

voie de résolution. Telle est l'expérience de Valsava. Si l'œil du praticien est un peu exercé, au lieu d'entendre le claquement dont nous venons de parler, il pourra constater *de visu*, à l'aide de l'otoscope et de la lumière réfléchie dans le conduit, le moment précis où l'air pénètre dans la caisse, par la saillie brusque que vient faire la partie postéro-supérieure de la membrane tympanique (portion flaccide).

B). *Expérience de Toynbee*. — Contrairement à l'expérience de Valsava, celle de Toynbee consiste à faire pratiquer au malade un mouvement de déglutition, le nez et la bouche étant fermés. Pendant ce mouvement, un vide se produit dans la trompe et, par conséquent, dans les caisses; il en résulte un affaissement de la membrane tympanique qui vient s'accoler au niveau du promontoire et moule plus ou moins exactement les différentes parties de la caisse. Ce retrait de la membrane tympanique est d'autant plus considérable que l'on a fait exécuter au préalable l'expérience de Valsava, c'est-à-dire que l'on a refoulé au dehors le tympan. Cette expérience bien entendue ne réussit que si les trompes sont libres. Elle est beaucoup moins employée que la précédente, car il est un peu plus difficile, pour un œil peu exercé, de juger de son action sur l'oreille moyenne.

C). *Expérience de Politzer*. — Dans les cas où, soit par maladresse du malade, soit par gonflement de l'entrée des trompes, soit par toute autre cause, l'expérience de Valsava n'a pas donné un résultat positif, on peut essayer du procédé dit de Politzer, pour faire pénétrer l'air dans l'oreille moyenne ou tout au moins s'assurer de la liberté plus ou moins grande des conduits tubaires.

Ce procédé est basé sur ce fait physiologique qu'à l'état normal, pendant le mouvement de déglutition, le voile du palais se relève pour aller fermer la cavité naso-pharyngienne et d'autre part la contraction des muscles entr'ouvre plus ou moins l'orifice des trompes pour faciliter l'aération de la caisse. Basé sur ces données physiologiques, Politzer a conseillé de profiter du mouvement de déglutition pour faire pénétrer de force, dans l'oreille, de l'air insufflé dans le nez à l'aide d'une poire qui porte son nom. Pour employer le procédé en question, on opère de la manière suivante : le malade ayant mis dans sa bouche une gorgée de liquide, l'on place l'olive de la poire à air dans l'une des narines, puis, *fermant les deux narines* entre le pouce et l'index d'une main, l'on pousse l'air de la poire dans le nez au moment précis où le malade avale la gorgée de liquide qu'il avait dans la bouche. Le point capital est de faire coïncider la pression de la poire avec le mouvement de déglutition. Aussi, pour atteindre ce but, la personne qui doit faire l'insufflation doit-elle commander elle-même le moment où le malade commencera à avaler.

*Inconvénients des procédés de Politzer et de Valsava*. — Les procédés de Politzer et de Valsava ne sont toutefois pas sans inconvénients, car ils font pénétrer l'air dans les oreilles en forçant le passage et par conséquent en entraînant avec eux les sécrétions qui peuvent être contenues dans le naso-pharynx ou en provoquant, surtout chez les enfants, la distension trop brusque et trop rapide de la membrane tympanique et de la chaîne des osse-

lets; aussi, lorsque la chose est possible, préférons-nous, à ces deux procédés ou à leurs variantes, le cathétérisme à l'aide de la sonde. Cette méthode consiste, on le sait, à aller placer à l'entrée de l'orifice tubaire, en passant par le nez, un cathéter à l'extrémité duquel est adapté un embout lui-même relié à une poire permettant d'insuffler, avec plus ou moins de force et plus ou moins de lenteur, de l'air ou des vapeurs dans l'oreille moyenne. Pendant l'application du procédé de Politzer, il est de règle d'ausculter l'oreille à l'aide d'un otoscope, de manière à se rendre compte soit de la perméabilité plus ou moins grande de la trompe, soit des divers bruits pathologiques qui peuvent se produire au cours de la pénétration de l'air dans les oreilles. Suivant, en effet, que le calibre des trompes sera large ou étroit, que ces conduits contiendront des sécrétions liquides plus ou moins abondantes, on entendra des bruits de sifflement, des vibrations, des crépitations, de véritables détonations même. L'auscultation sera donc ici de la plus grande utilité.

