

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 externe¹. Cette dépression est d'autant plus

⁽¹⁾ 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.

à la caisse. C'est ainsi que le refroidissement (coup d'air), les injections froides dans l'oreille ou dans le nez, la pénétration de liquides septiques dans l'oreille, pendant la douche de Weber, le tamponnement postérieur des fosses nasales (Gellé), les instillations de liquides septiques dans la caisse par le cathéter; enfin, certaines fièvres éruptives telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche même, peuvent devenir le point de départ d'inflammations aiguës de l'oreille moyenne. De même, on observe cette affection dans le cours de quelques fièvres intermittentes, de la pneumonie, du rhumatisme articulaire ou autres fièvres infectieuses (influenza). Toutefois, il est bon de rappeler ici ce que nous avons dit un peu plus haut à propos du rôle de la cavité naso-pharyngienne chez l'enfant.

C'est, en effet, dans la plupart des cas, chez les sujets porteurs d'hypertrophies de l'amygdale pharyngée que l'on voit survenir ces différents troubles dont le point de départ a été presque toujours l'infection locale du naso-pharynx et, par son intermédiaire, celle de l'oreille moyenne. Ce ne sont pas tant les angines aiguës, mais plutôt les adénoïdites, qu'il faut incriminer comme causes des troubles que nous allons décrire; nous pourrions même ajouter que, chez les adénoïdiens, il existe à l'état constant, dans les oreilles, une hyperémie plus ou moins marquée, avec ou sans exsudation. Souvent même, chez plusieurs de ces petits malades (végétations latérales ou volumineuses), la caisse est constamment remplie d'un liquide séreux ou muqueux qui, à la moindre poussée infectieuse, devient rapidement purulent et détermine la perforation de la membrane tympanique. De Troeltsch cite encore, parmi les causes de l'otite moyenne aiguë, un excès de tension vasculaire dans le système aortique, dans la maladie de Bright, par exemple, et Schwartze et Wendt auraient même vu survenir, dans le cours de cette affection rénale, de véritables exsudats hémorragiques dans la caisse. Citons, en terminant, les inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille externe, les traumatismes du tympan, et toutes causes susceptibles d'irriter la caisse par le conduit ou par la trompe. De Troeltsch pense même que les troubles extrêmement fréquents, chez les enfants, de la nutrition et de la circulation dans l'intérieur de la cavité crânienne, doivent jouer un rôle considérable dans le développement de phlegmasies secondaires de l'oreille moyenne.

Ces accidents peuvent également se développer pendant le travail de la première dentition; et pendant cette période de la vie on est souvent tenté d'attribuer à tort les douleurs d'oreille à l'évolution des dents et non à l'inflammation de la caisse.

I. — OTITE MOYENNE CATARRHALE AIGUË (EXSUDATIVE).

Symptômes. — a) *Symptômes fonctionnels.* — Dans les cas où l'inflammation de la caisse est légère et se traduit par un simple exsudat dans l'intérieur de sa cavité, les symptômes fonctionnels peuvent pour ainsi dire passer inaperçus, surtout lorsque l'affection est unilatérale. En effet, bien qu'il existe dans ces cas une diminution plus ou moins notable de l'ouïe, si l'audition n'est pas altérée au point que l'enfant ne puisse plus entendre

