

tout qu'elle est liée à la scrofulo-tuberculose ou qu'elle apparaît à la suite des fièvres graves; c'est dans ces cas surtout qu'elle gagne en profondeur et peut devenir une périostite du conduit auditif externe.

C'est encore aux injections émollientes ou opiacées, aux fumigations de vapeur, aux pulvérisations phéniquées qu'il faudra s'adresser, tous les autres moyens: vésicatoires, pommades, les sangsues elles-mêmes, ne me paraissent être d'aucun bon effet.

### 2° Otite externe chronique.

Chez les enfants scrofulo-tuberculeux l'otite chronique peut s'établir d'emblée sans être précédée d'une inflammation aiguë; c'est elle qui toujours détermine les otorrhées rebelles. Mais trop souvent l'otite chronique s'accompagne d'un écoulement jaune ou verdâtre d'odeur souvent repoussante; il est des cas, chez l'adulte surtout, où l'écoulement fait défaut et où la muqueuse, au lieu d'être recouverte d'un enduit puriforme, est au contraire épaissie par des lames épidermiques sèches et écailleuses. Cette dernière forme a été rattachée sans trop de raison aux évolutions arthritiques.

Quoi qu'il en soit, ces deux formes s'accompagnent toujours d'un sentiment de pesanteur dans l'oreille, avec prurit excessif et chaleur.

De même que l'otite externe aiguë, l'otite chronique peut gagner le tympan et l'oreille moyenne; de même aussi elle peut gagner en profondeur et déterminer une périostite du conduit avec tous les accidents que nous allons signaler.

Les injections à l'eau phéniquée pour déterger le conduit, les injections astringentes pour modifier la nutrition de la muqueuse, sont les meilleurs agents locaux à employer; mais c'est surtout au traitement général par les toniques de toute espèce, par les arsenicaux surtout, qu'il faudra avoir recours, tout en se tenant prêt à combattre tous les accidents qui pourraient survenir.

### 3° Périostite du conduit auditif externe.

C'est à la suite d'otite chronique de nature scrofulo-tuberculeuse, dans la convalescence des fièvres éruptives et peut-être à la suite de gommés syphilitiques, que cet accident grave intervient d'habitude.

Des douleurs sourdes d'abord, très vives ensuite, nocturnes surtout, apparaissent brusquement; la muqueuse est gonflée, le périoste épaissi et le conduit auditif à peu près fermé; le pus se forme alors, il se fait jour plus tard par ulcération de la membrane qui tapisse le canal et ne varie ni en quantité ni en qualité. On constate alors au moyen du stylet que des points nécrosés existent au-dessous du périoste et que des séquestres sont prêts à se détacher. S'ils sont superficiels, la maladie peut

se résoudre, mais s'ils sont reliés à des tubercules, la périostite, après s'être amendée momentanément, reparaitra presque infailliblement.

La périostite du conduit auditif peut gagner l'apophyse mastoïde et ses cellules, l'articulation temporo-maxillaire, et par le tegmen tympani et ses veinules déterminer une phlébite des sinus de la dure-mère et la méningo-encéphalite; aussi ne faut-il pas oublier que cette maladie est toujours chose sérieuse.

Les injections émollientes, les pulvérisations phéniquées tièdes, quelques antiphlogistiques s'il est nécessaire; des opiacés, les injections de morphine surtout, pour combattre les douleurs, et l'extraction des séquestres aussitôt que possible, telles sont les bases du traitement. Il ne faut pas perdre de vue que la cicatrisation peut entraîner des adhérences vicieuses du conduit, et qu'il importe de s'y opposer par des dilatations progressives.

### C. — Lésions formatives.

*Exostoses.* — On trouve dans le conduit auditif externe des tumeurs osseuses qui tantôt constituent de véritables hyperostoses de toute la portion osseuse de ce canal et me semblent devoir être rattachées à des vices de conformation, et qui tantôt forment de petites masses uniques ou multiples situées principalement à la paroi supérieure du conduit. Ces dernières, véritables exostoses, peuvent coexister sur les deux côtés; ne seraient-elles pas alors congénitales? Quand elles ne se trouvent que d'un seul côté, on les rattache à la syphilis tertiaire ou à l'arthritisme.