D). *Cathétérisme de la trompe d'Eustache*. — Je crois inutile de décrire ici les diverses manières de procéder au cathétérisme de la trompe d'Eustache, car j'estime qu'il n'y a pas de règle absolue et que le meilleur procédé est encore celui que l'on a l'habitude d'employer. L'otoscope seul permettra de s'assurer que l'air pénètre dans la caisse et que, par conséquent, le bec de la sonde est placé dans les lèvres de la trompe. Le point capital est de ne pas brusquer le passage, mais d'aller avec douceur dans l'intérieur de la fosse nasale en suivant le plancher; pour cela, il est indispensable de faire d'abord pénétrer la partie coudée du cathéter au delà des narines, puis, avant de pousser l'instrument plus avant, de le relever jusqu'à ce qu'il soit horizontal, c'est-à-dire parallèle à la voûte palatine. On l'introduit ensuite doucement et presque sans le tenir, ne faisant que le guider dans l'intérieur du nez pour arriver jusqu'au pharynx; une fois à ce niveau, on le retire d'un centimètre ou un centimètre et demi environ, en faisant tourner son bec vers la paroi externe, de manière que l'index dont est muni le cathéter regarde vers l'angle externe de l'œil du côté où il est introduit. Quelquefois, en faisant exécuter au malade un mouvement de déglutition, la sonde vient se placer d'elle-même dans l'orifice de la trompe; d'autres fois, au contraire, ce mouvement imprime à l'instrument une oscillation qui indique qu'il est trop en arrière dans la cavité du nez et par conséquent près de la fossette de Rosenmuller. Il est à remarquer, en effet, qu'une fois la sonde placée dans la trompe d'Eustache, les mouvements de déglutition ne lui font plus subir aucune espèce d'oscillation. Si elle n'est pas dans l'intérieur du conduit tubaire, il ne faut pas faire d'insufflation parce qu'on risquerait fort, si l'on avait produit la moindre dilacération de la muqueuse, d'insuffler l'air à travers les tissus et de produire de l'emphysème sous-cutané. Cet accident, peu grave lorsqu'on s'en aperçoit à temps, pourrait devenir dangereux si l'on insufflait son malade immodérément, sans se rendre compte soit par l'auscultation, soit par le toucher, que l'air passe non dans l'oreille mais dans les tissus. Dans certains cas, il peut être bon soit d'examiner la fosse nasale à travers laquelle on veut faire le cathé-

risme, pour s'assurer qu'il n'y a pas d'obstacle dans son intérieur, ou de cocaïniser au préalable la muqueuse du nez avec une solution au dixième, pour rendre le passage de la sonde tout à fait indolore et même dilater le conduit dans lequel elle va pénétrer.

**Examen direct.** — Telles sont les recherches principales qui précéderont l'examen objectif de l'oreille. Ce dernier doit commencer par l'inspection du pavillon et de la portion du méat visible à l'extérieur et se continuer par l'introduction du speculum auris qu'on place dans le conduit en relevant légèrement le pavillon en haut et en arrière, de façon à redresser la courbure de ce canal. Si un faisceau lumineux est projeté dans l'intérieur de l'oreille à l'aide d'un miroir concave mesurant en général de 14 à 15 centimètres de foyer, on inspecte ainsi d'abord le conduit auditif cartilagineux et osseux, puis la membrane du tympan et la caisse. On doit aussi examiner l'état de l'apophyse mastoïde et des parties voisines telles que le cou, les articulations temporo-maxillaires, etc.

**Spéculum pneumatique ou de Siegle.** — Dans bien des cas enfin, il est utile de compléter son examen à l'aide du spéculum dit pneumatique ou de Siegle, qui consiste en un speculum auris ordinaire dont l'ouverture est fermée par une lame de verre permettant aux rayons lumineux de pénétrer dans l'oreille; il porte sur ses parois latérales une ouverture à laquelle est fixé un tube de caoutchouc; à l'extrémité de ce dernier, on adapte soit une poire, soit un petit corps de pompe destiné, une fois le spéculum mis dans le conduit, à comprimer et décompresser l'air contenu dans ce canal. Pendant ces manœuvres, si l'on inspecte le tympan, il est facile de voir qu'il subit

