

où il serait dangereux de les poursuivre. Mieux vaut alors laisser l'opération incomplète.

Pour surveiller la récurrence toujours menaçante, Schwartze maintient ouvert l'évidement, en greffant sur les parois de l'entonnoir opératoire de petits lambeaux de peau. Au-dessus de l'entonnoir, on dispose une plaque protectrice en argent ou en caoutchouc durci, qu'on soulève pour surveiller la récurrence.

Chez les enfants, la corticale est fort peu résistante. Laurent a proposé, chez eux, la ponction au lieu de la trépanation. Il la pra-

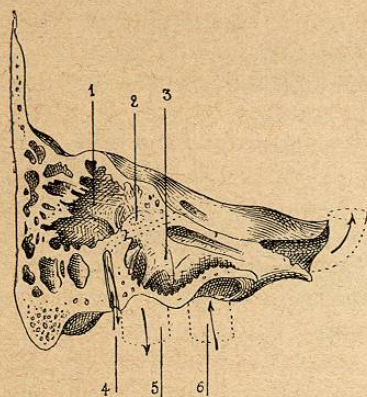


Fig. 94. — Coupe antéro-postérieure passant par la caisse et l'antre. — 1, antre mastoïdien; — 2, *aditus ad antrum*; — 3, paroi profonde de la caisse; — 4, nerf facial; — 5, veine jugulaire interne; — 6, artère carotide interne.

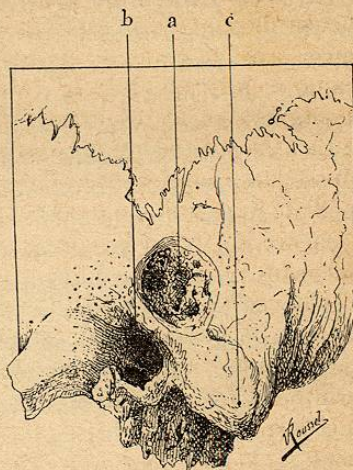


Fig. 95. — Trépanation de l'antre mastoïdien (due à l'obligeance du D<sup>r</sup> Rundström [de Stockholm]). — a, fond de l'antre s'enfonçant vers l'attique; — b, conduit auditif; — c, sommet de l'apophyse mastoïde.

tique avec un trocart à manchon ayant une plaque d'arrêt; il adapte ensuite la canule à un aspirateur et peut même pratiquer des lavages antiseptiques de la cavité.

Les figures 94 et 95 montrent les principaux détails d'anatomie et de chirurgie utiles pour les trépanations mastoïdiennes.

Cette opération reste, malgré ses perfectionnements, très difficile. Politzer a écrit qu'on ne devrait pas l'entreprendre sur le vivant, sans l'avoir répétée une cinquantaine de fois sur le cadavre.

ACCIDENTS OPÉRATOIRES. — Un certain nombre d'accidents sont à craindre, au cours de l'intervention. Les principaux sont :

1° L'hémorragie; 2° l'ouverture du sinus latéral; 3° la lésion du nerf facial; 4° la lésion du canal demi-circulaire externe; 5° l'ouverture de la fosse cérébrale moyenne.

1° Les HÉMORRAGIES sont dues soit à la section de l'artère auriculaire postérieure, soit à l'ouverture des veines émissaires et au curetage des granulations; mais elles sont rarement une complication durable.

2° L'OUVERTURE DU SINUS LATÉRAL a plus de gravité. Elle s'annonce par une irruption abondante de sang. On doit aussitôt tamponner avec de la gaze iodoformée ou avec un amoncellement de catgut (procédé de Lister) et laisser en place le tamponnement jusqu'à ce que la lumière du sinus se soit oblitérée par un thrombus adhérent. Ces précautions prises, il ne résulte généralement aucune suite fâcheuse de cet accident. Tandis qu'on fait sauter des parcelles osseuses avec la gouge et le maillet, il arrive quelquefois d'apercevoir une membrane bleuâtre dépressive, c'est la paroi du sinus qu'il faut soigneusement respecter.

3° La LÉSION DU NERF FACIAL n'est point rare. Elle se révèle par une secousse des muscles de la face suivie de paralysie. Cette paralysie immédiate ne guérit que si la section du nerf a été incomplète. On voit encore des paralysies tardives, explicables par la production de périnévrites.