la voix parlée haute, on le considère dans sa famille comme un simple étourdi, comme un distrait, mais non comme un sourd; à plus forte raison, si une seule oreille est atteinte et que l'autre soit intacte. Dans ce cas, en effet, la suppléance de la bonne oreille devient telle que l'enfant peut entendre très bien les personnes qui l'entourent. Alors c'est tout à fait par hasard, lorsqu'on fait écouter un bruit léger (tic tac d'une montre) à l'enfant, du côté malade, ou lorsque, se trouvant couché sur le côté sain, on lui pose des questions auxquelles il ne répond pas, ou bien enfin, lorsqu'il se produit des phénomènes douloureux, que l'on s'aperçoit que l'enfant est porteur d'une lésion auriculaire se traduisant par une diminution de son ouïe. Il est facile de comprendre que si la surdité est difficile à déceler chez les enfants âgés de plus de cinq ou six ans, au-dessous de cet âge ce symptôme n'éveille généralement pas l'attention des parents et passe ordinairement inaperçu, jusqu'au jour où, à propos d'une affection intercurrente, on examine l'oreille et on y trouve les lésions que nous allons décrire. Ce fait est si vrai qu'en 1881, époque à laquelle je pratiquais l'examen de l'ouïe sur un grand nombre d'écoliers de la ville de Bordeaux (4000 environ), lorsque j'arrivais dans une classe et que je demandais au maître s'il avait des sourds parmi ses élèves, il me répondait invariablement que non, que certains d'entre eux étaient seulement un peu distraits ou inattentifs. Et, lorsque je pratiquai un examen méthodique, je pus arriver à me convaincre, après d'autres confrères, du reste, qui avaient fait les mêmes expériences (Weill, à Stuttgart; Gellé, à Paris, etc.) que 17 pour 100 de ces enfants pouvaient être considérés comme ayant une ouïe absolument défectueuse, soit d'un seul, soit des deux côtés à la fois. Je fus du reste assez peu sévère dans cet examen, car ma statistique se trouve encore bien inférieure à celle de Weill (50 pour 100), de Gellé (25 pour 100) et des autres auteurs ayant fait des recherches analogues. La seule manière de constater les troubles auriculaires chez l'enfant, ce n'est pas de lui faire entendre le tic tac d'une montre, même en lui fermant les yeux, car généralement la peur qu'il a du médecin suffit pour rendre ses réponses indécises ou confuses, souvent même erronées. Le meilleur procédé à employer, surtout chez les jeunes sujets, c'est la voix basse ou haute, en priant l'enfant de répéter les paroles qu'on lui a dites à une distance variable de son oreille, en lui fermant les yeux.

En dehors de la surdité, qui est toujours plus ou moins prononcée dans ces cas, si l'enfant est assez grand et assez intelligent pour définir les sensations qu'il éprouve, il se plaindra d'un vague sentiment de pesanteur dans le côté de la tête affecté; il dira éprouver des bourdonnements, qui ressemblent ordinairement au bruit d'un coquillage appliqué sur l'oreille, de l'eau qui va bouillir, ou du vent dans les feuilles.

Les douleurs sont rares tant que l'affection reste à cette période que nous pourrions appeler latente, mais, dès qu'il se fait la moindre poussée aiguë, on voit immédiatement survenir des phénomènes douloureux qui dominent la scène et attirent fatalement l'attention des parents. Ces douleurs se produisent habituellement pendant la nuit; elles sont violentes, lancinantes,

empêchant l'enfant de dormir, et lui arrachant des cris. Souvent même il laisse aller sa tête, comme s'il était porteur d'une affection plus grave que celle de l'oreille moyenne. Après avoir duré toute la nuit, les douleurs se calment généralement le matin, soit sous l'influence d'un traitement local, soit par le fait même de la diminution de la tension auriculaire. Chez quelques malades même, la caisse est tellement remplie de liquide, que le tympan, déjà ramolli et extrêmement tendu, se perforé en quelques heures, laissant s'écouler au dehors un liquide séreux ou hémorragique parfois assez abondant. Lorsque la détente est ainsi produite, les douleurs cessent aussitôt, la perforation tympanique se referme, et l'enfant revient à cette période subaiguë dont nous venons de décrire les symptômes, ou à l'état normal.