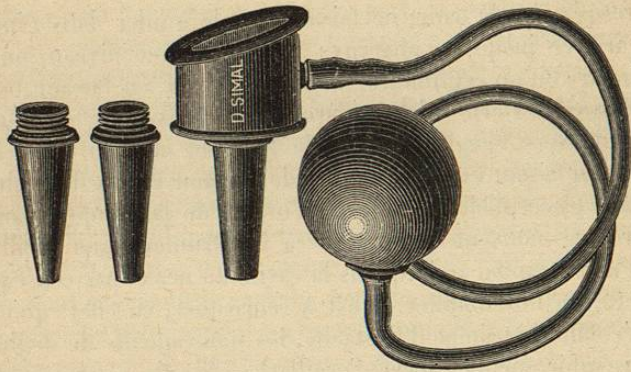


Fig. 2. — Spéculum pneumatique.

des mouvements de va-et-vient, entraînant avec lui le manche du marteau, si ce dernier est mobile. Ce spéculum sert donc à reconnaître : 1° la mobilité des différentes parties du tympan; 2° la mobilité, la raideur ou l'ankylose de la chaîne; 3° l'existence de perforations difficiles à apercevoir qui se manifestent pendant le mouvement d'aspiration, par l'écoulement au dehors d'un liquide séreux ou purulent, suivant les cas.

Ce spéculum peut encore servir de méthode de traitement pour pratiquer une sorte de massage de la membrane du tympan, soit en faisant des pressions centripètes et centrifuges, ou en continuant les mouvements d'aspiration ou de compression, suivant que l'on veut refouler ou attirer au dehors la membrane tympanique.

Tels sont les principaux modes d'exploration de l'oreille au point de vue fonctionnel, qui nous aideront, chez quelques enfants, à établir un diagnostic précis, et par conséquent un pronostic. Il est inutile de vouloir, dans ces cas, faire un examen aussi approfondi qu'on pourrait l'exiger chez un adulte, car il est rare qu'un enfant, toujours plus ou moins effrayé à l'approche du médecin, réponde d'une manière bien exacte, et, pour que les indications qui précèdent puissent avoir une valeur positive, il faut souvent les répéter à plusieurs reprises, pour s'assurer de l'exactitude des réponses qui sont faites. C'est pour ce motif que nous croyons devoir passer sous silence les expériences de Gellé, pour reconnaître le degré de mobilité plus ou moins grand de l'étrier, de Lucaë, etc. L'application de ces derniers procédés exige de la part de l'opérateur une certaine habitude du maniement des instruments, et, de la part du sujet, une précision dans les réponses qu'on ne saurait demander aux enfants.

#### ÉTAT DE L'OREILLE MOYENNE A LA NAISSANCE, SA TRANSFORMATION.

Il est très important d'avoir une idée exacte de l'état physiologique de la caisse du tympan pendant la vie fœtale, et chez le nouveau-né. En effet, tant que l'enfant n'a pas respiré, l'oreille moyenne ne saurait contenir de l'air, et, il n'y a pas longtemps encore, les anatomistes admettaient qu'au moment de la naissance cette cavité était remplie de mucus qui s'écoulait dans le naso-pharynx, à la faveur de la pénétration de l'air au moment des premiers cris de l'enfant. Toutefois, on sait actuellement qu'il n'en est pas ainsi, et qu'au moment de la naissance la caisse est comblée en partie par une masse gélatineuse (bourrelet gélatineux), et surtout par une hypertrophie très prononcée de la muqueuse, au niveau de la paroi labyrinthique, muqueuse occupant une place assez considérable pour remplir à peu près toute la cavité tympanique. Le bourrelet gélatineux adhère à la muqueuse qui recouvre le labyrinthe est au contraire isolé de la face interne du tympan par un épithélium pavimenteux qui le recouvre; il contient les osselets de l'ouïe. Seul, le manche du marteau inclus, on le sait, dans le tympan, se trouve en dehors de ce magma formé par du tissu conjonctif embryonnaire dont la surface est sillonnée de vaisseaux et dans lequel Gellé aurait trouvé des nerfs ou du moins des cellules nerveuses bipolaires. Pour ce dernier, c'est la muqueuse de la caisse, œdématisée et hypertrophiée, qui forme cette masse molle et humide dont la surface est recouverte, avons-nous dit, d'un épithélium à cellules polygonales pourvues de noyaux.

Pour quelques auteurs, ce serait seulement dès les premières inspirations de l'enfant que ce bourrelet s'affaîsserait et que le liquide disparaîtrait pour être remplacé par de l'air; chaque succion ou chaque cri de l'enfant favori-

sant la circulation générale, et par conséquent celle de la cavité tympanique, aiderait à opérer la résorption du bourrelet gélatineux et surtout la diminution de l'hypertrophie muqueuse, créant ainsi un vide qui serait comblé par l'air introduit dans les trompes.