4° L'OUVERTURE DU CANAL DEMI-CIRCULAIRE EXTERNE entraîne de la surdité et du vertige. Elle est particulièrement grave, en cas d'infection septique du foyer opératoire, car la route est ouverte vers le labyrinthe et les méninges.

5° L'OUVERTURE DE LA FOSSE CÉRÉBRALE MOYENNE n'a pas d'inconvénients, à la condition que l'asepsie soit bien assurée. On a même pu, sans suites fâcheuses, ouvrir l'artère méningée moyenne qu'il fallut lier en libérant, avec le ciseau, son bout central engagé dans son canal osseux. Quand on change le pansement, on doit éviter de faire saigner la dure-mère par un brusque décollement de la gaze iodoformée. Chez les jeunes enfants, la paroi osseuse qui sépare la cavité crânienne de l'antre est très mince, mais, par contre, le sinus latéral est relativement éloigné de la paroi postérieure du conduit.

Noltenius, au Congrès otologique de Berlin de 1889, a produit quelques données anatomiques utiles pour la trépanation mastoïdienne :

1° Entre l'épine de Henle et le canal du facial, 16 millimètres de distance;

2° Entre l'épine de Henle et le canal demi-circulaire, 15 millimètres;

3° Entre la corticale (table externe) et le facial, 22 millimètres;

4° Entre la corticale et le canal demi-circulaire, 22 millimètres.

Il conclut qu'on ne peut pénétrer à plus de 22 millimètres sans risquer de léser un organe important.

La plaie doit être lavée à la solution phéniquée forte (5/100) et un drain mis debout dans l'antre. Des sutures, au périoste et à la peau, amoindrissent l'étendue de la plaie chirurgicale. Un pansement iodoformé la recouvre.

Le pansement à l'iodoforme a pu, chez des enfants, produire soit des intoxications iodoformiques, soit surtout des eczémas. On recourt en ces cas aux gazes salolée ou sublimée ou simplement stérilisée.

Le pansement est remplacé tous les quatre jours en moyenne, à moins qu'une suppuration abondante n'exige des injections phéniquées quotidiennes et des pansements humides.

En cas de cholestéatome, la plaie ne doit pas être suturée, mais doit guérir par bourgeonnement.

*Procédé de Küster.* — Son auteur s'est surtout proposé de mettre largement à nu tous les points qui suppurent. Après avoir

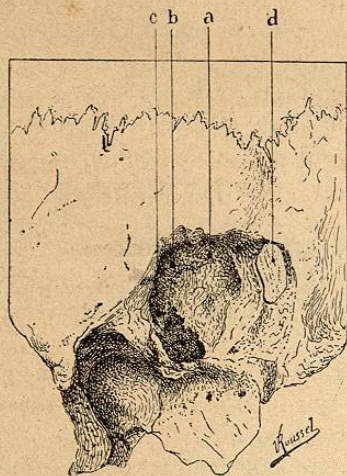


Fig. 96. — Évidement de l'antra, de la caisse et de l'aditus. — a, fond de l'antra mastoïdien; — b, fond de l'aditus; — c, fond de la caisse; — d, paroi membraneuse externe du sinus latéral.

décollé le pavillon et la paroi postérieure du conduit membraneux et après les avoir réclinés en avant, il attaque avec la gouge et le maillet la paroi postérieure du conduit auditif osseux. Il la fait entièrement disparaître, ainsi que sa paroi supérieure et la paroi externe de l'attique. De la sorte l'antra, l'attique et la caisse sont largement mis à jour. C'est le procédé qu'emploie aussi Wolf.

*Procédé de Bergmann.* — Il ne diffère du précédent que par une ablation plus large des parois supérieure du conduit et externe de l'attique.

*Procédé de Zaufal.* — L'auteur a décrit son procédé dans une première communication, en 1890 (1).

