

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 constituantes de 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 Toynebee, 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 *Otarrhale*; 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 piqure 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 feuillets 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'engouement 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 expiration 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'apprête à l'ouvrir, mais il reparait 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 hémiparésie 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 *speculum*. 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 le 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 clysopompe, 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 insuccès 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 essaiera 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