

ARTICLE II
MALADIES DE LA TROMPE

CHAPITRE I
LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA TROMPE

On observe des lésions de la trompe dans certains traumatismes graves, comme les tentatives de suicide ou les fractures de la base du crâne. Mais c'est surtout lors de tentatives chirurgicales faites pour franchir un rétrécissement de ce conduit qu'on rencontre des déchirures de sa muqueuse. Ces déchirures sont produites soit par le bec du cathéter, lorsque le cathétérisme est pratiqué par des mains inexpérimentées ou avec violence, soit par des bougies introduites pour dilater un rétrécissement. On s'aperçoit de cet accident quand, en retirant la bougie, on la voit couverte de sang à son extrémité. Il faut, en pareil cas, s'abstenir de faire une injection d'air dans la trompe, sous peine de voir se développer un emphyseme, qui peut envahir les parois latérales du cou, s'étendre à la paroi postérieure du pharynx, et, gagnant le larynx, déterminer de la suffocation.

Traitement. — Lorsque cet accident survient, on fait une légère ponction, qui donne issue à l'air infiltré. Celui-ci s'échappe en sifflant, et le malade se trouve soulagé.

Nous avons vu que le cathétérisme était susceptible de provoquer des inoculations. C'est surtout la syphilis qui est ainsi communiquée.

Il suffit, pour éviter ces accidents, de ne se servir que d'instruments tout à fait propres.

Il existe une autre variété de traumatismes sur lesquels nous voulons attirer l'attention et qui résulte de la pratique déplorable du tamponnement postérieur des fosses nasales dans les cas d'épistaxis : le tampon postérieur lèse presque infailliblement l'orifice tubaire, qu'il obstrue d'une façon plus ou moins complète. De plus, son séjour amène dans la trompe et ensuite dans la caisse, des infections, d'où la fréquence des otites purulentes aiguës, à la suite de ce procédé.

Il faut donc s'abstenir de tout tamponnement postérieur des fosses nasales. Nous avons indiqué, à l'article *Epistaxis*, quels étaient les moyens d'arrêter les hémorragies nasales, sans avoir recours à cette pratique dangereuse.

CHAPITRE II
CORPS ÉTRANGERS DE LA TROMPE

Les corps étrangers de la trompe résultent de manœuvres chirurgicales : ce sont des fragments de bougie ou de sonde qui se sont rupturés dans son intérieur, des laminaires ; ou bien il s'agit de corps étrangers ayant pénétré spontanément : lombrics, aiguilles, épis, parcelles alimentaires. On rencontre encore à l'intérieur de la trompe des mucosités, des croûtes, des bouchons muqueux, et surtout du sang, lors d'épistaxis après les tamponnements postérieurs.

Traitement. — Les corps étrangers qui font saillie dans la lumière du pavillon de la trompe sont extraits avec des pinces aidées de la rhinoscopie postérieure. Lorsqu'il s'agit de mucosités, de bouchons muqueux ou de sang, on fait, au moyen de la sonde et de la poire, une aspiration, pour essayer de rendre au canal tubaire sa perméabilité. Enfin, il faut savoir que, lorsque ces corps étrangers ont pénétré dans la caisse, ils sont capables

de déterminer une otite purulente avec perforation du tympan.

CHAPITRE III

INFLAMMATIONS DE LA TROMPE

Les inflammations de la trompe n'existent jamais seules. Elles accompagnent toujours les inflammations du rhino-pharynx ou rhino-pharyngites et se propagent généralement à la caisse, constituant alors les *otites moyennes*, que nous avons étudiées précédemment. Nous y renvoyons le lecteur.