Il l'a complétée par une nouvelle communication en 1894 (2). Il pratique le lambeau anguleux dont j'ai déjà parlé, puis opère avec une pince coupante de Luer. Quand il existe des trajets fistuleux, il introduit une des branches dans les trajets et fait ainsi sauter la corticale. Dans les autres cas il décolle les parois postérieure et supérieure du conduit membraneux jusqu'au tympan et fait sauter avec la pince la paroi postéro-supérieure osseuse, ainsi que la paroi externe de l'attique et la corticale. Il en résulte la réunion en une seule de toutes ces cavités diverses.

*Procédé de Stacke.* — Il mène au-dessus et en arrière du pavillon une incision courbe qui permet de le rabattre en avant. Décollant ensuite le conduit membraneux du squelette jusqu'aux approches de

(1) ZAUFAL, *Kongress des deutschen Aerzte*, 18 avril 1890.

(2) ZAUFAL, *Arch. für Ohrenheilk.*, août 1894.

la membrane du tympan, il l'incise dans sa moitié postérieure pour approcher plus de la membrane tympanique. Il enlève le tympan ou ce qui en reste avec le marteau, puis, introduisant son protecteur recourbé dans l'attique, contre la face profonde du mur de la logette, il fait sauter cette partie du squelette avec une petite gouge. L'encume est enlevée à ce moment. Alors il introduit le protecteur dans l'aditus et fait sauter la paroi externe de l'antra. Ainsi la caisse, l'aditus et l'antra ne forment plus qu'une seule cavité en forme de bissac dont la concavité regarde en bas et en avant (fig. 96). Finalement Stacke recouvre les parties évidées au moyen d'un lambeau qu'il détache sur la portion membraneuse décollée du conduit auditif externe. Pour ce faire, il incise cette portion membraneuse, sur son bord supérieur jusqu'au pavillon, puis en descendant sur sa ligne de fusion avec le pavillon. Le lambeau quadrilatéral ainsi libéré est appliqué sur la brèche osseuse. Un point de suture mis en haut suffit à retenir le pavillon en place. Quand l'excavation osseuse est vaste, Stacke renonce à l'apposition de ce lambeau et laisse la plaie se fermer par bourgeonnement. Cette opération a l'avantage de mettre à jour et de nettoyer les diverses cavités qui sont généralement infectées.

Les statistiques montrent les heureux effets de l'ouverture de l'apophyse. La statistique de Schwartze donne 20 p. 100 de mortalité. Celles de Buck et de Poinot indiquent seulement 17 p. 100. Stacke accuse dix-neuf guérisons sur trente-trois interventions conformes à son procédé.

## VIII

### MALADIES DE L'OREILLE INTERNE

La nosologie de l'oreille interne, ou labyrinthe, est formée d'un ensemble d'affections assez disparates, dont le classement ne semble pas définitif (1). L'anatomie pathologique n'a pas, en effet, dit ici son

(1) MOOS, *Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica*. Heidelberg, 1881, p. 14. — ROOSA et KIRCHNER, *Sitzungsb. der Würzb. physik. med. Gesellschaft*, 1881. — POLITZER, Sur les affections du labyrinthe. Soc. imp. et royale de Vienne (*Sem. méd.*, 1885, p. 26). — BAGINSKI, Du syndrome de Ménière (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1885, n° 5). — BOUCHERON, Contr. à l'ét. de l'otopérisis (*Acad. des sciences*, 6 juillet 1885). — BARATOUX, Altérations de l'or. int. dans la syphilis héréd. (*Progrès méd.*, 29 octobre 1887). — MOOS, Modif. histol. du labyr. dans quelques mal. infect. (*Arch. für Augen. und Ohrenh.*, Bd. V, p. 221). — GRADENIGO, Les maladies du nerf acoustique (*Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXVII, Heft 2 et 3). — GRADENIGO, Les névrites de l'acoustique par méningites (*Congrès de Berlin*, 1890). — STEINBRUGGE, Anat. pathol. du labyr. (*Congrès de Berlin*, 1890). — PEUGNIEZ et C. FOURNIER, Le vertige de Ménière et l'émotivité (*Revue de méd.*, nov. 1890). — URBANTSCHITSCH, *Arch. für Ohrenh.*, Bd. XVI, p. 185. — MOOS, *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Bd. IX, p. 97. — OWEN POMEROY, *New York med. Journ.*, vol. I, 1891, p. 716. —