Il n'est pas rare de voir chez certains enfants ces poussées aiguës intermittentes se reproduire plusieurs fois dans le courant de la même année et se terminer presque toujours de la même manière, jusqu'au jour où, reconnaissant la lésion initiale, on la supprime à l'aide d'un traitement approprié. On peut dire que c'est là la forme bénigne de l'otite moyenne aiguë et le mode de terminaison le plus favorable de l'otite catarrhale exsudative.

b) *Objectifs.* — Si l'on examine les enfants atteints de cette forme d'otite moyenne, il est généralement facile, pour un œil exercé, de reconnaître la présence d'un exsudat plus ou moins abondant, dans l'intérieur de la cavité auriculaire. En effet, à l'inspection directe avec la lumière réfléchie, on peut voir que le tympan a perdu son aspect brillant, il s'éclaire avec une certaine difficulté étant plus sombre et d'un gris plus rosé qu'à l'état normal. Au lieu d'apercevoir nettement une membrane translucide, opaline, grisâtre, sur laquelle le manche du marteau et le triangle lumineux se détachent avec netteté, on voit apparaître une surface rosée, d'un gris sombre en certains points, au milieu de laquelle le marteau semble comme oedémateux. Dans les cas plus prononcés, il n'est pas rare de constater l'existence d'une véritable voussure d'aspect grisâtre occupant la partie postérieure ou postéro-supérieure de la membrane; souvent même, les vaisseaux qui longent le manche du marteau sont dilatés.

Dans les cas où l'observateur ne saisirait pas très exactement tous ces détails, il pourrait, en pratiquant une insufflation, par le procédé de Valsava ou celui de Politzer, se rendre compte, à l'auscultation, que l'air pénètre avec difficulté dans la caisse, et produit soit un claquement *douloureux pour le malade*, soit une sorte de gargouillement, indice de l'existence de liquide dans la caisse. Il est inutile d'ajouter que si l'exsudat, au lieu d'être séreux ou muqueux, est hémorragique, le tympan apparaîtra d'un gris plombé, presque noir même, en certains points; et, dans ces cas, son aspect est tellement caractéristique qu'il suffit de l'avoir vu une seule fois pour savoir le reconnaître désormais. La membrane a tout à fait la teinte d'une ardoise grisâtre par places, noirâtre dans d'autres. Le manche du marteau est alors presque toujours totalement effacé ou réduit à une petite ligne rouge noirâtre.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de l'otite moyenne aiguë simple, ou exsudative, dépend absolument de l'état du naso-pharynx. C'est

ainsi que l'on voit se reproduire chez les enfants, soit tous les mois, soit quelquefois de temps à autre, de véritables poussées de douleurs d'oreilles, durant quelques heures seulement pour disparaître ensuite sans laisser de trace apparente durable; toutefois, il est assez rare que chacune de ces poussées congestives ne soit pas accompagnée de bourdonnements, de sensation de lourdeur, et surtout d'une surdité à laquelle l'enfant et les parents n'attachent aucune importance. On peut donc dire que la durée de la maladie est subordonnée à la cause qui produit ces poussées, par conséquent à l'état de la cavité naso-pharyngienne.

L'otite catarrhale aiguë semble être, dans bien des cas, le premier stade de l'otite moyenne suppurée, devant, par conséquent, se terminer par la perforation de la membrane tympanique. Nous savons aussi que, d'autres fois, l'exsudat de la caisse se résorbe presque aussi rapidement qu'il s'est produit, c'est-à-dire en quelques jours; mais, dans la généralité des cas, il persiste pendant un certain temps, entretenant une surdité facile à reconnaître, si l'enfant est assez grand pour qu'on puisse pratiquer l'examen fonctionnel de son oreille. C'est le passage à une forme chronique qui pourra persister quelquefois pendant toute l'adolescence jusqu'au jour où les conditions anatomo-pathologiques de la cavité naso-pharyngienne se modifieront, soit par une rétrocession naturelle du tissu adénoïde enflammé, soit par l'extirpation chirurgicale de ce dernier.

