

Relativement au choix de la méthode, du reste, on ne peut donner que des indications générales ; la nature, le volume, la position du polype, le plus ou

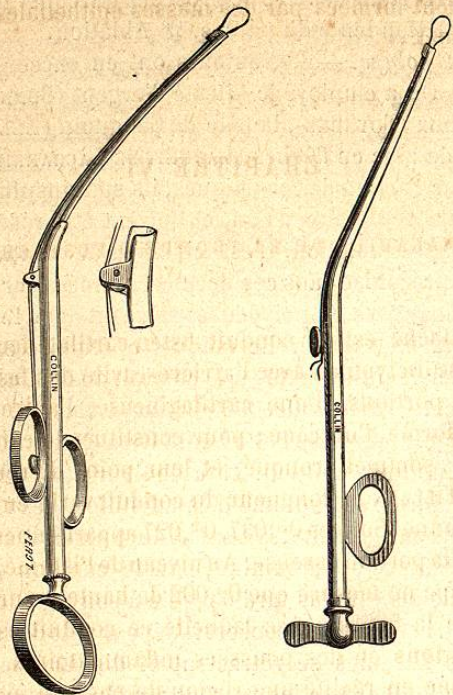


Fig. 102. — Serre-nœud de WILDE.

moins de largeur du méat et du conduit auditif aideront le chirurgien et le conduiront à adopter tel ou tel procédé.

TUMEURS DIVERSES

Les tumeurs de la caisse sont assez rares. FISCHER et ROBERTSON ont observé chacun un cas de sarcome de l'oreille ; BÆKE aurait rencontré un ostéosarcome ; DUPLAY, SCHWARTZE, BRUNNER ont rapporté des cas d'épithéliome, et SCHWARTZE a recueilli dans la science un certain nombre d'observations de tumeurs malignes de la caisse.

Quelle que soit la nature de ces tumeurs, elles s'annoncent en général par des douleurs intolérables, avec écoulement séro-purulent par l'oreille. Elles se présentent d'ordinaire sous forme de masses fongueuses qui saignent au moindre contact et offrent, d'après DUPLAY, une coloration gris-jaunâtre d'une consistance assez ferme.

Le diagnostic est difficile, il est indiqué d'avoir recours le plus tôt possible à l'examen histologique. La marche de la maladie est rapide, la mort survient

d'habitude par complication ou hémorragie. Nous sommes presque sans ressources devant ces affections.

Enfin ITARD, BONNAFONT, GRUBER ont signalé l'existence de tumeurs d'aspect crayeux, qui semblent formées par des masses épithéliales et de la cholestérine (cholestéatomes).

CHAPITRE VI

MALADIES DE LA TROMPE D'EUSTACHE

La trompe d'Eustache est un conduit ostéo-cartilagineux qui met en communication la caisse du tympan avec l'arrière-cavité des fosses nasales. Elle se compose de deux portions, l'une cartilagineuse, l'autre osseuse ; chacune d'elles présente la forme d'un cône ; pour constituer le canal, ces deux cônes s'unissent par leur sommet tronqué, et leur point de réunion porte le nom d'isthme. D'après TILLAUX, la longueur du conduit varie entre 0^m,035 et 0^m,040, soit 0^m,037 en moyenne. Sur ces 0^m,037, 0^m,027 appartiennent à la portion cartilagineuse, 0,010 à la portion osseuse. Au niveau de l'isthme, point le plus étroit, la cavité de la trompe ne mesure que 0^m,002 de hauteur sur 0^m,001 de largeur. Ceci nous explique la facilité avec laquelle ce conduit est obturé sous l'influence des congestions ou des poussées inflammatoires.

La trompe est donc en réalité une région de passage, ne présentant pas de maladies spéciales, mais participant successivement aux affections du pharynx nasal et de la caisse. Aussi les lésions traumatiques étant mises à part, seuls l'obstruction et l'engouement de la trompe donnent lieu à des indications particulières.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions de ce genre, intéressantes pour nous, sont celles qui peuvent résulter des manœuvres mal faites ou brutales, pendant les tentatives de cathétérisme. Le bec de la sonde déchire parfois la muqueuse, ce qui provoque des épistaxis. Une fois la membrane ainsi éraillée, si l'on pousse des injections d'air avec force et sans ménagements, on verra se développer un emphysème qui s'étend rapidement au voile du palais et à l'arrière-gorge, où il détermine des accidents de suffocation. Des cas de ce genre, hâtons-nous de le dire, sont excessivement rares. Pendant le cours d'une longue pratique, LADREIT DE LACHARRIÈRE n'a observé cette complication qu'une fois : le cathétérisme avait été pratiqué par un de ses élèves qui s'était servi, pour insuffler l'air, de l'appareil ordinaire de RICHARDSON, bien préférable aux souffleries que l'on fait fonctionner avec le pied.