Il est important, au point de vue médico-légal, de savoir si cette sorte de régression du bourrelet gélatineux et de l'hypertrophie muqueuse se produit simplement au moment de la naissance, ou si, au contraire, elle a pu être observée pendant la vie fœtale. Dès 1867, de Troeltsch avait affirmé que cette régression commençait à s'effectuer avant la naissance, opinion qui fut prouvée plus tard par Zaufal (1870) : car ce dernier déclara n'avoir pu trouver de traces de cet amas gélatineux dans l'oreille d'enfants morts en naissant, et n'ayant par conséquent jamais pu respirer. Il faut dire toutefois que Wreden, Wendt, et même un peu plus tard Gellé, considérèrent ce phénomène comme une conséquence de l'établissement de la fonction respiratoire. Gellé publia même un opuscule qu'il intitula : « Sur un signe nouveau de la respiration du nouveau-né ». Dans ce travail, cet auteur ne craignit pas d'affirmer que la régression du bourrelet gélatineux et la formation de la cavité tympanique étaient commandées par les premiers phénomènes de la vie extra-utérine, c'est-à-dire la respiration. En 1885 même, dans son *Précis des maladies de l'oreille*, cet auteur soutient la même théorie, affirmant que le phénomène se produit, avec plus ou moins de rapidité et d'une manière plus ou moins complète, suivant l'énergie de la fonction respiratoire, l'asphyxie le rendant incomplet ou tardif.

Gellé, on le voit, confirmait quelques années plus tard l'opinion de Wreden<sup>1</sup> qui n'avait pas craint dans son travail de tirer, sous forme d'aphorisme, la conclusion suivante : « L'expérience concernant l'oreille a évidemment sa place marquée dans les traités de médecine légale, au même titre que l'épreuve qui se pratique sur le poumon. » Comme il s'agissait d'un fait extrêmement important, puisque ces auteurs n'avaient pas craint de comparer la résorption du bourrelet gélatineux de l'oreille à la pénétration de l'air dans les poumons, et d'affirmer que ces deux phénomènes se produisaient parallèlement au moment de la naissance de l'enfant, un grand nombre d'autres auteurs firent des recherches dans le même sens, d'autant plus que, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de Troeltsch et Zaufal avaient soutenu autrefois une opinion contraire. Ce fut alors que Kutschariantz parut ébranler cette assertion en démontrant par un assez grand nombre d'expériences très bien conduites (publiées en langue russe), que le bourrelet gélatineux intra-tympanique pouvait disparaître pendant les derniers mois de la vie fœtale ; opinion que confirma un peu plus tard Moldenhauer, en affirmant que l'état embryonnaire de la muqueuse de l'oreille moyenne pouvait persister pendant quelques jours encore après la naissance. L'existence de ces contradictions, entre des auteurs ayant fait chacun de son côté des recherches excessivement sérieuses sur ce sujet, doit faire hésiter le médecin et jusqu'à plus ample information le rendre très circonspect dans ses

<sup>(1)</sup> Cité par DE TROELTSCH in *Leçons sur les maladies des oreilles chez les enfants*. Traduction française. Bruxelles, 1882.

affirmations qu'il ne saurait baser sur l'examen de l'oreille seule. Du reste, la difficulté que l'on a à faire une coupe du rocher passant par la caisse, et, au contraire, la facilité avec laquelle on peut enlever les poumons et voir s'ils ont reçu de l'air ou s'ils sont encore à la période fœtale, sont des raisons qui nous portent à croire que la médecine légale est assez bien armée par les expériences actuelles, sans aller chercher dans l'oreille une preuve difficile à trouver et sur la valeur de laquelle les auteurs discutent encore.