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement facile à établir, car l'existence de douleurs d'oreilles, chez un enfant, doit immédiatement éveiller l'idée d'une inflammation plus ou moins vive de la muqueuse de la caisse et non de l'oreille externe, comme on le croit trop souvent. Dans l'otite externe, en effet, le pavillon et le conduit sont douloureux et, par conséquent, tout mouvement imprimé à l'oreille externe réveille la douleur, tandis que dans l'otite moyenne on peut impunément toucher et agiter ces diverses parties de l'oreille.

Toutefois l'examen objectif est nécessaire pour éliminer l'hypothèse d'une simple otalgie qui, chez l'enfant, aussi bien que chez l'adulte, pourrait être d'origine dentaire ou *a frigore*. L'intégrité apparente du tympan et de l'oreille moyenne, dans ce cas, suffirait pour éliminer l'hypothèse d'une inflammation de la caisse qui se traduit, nous le savons, par des signes objectifs très nets.

Pronostic. — Le pronostic est ordinairement bénin, dans les formes simples, mais, s'il existe une lésion naso-pharyngienne origine de l'affection, on peut considérer cette forme catarrhale comme n'étant bien souvent que le premier stade de l'otite moyenne suppurée. Assez fréquemment même, cette dernière passe à l'état chronique, et, si elle dure un certain temps, elle laisse des traces indélébiles de son passage, se manifestant surtout par de la surdité contre laquelle on est ensuite impuissant.

Traitement. — Le traitement découle surtout de la cause qui a produit l'affection; il suffit, en effet, de la supprimer pour voir disparaître tous les symptômes qu'elle avait occasionnés. Toutefois, il faut bien savoir qu'il n'est guère prudent d'agir, chirurgicalement au moins, dans le naso-pharynx

pendant la période aiguë d'une otite, sous peine de voir l'exsudat liquide se transformer en sécrétion purulente, et la perforation du tympan se produire très rapidement. On se bornera donc, pendant cette période, à prescrire des fumigations nasales faites avec de la décoction de racine de guimauve, ou mieux encore des plantes aromatiques (thym, romarin, etc.). Ces fumigations seront faites, suivant les cas, matin et soir, pendant huit à dix minutes. L'application d'un révulsif (chlorure de méthyle, vésicatoire) à l'apophyse mastoïde, constitue également un excellent traitement résolutif, mais il faut avoir le soin de recommander aux parents de l'appliquer bien en arrière de l'oreille, *sur l'apophyse*, et de préférence pendant le jour, de manière à ne pas s'exposer à le voir descendre peu à peu jusque sur le cou, et produire une vésication au niveau de la région parotidienne et non sur le point où on désirait agir. Le vésicatoire doit être généralement laissé, suivant l'âge des enfants, de 8 à 10 heures; enlevé ensuite et pansé à la vaseline boriquée.

La plupart des auteurs recommandent aussi de pratiquer la douche d'air par le procédé dit de Politzer. Mais, à notre sens, cette douche a l'inconvénient grave de refouler dans le conduit tubaire les produits septiques existant dans le naso-pharynx et de transformer une otite moyenne catarrhale simple en otite suppurée. Nous ne comprenons l'utilité de l'insufflation, dans ces cas, que si l'on pratique au préalable la paracentèse de la membrane tympanique, afin de donner issue au liquide contenu dans la caisse. Si l'enfant est assez grand pour supporter l'insufflation avec le cathéter, nous préférons ce dernier moyen à l'insufflation avec la poire, parce qu'il est beaucoup plus actif et permet d'éliminer plus sûrement au dehors le liquide contenu dans la cavité tympanique.

Si la tension du tympan est exagérée et les douleurs vives, le traitement de choix est évidemment l'incision large de la membrane tympanique qui doit être faite dans le segment inférieur, à la partie antérieure ou postérieure. Il est utile, au préalable, de bien aseptiser le conduit, à l'aide de lavages au sublimé ou à l'alcool boriqué. Il n'est pas besoin d'ajouter que le bistouri lancéolaire ou autre, employé pour faire l'incision, doit être stérilisé, et que l'on doit prendre ici les précautions aseptiques habituelles.