On ne saurait trop recommander de nettoyer avec soin la sonde après cha-

que cathétérisme, un certain nombre de cas de syphilis inoculée par ce procédé ont été signalés à l'époque où ce danger n'était pas encore connu.

2° OBSTRUCTION DE LA TROMPE

Bibliographie. — 1° *Cathétérisme de la trompe.* — BONNAFONT, *Union médicale*, 1854. — LÉVY, *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1877. — Thèses de Paris. — 1849, DAMOUR. — 1863, DELEAU. — 2° *Catarrhe et obstruction de la trompe.* — BOUDANT, *Lyon médical*, 1869. — D'HUBERT, Th. de Paris, 1872. — BARATOU, *Mouvement médical*, 1877.

Sous le nom d'engouement, d'obstruction de la trompe, on réunit toutes les affections qui ont pour résultat d'oblitérer le canal tubaire et d'empêcher l'entrée de l'air dans la caisse. L'obstruction peut siéger soit à l'orifice pharyngien, soit à l'orifice tympanique de ce conduit. Cet état reconnaît des causes nombreuses.

1° L'inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse de la trompe; 2° les tumeurs qui se développent dans la trompe elle-même ou qui prennent naissance dans son voisinage, et obturent ensuite ce canal en comprimant ses parois; 3° les corps étrangers, concrétions de mucus, caillots sanguins, etc.; 4° les paralysies incomplètes du voile du palais; 5° un certain nombre de lésions, granulations, ulcérations syphilitiques ou autres, peuvent en se cicatrisant entraîner le rétrécissement et même l'oblitération de l'orifice tubaire.

Symptômes. — L'obstruction de la trompe empêche le libre accès de l'air dans la caisse du tympan. Celui qui est ainsi enfermé dans cette cavité ne pouvant être renouvelé se résorbe, dès lors la pression exercée sur les deux faces de la membrane du tympan étant inégale, celle-ci se laisse déprimer et refouler en dedans par l'air qui pénètre dans le conduit auditif. La chaîne des osselets obéit à l'impulsion de la membrane, et l'étrier pressant sur la fenêtre ovale comprime le liquide du labyrinthe; de là, au début, des bourdonnements, puis plus tard un bruit de sifflet et une diminution manifeste de l'ouïe. L'examen du tympan décèle une concavité anormale, une saillie exagérée du manche du marteau, une déformation du triangle lumineux, allongé et rétréci. L'exploration directe de la trompe (procédés de VALSALVA, de POLITZER, cathétérisme avec insufflation) unie à l'auscultation de l'oreille donnera des renseignements plus précis. Enfin l'examen rhinoscopique avec un bon éclairage, permettra de reconnaître s'il existe une tumeur, une bride cicatricielle ou toute autre cause d'obturation de l'orifice tubaire.

Pronostic. — Étant donné l'ensemble des lésions que détermine l'obstruction de la trompe, le pronostic dépend du temps qui s'est écoulé depuis l'origine du mal. Si l'obstruction est de date récente, sous l'influence de la rentrée de l'air, et surtout après quelques douches d'air, la membrane du tympan ne tardera pas à reprendre sa souplesse, et la chaîne son élasticité première. Si au contraire la maladie est ancienne, il pourra se faire que le rétablissement

de la perméabilité ne soit plus possible, que la membrane du tympan ait contracté des adhérences, que la chaîne des osselets soit ankylosée, nous serons alors en présence d'une infirmité incurable.

Traitement. — Rétablir la perméabilité du conduit, et cela dans le plus bref délai, tel est le devoir qui s'impose au chirurgien. Suivant les cas, le traitement sera des plus variables. L'obstruction résultant le plus souvent d'un catarrhe naso-pharyngien, c'est cette maladie qu'il faudra traiter tout d'abord. S'il existe une tumeur qui comprime les parois du conduit, on commencera par l'enlever; après cette opération seulement, on aura recours au cathétérisme. Lorsqu'une cicatrice a obturé l'orifice tubaire, l'instrument tranchant peut être employé pour détruire l'obstacle; ces opérations sont délicates, parfois même impraticables.