Si les praticiens ne sont pas d'accord sur l'époque de la résorption du bourrelet gélatineux de l'oreille moyenne et sur la disparition de l'hypertrophie de l'infiltration de la muqueuse, ils ne le sont pas davantage sur la manière d'expliquer ce phénomène. Les uns pensent qu'il s'agit d'une simple rétraction, d'une desquamation active, d'un travail de résorption. Mais d'autres, tels que Gellé, pensent que c'est à la régularisation de la circulation périphérique consécutive à la pénétration de l'air dans les poumons que l'on doit la disparition des tissus infiltrés et du magma gélatineux qui remplit la caisse. Toutefois, comme tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la cavité tympanique, soit pendant les derniers jours de la vie fœtale, soit au moment de la naissance, subit une transformation très considérable, il en résulte que cette cavité se trouve à cette période de la vie dans des conditions très favorables à une infection. L'oreille devant, en effet, très rapidement vivre d'une existence absolument différente de celle qu'elle avait pendant la gestation, il résulte de cette transformation rapide une suractivité circulatoire qui devient très propice à des inflammations locales, susceptibles d'altérer très profondément la fonction auditive. On comprend très bien qu'une infection quelconque, se produisant soit quelques jours avant l'accouchement, soit au moment de la naissance, pourra être très naturellement favorisée par le trouble circulatoire qui se fait dans l'oreille à cette époque de la vie du nouveau-né : c'est ce qui fait que très souvent, chez les enfants, on a trouvé à l'autopsie, non plus un bourrelet gélatineux, mais des matières caséeuses, du pus, ou du mucus vaginal, qui s'étaient introduits dans la caisse, soit avant, soit pendant l'accouchement. Ce fut Wendt qui, le premier, signala dans la cavité tympanique du nouveau-né la présence de ces divers éléments pouvant provenir ou du liquide amniotique ou des organes génitaux de la mère, liquide ayant probablement pénétré au moment de la délivrance. Il n'est pas douteux que l'inclusion, dans une cavité comme l'oreille moyenne, de ces divers produits septiques, suffit bien souvent pour devenir le point de départ d'inflammations suppuratives dont la conséquence pourra être grave au point de vue de l'ouïe. Nous ne doutons pas, avec la plupart des auteurs, que ce soit là l'origine d'un certain nombre de surdi-mutités considérées comme congénitales et attribuées trop souvent à des vices de conformation de l'oreille, alors qu'il s'agit en réalité d'infections survenues au moment de la naissance.

Ainsi que nous venons de le voir, les diverses modifications qui se produisent dans l'oreille moyenne du nouveau-né peuvent devenir la source d'une série de troubles persistant après la naissance et susceptibles d'avoir des conséquences graves au point de vue auditif. Les rapports anatomiques

de la muqueuse de la caisse avec la dure-mère, au niveau de la voûte et de l'antre mastoïdien, constituent encore une disposition véritablement capable de favoriser la propagation d'une inflammation suppurative ou autre vers les méninges. On sait, en effet, que pendant la première enfance, la suture pétro-squameuse est, ainsi que les autres sutures du crâne, assez largement ouverte et, par conséquent, en communication avec la cavité de l'oreille moyenne.

A cette période de la vie, non seulement l'enveloppe externe du cerveau est en rapports directs avec la caisse, mais, ici encore, on retrouve une relation intime entre les vaisseaux de ces deux régions. Aussi n'est-il pas rare de voir des altérations pathologiques de l'oreille moyenne retentir rapidement sur les méninges et se manifester par des troubles simulant à s'y méprendre une inflammation de l'enveloppe cérébrale. C'est là un détail anatomique qu'il est bon de retenir pour expliquer certains symptômes sur lesquels nous aurons plus tard l'occasion de revenir.

**Rôle de la cavité naso-pharyngienne.** — La cavité naso-pharyngienne qui, on le sait, communique, chez l'enfant, d'une manière très large avec l'oreille moyenne par le conduit tubaire, est également une cause fréquente de maladies de l'oreille chez l'enfant. On sait, en effet, que cette région est riche non seulement en vaisseaux et en glandes de différents genres, mais qu'elle contient surtout un amas de follicules clos désignés sous le nom de tissu adénoïde ou glande de Luschka (amygdale pharyngée), dont le développement souvent considérable chez l'enfant peut être considéré comme la cause la plus fréquente des maladies de l'oreille. A cette période de la vie, ce tissu adénoïde peut être, en effet, le siège de toutes sortes d'inflammations aiguës, augmentant son volume, soit d'une manière momentanée, soit définitivement, créant par conséquent, à tout instant, une opportunité morbide qui se manifeste plus énergiquement du côté de la caisse que vers le naso-pharynx. On peut dire que toute inflammation de l'arrière-gorge chez l'enfant est en même temps une inflammation de l'arrière-nez devant retentir d'une manière plus ou moins fâcheuse sur l'oreille. Tout gonflement du tissu adénoïde détermine l'obstruction mécanique des trompes, raréfie l'air contenu dans la caisse et produit, suivant les cas, soit, par un véritable effet de ventouse, une exsudation dans la cavité tympanique, ou au contraire un affaissement du tympan, par exagération de la pression atmosphérique se faisant par le conduit auditif externe<sup>1</sup>. Cette dépression est d'autant plus