Après la paracentèse, on devra faire une insufflation d'air par la trompe, et il sera même parfois utile de faire, dans le conduit, une injection d'eau tiède saturée d'acide borique. De la ouate boriquée ou tout au moins hydrophile sera placée ensuite à l'entrée du conduit, et souvent renouvelée si la sécrétion séreuse continue à s'écouler par l'orifice pratiqué au tympan. Il faudra également faire, le lendemain et pendant les jours qui suivront, une insufflation avec la poire ou le cathéter, de manière à bien vider la caisse des produits qui tendraient à s'y accumuler.

Une fois l'otite guérie, on examinera le naso-pharynx de l'enfant, pour s'assurer de son intégrité ou des altérations pathologiques qu'il y aurait lieu de traiter par des moyens appropriés, pour éviter le retour des accidents.

II. — OTITE MOYENNE AIGUË SUPPURÉE.

Nous ne reviendrons pas sur l'étiologie qui est la même que celle décrite dans le chapitre précédent (p. 529).

A) *Symptômes fonctionnels.* — Dans la forme suppurative aiguë, les douleurs d'oreille, au lieu de durer seulement quelques heures, prennent un caractère d'intensité beaucoup plus considérable et sont également bien plus persistantes; elles arrachent aux enfants des cris de douleur non seulement toute la nuit, mais elles se prolongent pendant la journée et même plusieurs jours de suite, si l'intensité de la phlegmasie est considérable et que l'issue du pus tarde à se produire.

S'il s'agit d'un nouveau-né ou d'un enfant tout jeune, au-dessous de 4 à 5 ans, on le voit, dans le premier cas, repousser le biberon ou le sein, parce que les mouvements de succion exaspèrent sa douleur; pour le second, le bruit violent, le froid l'impressionnent désagréablement et réveillent ses crises. La fièvre est toujours plus ou moins intense, et nous l'avons vue, chez certains enfants, persister pendant plusieurs jours, atteignant souvent, dans la soirée, 39°, 40° et même davantage. On peut considérer que pendant cette période douloureuse le thermomètre n'est jamais au-dessous de 39°, et oscille habituellement entre ce chiffre et 40°. C'est dans ces cas, surtout chez les jeunes enfants, que l'on voit survenir une série de troubles nerveux dus, soit à la compression, soit à l'irritation de l'axe cérébro-spinal. Car alors apparaissent des symptômes qui ressemblent, presque à s'y méprendre, à ceux de la méningite. Dans cette forme, en effet, non seulement la température est élevée, mais le pouls est accéléré, la perte de connaissance est presque complète, l'enfant agité pousse des cris violents pendant lesquels sa face se convulse. Les vomissements, souvent abondants, viennent encore donner à ce tableau toutes les apparences de l'inflammation méningée, hypothèse d'autant plus plausible que, généralement, il existe un gonflement des ganglions du cou et une raideur plus ou moins marquée de la nuque, parfois même du torticolis, surtout si la phlegmasie de l'arrière-gorge est très marquée. A cette période, les véritables crises convulsives ne sont pas rares; elles contribuent du reste à faire confondre l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne avec des phénomènes d'origine cérébrale, ou tout au moins méningée. Généralement, on peut dire que la plupart de ces otites moyennes suppurées à forme suraiguë sont méconnues chez les enfants en bas âge, et nous ne serions pas éloigné de croire qu'un certain nombre de soi-disant méningites, regardées comme guéries, n'ont été autre chose que de simples inflammations aiguës de l'oreille moyenne, car le tableau clinique symptomatique diffère peu dans les deux cas.

On conçoit que, si le sujet n'est pas assez âgé pour guider le médecin dans ses recherches, une erreur de diagnostic deviendra très facile, si l'on ne songe pas à la possibilité de pareils accidents et si l'on n'examine pas les oreilles de l'enfant. De même, lorsque dans la convalescence d'une fièvre éruptive, rougeole ou scarlatine, on voit rapidement la fièvre devenir intense