Dans ces cas, DELEAU, ITARD, DUPLAY ont proposé la perforation artificielle du tympan. Cette manière d'agir est certainement rationnelle, mais il ne faut pas trop compter sur les résultats que l'on obtiendra, étant donné la facilité avec laquelle se réunissent les solutions de continuité ainsi obtenues.

CHAPITRE VII

MALADIES DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques. — Plaies simples et compliquées. — Fractures

Bibliographie. — A.-H. BUCK, *Diseases of the Mastoid process*, in *Arch. f. Ophthalm. a. Otolaryng.*, t. III, 1873. — POINSOT, *Région mast. (Pathologie)*, in *Dict. des sc. médic.* — BOULLET, *Plaies et fract. de l'apophyse mast.*, Th. de Paris, 1878. — *Abcès mastoïdien.* — Thèses de Paris. — WARNET, 1873. — WAINANT, 1877. — GERVAIS, 1879. — E. MÉNIÈRE, *Périostite aiguë*, Congrès d'Amsterdam, 1879. — *Trépanation de l'apophyse mastoïde.* — KNAPP, *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882, p. 109. — Thèses de Paris. — 1868, DÉLAISSEMENT. — 1874, BROCHIN. — 1875, GIERSZINSKI. — 1879, DUCASSE.

Les plaies des parties molles de la région mastoïdienne ne présentent aucun intérêt. La lésion des petites artères auriculaires ou mastoïdiennes constitue la seule complication un peu importante qui puisse survenir. Pas plus que les plaies des autres régions du crâne, celles-ci ne doivent être traitées à la légère; elles exposent en effet à l'érysipèle et à tous les accidents qu'il entraîne à sa suite.

Ces blessures peuvent être produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants. Les lésions par instruments piquants et tranchants sont rares, on ne les observe guère que dans les tentatives criminelles: Les

plaies par instruments contondants, et particulièrement celles qui résultent de l'action des projectiles de petit calibre, sont beaucoup plus fréquentes.

Il est extraordinaire de voir l'agent du traumatisme borner son action aux parties molles; le plus souvent la pyramide osseuse est intéressée en même temps. Tantôt on observe une simple dépression, un enfoncement de la paroi externe de l'apophyse et des cellules mastoïdiennes, tantôt il existe avec cela des fêlures plus ou moins profondes; enfin, une portion de la pyramide peut avoir été détachée. Ce dernier cas est presque spécial aux blessures par armes de guerre.

L'action des projectiles est soumise ici, comme partout, aux lois que nous avons exposées, elle dépend de la vitesse avec laquelle le projectile aborde les tissus, de l'angle d'incidence qu'il forme avec eux, et de son volume. Nous retrouvons, mieux accusées, les lésions que nous avons déjà énumérées, on peut rencontrer: une simple dépression, un sillon léger, une gouttière (cas de LARREY), une plaie en séton avec ou sans enclavement du projectile, enfin un éclatement complet. L'enclavement du projectile est fréquent avec les revolvers de petit calibre.

Symptômes. — La structure de l'apophyse mastoïde, le voisinage de l'oreille et des centres nerveux impriment aux fractures de cette région un caractère tout spécial.

Pendant les premiers moments qui suivent l'accident, la commotion cérébrale inévitable détermine toujours un certain degré d'hébétéude. Indépendamment de l'écoulement sanguin qui accompagne fatalement la division des parties molles, l'ouverture des cellules mastoïdiennes donne lieu à une hémorragie assez sérieuse; de plus une fêlure peut arriver jusqu'au sinus latéral, et il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre l'importance de cette nouvelle lésion. Au lieu de s'écouler librement au dehors par la plaie, le sang pénètre quelquefois dans l'oreille moyenne; de là, à la faveur d'une perforation de la membrane du tympan ou du décollement de ce diaphragme (TRÉLAT), il s'écoule par le conduit auditif externe (otorragie) ou, trouvant la trompe perméable, vient tomber dans l'arrière-gorge. En faisant exécuter au malade l'expérience de VALSALVA, il n'est pas rare de constater l'issue de l'air ou d'un liquide spumeux par les cellules ouvertes. CHEVANCE aurait vu un cas de pneumatocele consécutif à un enfoncement de l'apophyse, sans lésion des parties molles.

Pronostic. — Semblables traumatismes peuvent guérir, mais il est à craindre que la réaction inflammatoire ne détermine une méningite ou un abcès du cerveau. La présence d'un corps étranger donne à toutes ces blessures une gravité spéciale. Dans les cas les plus heureux, ce corps occasionne une suppuration abondante par laquelle il est entraîné; ou bien après un certain temps, des trajets fistuleux s'organisent et il persiste pendant des années un écoulement séro-purulent: bien plus souvent les accidents cérébraux emportent le malade. Ces différentes lésions peuvent entraîner une surdité incurable.