Elles peuvent se trouver à l'entrée du canal auditif, auquel cas elles sont peu ou pas douloureuses, tandis que lorsqu'elles ont leur siège au fond du conduit vers le tympan, elles sont excessivement sensibles au toucher et peuvent déterminer des crises de douleurs irradiées. Par leur développement lent elles obstruent le canal et produisent la surdité.

Avant de songer à intervenir chirurgicalement on fera bien, puisque l'on admet l'origine syphilitique possible, de s'adresser d'abord au traitement spécifique. Si l'on n'obtient aucun résultat, ce qui arrive dans beaucoup de cas, on tâchera d'enlever la tumeur par les rugines soit directement, soit après l'avoir préalablement perforée sur un ou plusieurs points.

Pour les vices de conformation du conduit auditif externe, pour les affections du tympan, de l'oreille moyenne et du labyrinthe, je renvoie aux traités spéciaux d'otologie.

### 3° AFFECTIONS DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

Par sa situation au fond du pharynx, le pavillon de la trompe, très dilaté comparativement au reste de son étendue, est soumis à toutes



les lésions qui appartiennent au pharynx nasal. Les affections de l'oreille moyenne peuvent, elles aussi, bien plus difficilement cependant, s'étendre à l'extrémité supérieure de la trompe : cette portion du conduit tubaire est en effet plus rétrécie que l'extrémité pharyngienne. Il faut se souvenir que la trompe est constituée par une partie osseuse, une partie cartilagineuse et une partie fibreuse. Ces deux portions distinctes se réunissent l'une à l'autre par un isthme rétréci situé environ aux deux tiers de l'espace compris entre le pavillon et l'orifice de la trompe dans l'oreille moyenne. La portion cartilagineuse forme en réalité une gouttière complétée à sa partie supérieure par une membrane fibreuse sur laquelle s'insèrent les fibres du péristaphylin.

Sans revenir en détail sur les causes qui peuvent déterminer l'obstruction de la trompe, rappelons que les tumeurs, les cicatrices adhérentes après la guérison des ulcérations de toute nature, les corps étrangers, les accumulations de mucosités, les caillots sanguins, toutes les indurations et épaisissements de la muqueuse par inflammation chronique, comme encore la paralysie des péristaphylins, peuvent empêcher l'air d'arriver dans la caisse du tympan par la voie tubaire, et produire par conséquent une différence de tension entre le gaz aérien contenu dans la caisse et l'air extérieur, différence de tension qui entraînera fatalement des conditions défavorables à la conduction des ondes sonores.

Toutes les fois que l'obstruction est récente, qu'elle ne tient pas à des adhérences vicieuses, il est facile d'y remédier en désobstruant le canal de la trompe et en y poussant de l'air avec la poire en caoutchouc. Le cathétérisme de la trompe doit être fait avec prudence, car, ainsi que nous l'avons dit, il peut arriver qu'à travers la muqueuse déchirée par le bec de la sonde il se produise des emphysemes graves.

#### 4° LÉSIONS DE L'APOPHYSE MASTOÏDE.

A. *Lésions traumatiques.* — Les lésions de l'apophyse mastoïde par instruments piquants ou tranchants sont très rares; il n'en est pas de même de celles produites par les instruments contondants, les projectiles de guerre ou leurs fragments.

La peau ne saurait guère être seule lésée, car elle est en contact direct avec l'apophyse dont la coque osseuse très mince n'offre que peu de résistance. L'air, contenu dans les cellules mastoïdiennes en vertu de son élasticité, transmet le choc dans une certaine étendue périphérique autour du point touché; il en résulte des fissures multiples et même une séparation totale du sommet du cône de l'apophyse mastoïde. Ces fissures peuvent s'étendre assez loin et gagner la base du crâne, d'où les accidents très graves que nous connaissons.