CHAPITRE IV

RÉTRÉCISSEMENTS ET DILATATIONS DE LA TROMPE

A. — RÉTRÉCISSEMENTS, OBSTRUCTIONS, OBLITÉRATIONS

Les inflammations nées de la cavité naso-pharyngienne déterminent souvent un rétrécissement et même une obstruction plus ou moins complète de la trompe. Ces altérations sont dues soit à l'épaississement de la muqueuse, soit à la présence de bouchons ou de croûtes, soit à l'hypertrophie totale des parois. Mais, outre ces oblitérations d'origine inflammatoire, il en est d'autres, tenant à la présence de tumeurs, qui compriment l'extrémité pharyngienne de la trompe. Nous citerons les polypes muqueux, les queues de cornets et surtout les polypes naso-pharyngiens. Tout autrement agissent les hypertrophies des amygdales ou les végétations adénoïdes. L'obstruction résulte alors de l'inflammation que ces lésions provoquent dans le rhino-pharynx. Ce n'est donc pas parce que l'ablation de ces tumeurs enlève une cause d'obstruction directe que l'ouïe s'améliore; c'est simplement parce qu'à la suite de l'ablation le catarrhe naso-pharyngien disparaît; dans certains cas, les obstructions sont dues à l'existence de brides ou de coarctations consécutives à des ulcérations et d'origine syphilitique.

Traitement. — Le *traitement* varie suivant la cause de l'obstruction. Lorsqu'il y a compression de l'ouverture pharyngienne par une tumeur, il faut enlever celle-ci. Si, comme cela a lieu généralement, il existe un catarrhe naso-pharyngien aigu ou chronique, on soigne celui-ci d'après les procédés que nous avons précédemment indiqués.

Si l'on veut tenter de rétablir la perméabilité du canal, on fait pénétrer de l'air dans la caisse par les procédés de Valsalva, de Politzer ou, mieux encore, au moyen du cathétérisme.

Quand, le canal tubaire étant trop rétréci, l'air ne peut passer, on a recours aux bougies. Il faut s'abstenir de faire des cautérisations dans la trompe; elles sont susceptibles de provoquer une inflammation très grave.

Enfin, lorsqu'il existe une oblitération complète de ce conduit, des lésions consécutives aux tubo-tympanites, on obtient un résultat satisfaisant par l'évidement pétromastoïdien avec tubage.

B. — DILATATIONS DE LA TROMPE

Cette altération s'observe dans des circonstances assez rares. On la rencontre chez les individus atteints d'otite scléremateuse d'emblée, ou de rhino-pharyngite atrophique. Elle se caractérise par une sorte d'autophonie ou de tympanophonie, qui cesse quand on vient à oblitérer plus ou moins l'orifice tubaire.

Traitement. — Le *traitement* doit s'adresser aux causes qui ont provoqué la dilatation. C'est ici seulement qu'on est autorisé à pratiquer la galvano-cautérisation de l'orifice tubaire dans le but d'amener un rétrécissement cicatriciel.

ARTICLE III
MALADIES DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

CHAPITRE I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

Les traumatismes de l'apophyse mastoïde comprennent des plaies et des fractures.

A. — PLAIES

Les plaies intéressent simplement les parties molles ou l'os sous-jacent. Les lésions des parties molles produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants provoquent souvent la blessure des artères auriculaires postérieures, d'où des hémorragies. Les lésions osseuses résultent également d'instruments piquants ou contondants (balles, etc.). Suivant la profondeur de pénétration, la table externe, les cellules et même la table interne sont intéressées. Ces plaies peuvent même aller plus loin, atteindre la dure-mère, le sinus latéral et le cerveau, et se compliquer de corps étrangers, qui restent fixés dans les différentes parties de l'apophyse. Dans ces cas, rarement la plaie se ferme. Presque toujours il persiste une fistule amenant une carie de l'os sous-jacent.

Traitement. — Dans une plaie simple, en cas d'hémorragie, il faut arrêter celle-ci, soit par compression directe, si on ne voit pas le vaisseau, soit, lorsqu'on le trouve, en faisant sa ligature, ou, mieux encore, sa torsion.

La plaie intéresse-t-elle l'os? on enlève les esquilles et on facilite leur élimination par un drainage.