Traitement. — Relever les fragments enfoncés, arrêter l'hémorragie soit en comprimant la carotide du côté correspondant, soit à l'aide d'un tamponnement, et surtout prévenir les accidents inflammatoires, telle doit être la conduite du chirurgien dans les cas simples. La gravité des accidents déterminés

par la présence d'un corps étranger indique nettement la conduite à tenir; il faut, à l'exemple de DUPUYTREN et de LARREY, extraire le corps étranger chaque fois que la chose est possible, mais attendre son élimination par la suppuration toutes les fois que sa position profonde peut faire redouter une hémorragie.

§ 2. — Lésions inflammatoires de l'apophyse

1° PÉRIOSTITE

L'inflammation du périoste de l'apophyse mastoïde résulte le plus souvent de la propagation à cette membrane d'une affection similaire, déjà existante dans la caisse ou le conduit auditif externe. Elle peut encore être la conséquence des lésions traumatiques.

Symptômes. — Cette périostite est annoncée par des douleurs excessivement violentes, accompagnées de fièvre et parfois de délire. Bientôt les parties deviennent rouges, tuméfiées, il se forme derrière l'oreille un gonflement œdémateux par suite duquel le pavillon semble détaché de la tête et porté en dehors et en avant. Après deux ou trois jours de souffrances intolérables, la tumeur s'acumine, les douleurs diminuent, une collection purulente s'est formée (abcès sous-périostique). Il faut rapidement donner issue au liquide, car des décollements étendus peuvent se produire du côté des os du crâne, ou le pus fusera dans la gaine du sterno-mastoïdien.

Pronostic. Traitement. — Cette variété de périostite est grave, vu les douleurs qu'elle détermine et les complications qu'elle peut entraîner. Dès le début de la maladie, on cherchera à arrêter l'inflammation et à calmer la douleur par l'emploi des révulsifs (vésicatoires, surtout pointes de feu) et les injections calmantes. Si malgré ces moyens, l'inflammation ne s'arrête pas, il faut, suivant le conseil de DE WILDE, pratiquer sur toute la hauteur de l'apophyse mastoïde, une incision allant jusqu'à l'os; généralement alors les accidents immédiats disparaissent, et le malade peut attendre la cicatrisation toujours fort tardive. Si déjà il y a du pus formé, on fera des ouvertures en nombre suffisant, puis on assurera par le drainage l'écoulement des liquides.

2° INFLAMMATION. — OTITE DES CELLULES MASTOÏDIENNES

Étiologie. — Cette inflammation est habituellement consécutive à l'otite moyenne aiguë et surtout aux écoulements chroniques de la caisse; cela n'a rien de surprenant, étant donné les rapports qui existent entre ces deux cavités. Parfois la maladie se montre à la suite d'un traumatisme, de l'impression du froid, ou consécutivement à la périostite suppurée de l'apophyse.

Symptômes. — Dès le début de l'inflammation le malade accuse des douleurs vagues, généralisées, qui se localisent et deviennent excessivement violentes, le plus souvent les souffrances affectent un caractère intermittent.

Pendant plusieurs jours ce sont là les seuls symptômes observés, puis un gonflement œdémateux apparaît derrière l'oreille; à la longue, le pus enfermé dans cette cavité finit par repousser la lamelle osseuse qui du côté de la face externe limite les cellules; cette paroi s'amincit et se laisse enfin perforer. Ainsi se forme un abcès sous-périostique dont l'ouverture met à nu la cavité des cellules mastoïdiennes. Bien que la guérison de semblable lésion soit toujours fort longue, la formation d'un abcès sous-périostique est un des modes de terminaison les plus heureux de la maladie. L'inflammation peut en effet, dans le cas contraire, se communiquer aux méninges et au cerveau, et donner lieu à une encéphalo-méningite mortelle. Dans d'autres circonstances, survient une phlébite du sinus latéral qui détermine la mort par infection purulente.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours facile de différencier l'affection qui nous occupe d'avec la périostite. Cependant au début, l'existence d'un empatement œdémateux, la rougeur et la perforation de la région, feront songer au développement d'une périostite. Plus tard, lorsque la lamelle osseuse a été perforée, il est bien difficile de reconnaître la nature de la lésion que l'on a sous les yeux.