Mais la peau peut avoir été simplement contusionnée et la fracture de

la mastoïde peut être restée sous-cutanée. Au premier abord, on pourrait donc considérer ce genre de lésions comme étant de minime gravité; il ne faut cependant pas oublier que la présence de l'air contenu dans les cellules mastoïdiennes peut amener la phlébite infectieuse des veinules qui parcourent la muqueuse déchirée, et entraîner ainsi une phlébite du sinus latéral.

D'autre part cette déchirure de la muqueuse ne saurait exister sans écoulement de sang; ce liquide peut donc ou s'accumuler dans les cellules mastoïdiennes, ou s'écouler dans l'oreille moyenne et venir même, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, apparaître dans l'arrière-gorge. Son accumulation dans la caisse peut entraîner le décollement ou la déchirure du tympan et le sang sourdra par l'oreille externe.

Au choc succède presque toujours un certain degré de commotion cérébrale, qui rarement cependant va jusqu'à la perte de connaissance.

Les projectiles de guerre ou leurs fragments, quand ils sont de petit volume et à la fin de leur course, peuvent s'enclaver dans la mastoïde et y jouer le rôle de corps étrangers; les accidents que produit leur présence sont dans les cas les plus heureux des suppurations interminables avec issue de petits séquestres, et des méningo-encéphalites dans les cas graves. Alors même que la guérison intervient, ce qui est malheureusement rare, l'inflammation gagne souvent l'oreille moyenne et entraîne la surdité.

**Traitement.** — Avant toutes choses, s'il existe une hémorragie, il faut l'arrêter; on n'a guère d'autres moyens à son service que le tamponnement, bien qu'il ait l'inconvénient d'augmenter l'enfoncement des fragments de la portion fracturée; la compression de la carotide, toujours difficile à supporter par le blessé, ne met pas à l'abri des hémorragies en nappe consécutives. Une fois l'écoulement du sang arrêté, on relèvera les fragments enfoncés ou incomplètement détachés, puis on combattra énergiquement tous les accidents inflammatoires qui pourraient se produire soit du côté de la mastoïde, soit surtout du côté de l'encéphale. Quand il existe un corps étranger dans la plaie, faut-il toujours l'extraire, bien que l'on ait vu des cas où la suppuration avait suffi à l'amener au dehors? Ce n'est que les corps étrangers de très petit volume et de surface lisse et unie qui peuvent être ainsi éliminés; toutes les fois qu'ils sont plus volumineux ou que leurs surfaces de brisure sont dentelées et irrégulières, il vaut mieux les enlever en s'aidant de la gouge s'il est nécessaire. Toutes les précautions antiseptiques seront minutieusement prises, et l'on agira avec une extrême prudence, de crainte des hémorragies dues aux branches de la carotide externe, qui peuvent être à craindre toutes les fois que le corps étranger est profondément situé.

B. *Lésions nutritives.* — Les inflammations de la mastoïde peuvent avoir



leur siège initial dans les cellules de l'apophyse ou sous le périoste qui la tapisse.

La périostite peut se propager aux cellules; le phlegmon développé dans ces dernières peut après avoir détruit leur mince coque osseuse superficielle s'ouvrir sous le périoste et produire ainsi une véritable périostite.

Les deux formes inflammatoires peuvent toutes deux dépendre d'un traumatisme ou bien être la suite de l'extension d'une inflammation du périoste ou de la muqueuse de l'oreille moyenne, ou même, quoique plus difficilement, du conduit auditif externe.

Toujours l'affection débute par des douleurs excessivement violentes au niveau de la mastoïde, avec fièvre intense, délire quelquefois. Au bout de trente-six à quarante-huit heures le pus se forme; la peau, qui était tendue, rouge, œdémateuse, s'amincit, la fluctuation est perceptible. On conçoit que lorsque le phlegmon s'est développé dans l'intérieur des cellules mastoïdiennes, les choses ne marchent pas aussi rapidement; il faut en effet que le pus ait rompu la première barrière que lui offre la coque osseuse avant de venir faire saillie sous le périoste; les douleurs sont en ce cas tout aussi intolérables, mais d'une plus longue durée.