Si l'on reconnaît la présence d'un corps étranger, on agrandit la solution de continuité des téguments avec toutes les précautions voulues, et l'on ouvre suffisamment l'apophyse, afin d'opérer l'extraction.

B. — FRACTURES

Les fractures de l'apophyse mastoïde sont incomplètes ou complètes.

Les fractures incomplètes résultent ordinairement d'un enfoncement de la table externe à la suite de chutes, de coups. Elles s'accompagnent de solution de continuité des parties molles.

Les fractures complètes sont très rares et apparaissent à la suite d'un traumatisme direct : balle, coup de pied de cheval.

Traitement. — Le traitement des fractures incomplètes est analogue à celui des plaies osseuses.

Quant à celui des fractures complètes, on s'efforce de rapprocher les fragments à l'aide de bandages appropriés.

CHAPITRE II

INFLAMMATIONS DE L'APOPHYSE MASTOÏDE
OU MASTOÏDITES

Les inflammations de l'apophyse mastoïde diffèrent suivant la profondeur de leur siège. Nous distinguerons :

a) L'abcès sous-cutané, qui n'est, la plupart du temps, qu'une adénite suppurée. On l'observe à la suite d'érosions superficielles du pavillon, de furoncles. Si l'abcès n'est pas ouvert, il fuse dans le tissu cellulaire, vers le conduit auditif externe ou dans la région mastoïdienne.

Traitement. — Il n'existe qu'un traitement rationnel : c'est l'ouverture de la collection purulente. Si l'on cons-

tate une fistule dans le conduit auditif ou même vers les téguments de la région mastoïdienne, on curette le trajet et on le cautérise avec une solution de chlorure de zinc à 1 p. 20.

b) Abscès sous-périostique. — Il est quelquefois primitif et survient à la suite d'un traumatisme. Mais, la plupart du temps, il prend naissance à l'occasion d'une otite moyenne suppurée aiguë ou chronique. Sous l'influence de l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la caisse, muqueuse qui, nous le savons, est une muqueuse périostique, il se fait une propagation inflammatoire de tissu, par continuité au périoste du conduit auditif externe et à celui de l'apophyse mastoïde. Il n'est donc pas nécessaire d'admettre l'existence d'une otite moyenne périostique. Ajoutons que cette propagation se fait plus facilement chez l'enfant; car le conduit auditif est rudimentaire et le périoste de la caisse se continue avec celui qui tapisse la face interne du temporal. L'abcès sous-périostique peut s'ouvrir à l'extérieur en ulcérant les téguments. D'autres fois, il se fait jour dans le conduit auditif externe, ou par les deux à la fois. L'os est dénudé et souvent il y a nécrose des parties sous-jacentes.

Traitement. — On fait, en arrière de l'oreille, une incision longue et profonde jusqu'à l'os. Elle suffit si les parties osseuses sous-jacentes sont intactes. On doit s'assurer, à l'aide de la sonde cannelée, que les cellules mastoïdiennes ne participent pas à l'infection. Dans le cas contraire, on ouvrirait ces cavités, comme nous allons le voir dans l'affection suivante.

c) Abscès intra-mastoïdien. — Une plaie pénétrante de l'apophyse mastoïde, avec ou sans corps étranger, est capable de produire un abcès intra-mastoïdien primitif. Mais, ordinairement, l'abcès intra-mastoïdien résulte d'une inflammation suppurée de la caisse. La suppuration des cellules

résulte de la propagation de l'inflammation jusque dans l'apophyse, par suite de la communication directe de celle-ci avec l'antre et l'aditus; ou bien elle provient de la rétention du pus dans les cavités tympaniques, comme cela a lieu quand viennent à se produire les phénomènes de la cavité close. On observe, en effet, l'abcès intra-mastoïdien quand la perforation de la membrane du tympan n'existe pas ou est insuffisante. Le pus, après avoir aminci la lame externe de l'apophyse, tend à se faire jour au dehors. Il peut encore pénétrer dans la gaine du sterno-mastoïdien, ou s'ouvrir dans le conduit auditif externe, en décollant le périoste. Enfin, on a vu l'abcès perforer le sinus latéral, le sinus pétreux, pénétrer du côté de la cavité crânienne, dans la fosse cérébrale postérieure ou dans la fosse cérébelleuse.