<sup>(1)</sup> Il est facile de comprendre que l'obstruction tubaire empêche l'équilibre des deux pressions atmosphériques (extérieure et intérieure) de s'exercer sur le tympan; par conséquent, si la cavité de la caisse ne se remplit pas de liquide, la membrane tympanique devra fatalement venir s'accoler aux différentes saillies qui constituent la paroi labyrinthique. Nous pensons donc que la plupart des troubles auriculaires attribués autrefois à l'hypertrophie des amygdales buccales ou aux inflammations chroniques de l'arrière-gorge sont, au contraire, sous la dépendance de l'inflammation concomitante du tissu adénoïde naso-pharyngien et le plus souvent de son hypertrophie. Nous oserions presque dire que, chez les enfants atteints d'affections de l'oreille moyenne, c'est presque toujours le naso-pharynx qui est coupable, ou qui le premier a été le siège de l'inflammation, cette dernière s'étant propagée par le canal tubaire jusque dans l'oreille moyenne. En effet, l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne constitue un véritable réceptacle dans lequel les produits septiques trouvent un aliment facile pour se développer et se propager ensuite du côté des oreilles.

Le nombre d'enfants guéris d'affections catarrhales ou suppurées de l'oreille moyenne, par le seul

accentuée que les trompes d'Eustache sont plus obstruées, l'enfant se trouvant exécuter d'une manière inconsciente l'expérience de Toynbee, qui, on le sait, consiste à avaler, la bouche et le nez fermés.

En effet, si, à l'état normal, les trompes sont fermées par simple accollement des deux lèvres constituant leur orifice, tout mouvement mettant en contraction la portion mobile du cartilage tubaire a pour but de faire pénétrer l'air dans la caisse. C'est ainsi que, pendant la déglutition, l'action de bâiller, la toux, l'action de se moucher, l'air s'introduit dans l'intérieur de la cavité tympanique venant refouler au dehors la membrane qui la protège contre l'air extérieur (tympan). L'enfant exécute donc, à ce moment, d'une manière inconsciente, l'expérience dite de Valsava.

D'un autre côté, l'ouverture pharyngienne de la trompe étant relativement plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte, il en résulte qu'il est plus facile de vaincre chez lui l'occlusion de ce conduit, et, par conséquent, de voir certaines affections convulsives des voies respiratoires (coqueluche, toux d'adénopathie, etc.) retentir d'une manière fâcheuse sur la caisse ou sur le tympan, dans les cas où l'air ne trouve pas une issue facile par les fosses nasales. Les mêmes motifs peuvent aussi favoriser l'entrée des liquides dans l'intérieur de l'oreille, pendant l'action de plonger, les efforts de vomissements, ou les douches nasales conseillées dans un but thérapeutique. Il résulte de ce qui précède que le rôle des fosses nasales et particulièrement de la cavité naso-pharyngienne, chez l'enfant, est extrêmement important et doit faire l'objet d'un examen minutieux de la part du médecin qui est consulté pour une affection de l'oreille moyenne survenant à cette période de la vie.

#### OTITES MOYENNES AIGÜES

On peut considérer qu'il existe, surtout chez l'enfant, deux types cliniques très distincts d'otite moyenne aiguë, l'un caractérisé par l'exsudation, dans l'intérieur de la caisse, d'un liquide séreux, muqueux, plus ou moins visqueux, et quelquefois même hémorragique; l'autre par la transformation purulente de l'exsudat et la perforation assez rapide de la membrane tympanique. La première de ces formes pourrait être désignée sous le nom d'otite moyenne catarrhale exsudative; la seconde n'est autre que l'otite moyenne aiguë suppurée. Somme toute, ces deux affections ne sont qu'un degré de plus ou de moins dans l'état infectieux local de l'oreille. Pour plus de clarté nous les décrirons séparément; seule l'étiologie commune à ces deux manifestations sera exposée dans un même paragraphe.

**Étiologie.** — Généralement l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne reconnaît pour causes principales, surtout chez l'enfant, la propagation d'une phlegmasie de l'arrière-gorge, des fosses nasales, ou plutôt de l'arrière-cavité, à l'intérieur du conduit tubaire et, par l'intermédiaire de ce dernier,

traitement naso-pharyngien, est réellement considérable. Bien que nous n'ayons pas à nous occuper ici de cette partie de la pathologie infantile, nous n'avons pu passer sous silence une complication aussi importante, et une cause que nous considérons comme si fréquente dans la pathogénie des troubles auriculaires de l'enfance.