Traitement. — Les révulsifs, les émissions sanguines locales sont absolument inutiles dans ce cas. Sans perdre un temps précieux à cette médication, le chirurgien pratiquera le plus tôt possible l'incision de WILDE, puis si les douleurs ne se calment pas, il faut ouvrir les cellules mastoïdiennes. Exécutée pour la première fois au siècle dernier par J.-L. PETIT, et ayant occasionné la mort de J.-J. Berger, médecin du roi de Danemark (1795), cette opération était tombée en désuétude. Elle a été reprise plus tard par SAISSY, ITARD, FORGET, FOLLIN. On la pratique soit avec un bistouri court et solide, soit avec une tréphine. Les résultats sont généralement très satisfaisants : sur cent vingt trépanations réunies par GERVAIS, la mort serait survenue vingt fois.

CHAPITRE VIII

MALADIES DE L'OREILLE INTERNE

§ 1^{er}. — Lésions inflammatoires de l'oreille interne. — Affections du labyrinthe

Malgré les recherches modernes, nous n'avons pas encore de connaissances bien complètes sur les maladies du labyrinthe. Les notions que nous possédons sur l'anatomie pathologique de ces diverses affections sont peu nombreuses, et les symptômes se retrouvant absolument les mêmes dans les différentes lésions, il est difficile d'établir des types cliniques bien tranchés.

1° HYPERHÉMIE

La congestion de l'oreille est une affection assez fréquente. Elle complique souvent les fièvres graves; de plus, chez les rhumatisants, les goutteux, les

herpétiques, on observe aussi des congestions de ce côté. Enfin, les travaux de CL. BERNARD, MAGENDIE, LABORDE, nous ont démontré l'influence spéciale qu'exercent sur l'oreille les lésions du trijumeau, du bulbe, du sympathique et du ganglion de Gasser.

Symptômes. — Trois phénomènes principaux décèlent la congestion de l'oreille interne : 1° une surdité plus ou moins accusée; 2° des bourdonnements; 3° des vertiges. Comme dans toutes les maladies du labyrinthe, les bourdonnements consistent en bruits musicaux, tantôt incessants, tantôt passagers; ces bruits deviennent plus intenses après les repas, pendant la digestion, ou lorsque le malade se baisse. Les variations de température ont une influence assez marquée sur leur apparition ou leur augmentation.

Traitement. — La thérapeutique est variable suivant la nature de la maladie. D'une façon générale cependant, on se trouvera bien de l'emploi des purgatifs salins, et de l'usage des médicaments qui excitent la sécrétion de la pituitaire et des glandes salivaires (iodure de potassium, chlorhydrate de morphine). Mais ce sont les révulsifs et les courants continus qui ont donné les meilleurs résultats.

2° OTITE LABYRINTHIQUE AIGÜE

Sous ce nom, VOLTOLINI décrit une affection presque spéciale à l'enfance, qui se manifeste par une fièvre violente, de la céphalalgie, du coma. Ces symptômes s'amendent rapidement, mais la maladie laisse comme trace de son passage une surdité parfois absolue; de plus, lorsqu'on met les petits malades sur leur séant, ils chancellent comme pris de vertige. Un certain nombre d'auteurs, en particulier DUPLAY, croient que cette otite prétendue n'est qu'une méningite localisée, ou une inflammation des ventricules. Pour LADREIT DE LACHARRIÈRE, au contraire, il s'agit d'une entité morbide spéciale, qui serait plus fréquente qu'on ne se l'imagine. D'après cet auteur, l'otite labyrinthique peut être primitive ou consécutive, elle se montrerait alors dans le cours des fièvres graves, à la suite des méningites, ou serait consécutive à un état inflammatoire de la caisse (otite moyenne). Qu'elle soit primitive ou consécutive, la maladie est toujours d'une gravité extrême. Si, en effet, elle ne compromet pas toujours l'existence du sujet, elle occasionne habituellement une surdité incurable qui, vu l'âge de l'enfant, entraîne fatalement la mutité.

3° MALADIE DE MÉNIÈRE

SYNONYMES. — Otite labyrinthique aiguë. — Hémorragie du labyrinthe. — Syndrome de MÉNIÈRE
Surdité apoplectiforme (KNAPP).

Bibliographie. — MÉNIÈRE, *Bull. de l'Acad. de médecine*, t. XXVI, 1861 et *Gaz. médicale*, 1861. — CHARCOT, *Progrès médical*, 1874. — LADREIT DE LACHARRIÈRE, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875. — GUYE, *Revue mensuelle de médecine*