Traitement. — Une fois reconnu l'abcès intra-mastoïdien, il n'y a qu'à donner issue à la collection purulente contenue dans les cellules. Ce but ne saurait être atteint par la simple incision des téguments préconisée par Wilde; celle-ci ne constitue pas davantage un premier temps l'intervention. L'essentiel est de se hâter. On attaque immédiatement l'apophyse mastoïde en son lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau de l'antre, et de là on rayonne vers les cellules mastoïdiennes, jusqu'à ce que l'on ait ouvert toutes les parties osseuses contenant du pus. On procède avec grande précaution à un curettage soigneux, en évitant de léser le nerf facial ou le sinus latéral. Après avoir touché ces différents points au chlorure de zinc, on établit un drainage postérieur. Nous proscrivons absolument toutes sortes d'injections; elles n'ont aucune utilité. Si, comme cela a lieu parfois, il existe des altérations du côté de l'aditus et de la caisse, on ne doit pas hésiter à compléter ce curettage par l'évidement mastoïdien.

CHAPITRE III

TUMEURS DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

On a rencontré, dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde, des productions de nature très variable : des *cholestéatomes* ou tumeurs perlées, qui s'ouvrent ou non spontanément à l'extérieur ; des *kystes dermoïdes* ; des *myzomes polypôides* inclus dans les cellules consécutivement à d'anciennes supurations. On a signalé un *cancer* de l'apophyse mastoïde. Toutes ces variétés de tumeurs sont excessivement rares.

Traitement. — Le *traitement* se résume dans leur *ablation*.

Certains auteurs ont voulu faire de l'*hypérostose de l'apophyse mastoïde* une maladie à part. Elle résulte, en réalité, du processus scléreux des otites chroniques atrophiques, et est caractérisée par une véritable éburnation du tissu osseux. Dans ce genre d'affections, les malades accusent des douleurs névralgiques, ayant leur origine dans l'étranglement des filets nerveux produits par l'hypérostose osseuse.

L'*évidement pétro-mastoïdien*, en même temps qu'il traite l'affection, met fin à ces névralgies en supprimant l'étranglement de ces filets.

Enfin, nous signalerons certaines tumeurs de nature gazeuse : les *pneumatocèles*, qui se montrent au niveau des fissures et des débiscences de l'apophyse.

Leur *traitement* consiste dans l'*évidement*.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DE L'OREILLE INTERNE

CHAPITRE I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'OREILLE INTERNE

Les lésions traumatiques de l'oreille interne sont assez nombreuses. Elles causent une surdité plus ou moins accentuée, souvent complète. Dans les fractures de la base du crâne qui atteignent le rocher, on constate de simples fêlures ; lorsque la fracture résulte de l'action d'un projectile, elle est plus considérable et se complique de la présence d'un corps étranger.

On a vu des contusions violentes sans fracture déterminer des lésions labyrinthiques ; tels sont les épanchements sanguins qui se produisent dans ces conditions. De même, un coup appliqué sur l'oreille, un bruit d'une grande intensité, sont susceptibles non seulement d'agir sur le tympan et de le déchirer, mais encore de déterminer, par l'intermédiaire des osselets et de la fenêtre ovale, certains accidents du côté des terminaisons du nerf auditif. Suivant la partie lésée, on observe une surdité limitée aux sons aigus ou aux sons graves, se traduisant par une abolition ou une diminution de la perception osseuse du côté malade, quand on fait vibrer un diapason sur le crâne.

Traitement. — Le *traitement* est subordonné à la cause du traumatisme. Dans les fractures du crâne avec simple fissure, lors de contusions, de commotions sans fracture, on use d'antiphlogistiques, d'émissions sanguines,