La périostite de l'apophyse et l'inflammation des cellules mastoïdiennes peuvent toutes deux se communiquer à l'encéphale par l'intermédiaire des veinules et déterminer une méningo-encéphalite ou une phlébite du sinus latéral.

Une fois l'abcès sous-périosté formé, le pus peut fuser soit en arrière et décoller le péricrâne, soit en bas dans la gaine du sterno-mastoïdien. Tous ces accidents possibles joints à l'épuisement du malade par la violence des douleurs font des affections inflammatoires de la mastoïde une maladie très grave.

**Traitement.** — Au début, avant que les symptômes locaux ne soient bien marqués, on combattra l'inflammation par l'application énergique des pointes de feu, et la douleur par les injections de morphine, etc. Mais dès que la tension de la peau, sa rougeur auront fait reconnaître l'existence d'une périostite, avant même que le pus ne soit collecté, on débridera les tissus par une ou plusieurs incisions profondes allant jusqu'à l'os.

La douleur cédera rapidement et le pus s'écoulera au fur et à mesure de sa formation; quelques séquestres superficiels se produiront, la suppuration sera longue, mais avec les pansements listériens on évitera le plus souvent les accidents.

S'agit-il d'un phlegmon des cellules mastoïdiennes qu'indiqueront les douleurs profondes, l'empâtement de la région, etc.? Après avoir incisé jusqu'à l'os, si l'on ne trouve pas de pus, on n'hésitera pas, et avec un fort scalpel on perforera la mastoïde dont on mettra les cellules à découvert. En ce cas encore les douleurs se calmeront rapidement; les

pansements et les injections antiseptiques mettront à l'abri des accidents si l'on n'a pas trop tardé à opérer.

## 16° MALADIES CHIRURGICALES DU PHARYNX.

### A. — *Lésions traumatiques.*

Le pharynx, à cause de son rôle de carrefour des voies alimentaires et respiratoires, est exposé aux traumatismes, aux brûlures et aux corps étrangers.

Les contusions et les plaies peuvent, comme celles de l'isthme du gosier et de l'amygdale, être produites soit par des projectiles, des tiges rigides aiguës ou mousses, des liquides chauds ou caustiques pénétrant par l'orifice buccal, soit par des instruments enfoncés à travers les parties molles du cou jusque dans la cavité pharyngienne.

Les tentatives de suicide au moyen des armes à feu ou des instruments tranchants sont la source la plus fréquente des plaies pharyngiennes.

L'étude des commémoratifs suffira seule dans la plupart des cas pour établir le diagnostic; mais l'inspection, la palpation et l'examen laryngoscopique surtout, seront employés avec fruit pour préciser dans certaines circonstances le siège précis des lésions, et diriger un traitement approprié.

S'il s'agit de plaies pharyngiennes produites par la voie buccale, on se contentera de prescrire le repos de l'organe et pour cela on proscrira l'alimentation solide; au besoin on nourrira le malade à l'aide d'une sonde œsophagienne en gomme élastique; puis on emploiera des gargarismes émollients légèrement additionnés d'une substance antiseptique, acide phénique, thymique ou sublimé.

S'il s'agit de plaies pharyngiennes produites à l'aide d'un instrument ayant intéressé les parties molles du cou, la première indication à remplir sera d'obturer la communication anormale établie entre l'extérieur et la cavité pharyngienne. Si la communication est petite et étroite, la chose ne sera pas difficile; mais si la communication est large comme dans les sections transversales intéressant toute la partie antérieure du cou, soit au-dessus, soit au-dessous de l'os hyoïde, il faudra arrêter l'hémorrhagie qui peut être très abondante et faire ensuite la suture des lèvres de la plaie, en obligeant le malade à tenir la tête dans la flexion de façon à éviter l'écartement de ses lèvres et à favoriser leur réunion.

Les complications qui pourraient survenir telles qu'abcès du pharynx, etc., seraient traitées comme nous le verrons plus loin. Une des complications les plus redoutables que le chirurgien aura à redouter à la suite des brûlures et des plaies par caustiques sera le rétrécissement.