalines et sulfureuses à l'intérieur, et à l'extérieur en bains, injections et douches. Contre l'otite sèche, si elle occupe le conduit auditif externe, on opposera les injections sédatives, mucilagineuses, puis légèrement alcalines; si ces moyens échouent, on modifiera l'état des surfaces par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Enfin, à l'engorgement chronique de l'oreille moyenne, on opposera le cathétérisme de la trompe d'Eustachi avec insufflation d'air.

## INFLAMMATION DES ORGANES DE LA SÉCRÉTION ET DE L'EXCRÉTION URINAIRES

### DE L'INFLAMMATION DES REINS

Jusque dans ces derniers temps on a compris sous le titre de *néphrite* les inflammations aiguës et chroniques des divers tissus qui entrent dans l'organisation des reins. Cependant les recherches des observateurs modernes, particulièrement celles de Bright et de Christison en Angleterre, ainsi que les beaux travaux de M. Rayer en France, ont démontré que l'inflammation pouvait affecter des sièges différents. C'est ainsi qu'on la voit envahir isolément les substances corticale et tubuleuse, ou bien la membrane interne des calices et surtout celle des bassinets : on nomme la première *néphrite*, et l'on réserve à la dernière la dénomination de *pyélite*. Ces deux espèces d'inflammations coexistent souvent chez le même individu, et peuvent se montrer l'une et l'autre à l'état aigu et à l'état