

du rocher est à nu. Une pareille cavité est facilement explorable. Ses différentes parois peuvent être l'objet d'une intervention

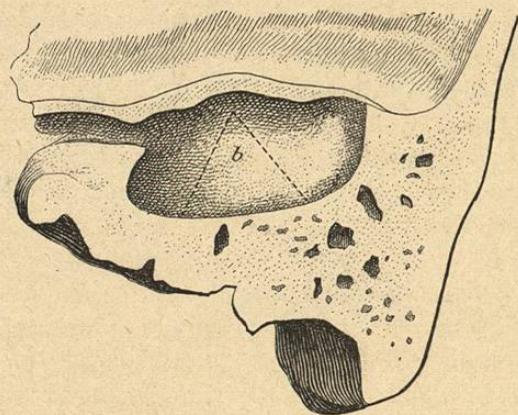


Fig. 58.

Les cavités de l'attique et de l'antre réunies en une seule cavité après la résection de la paroi postérieure du conduit auditif (b).

topique et les germes septiques n'ayant plus d'anfractuosités pour

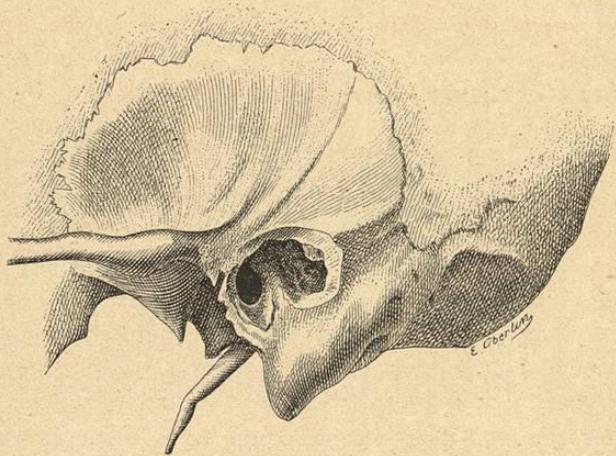


Fig. 59.

Les cavités de l'oreille moyenne après leur ouverture large ou résultat anatomique de l'attico-antrotomie.

se développer peuvent être détruits dès qu'ils se manifestent par

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

une petite lésion, d'ordinaire par des productions fongueuses.

Le champ opératoire devient suffisant pour qu'on ait accès sur les parois labyrinthique et inférieure de la caisse, si bien que l'opération n'est pas seulement indiquée dans les infections de l'étage supérieur de la caisse; mais est aussi applicable aux lésions du labyrinthe et du recessus hypotympanique.

C'est à l'Allemagne qu'est due cette conception thérapeutique. Il faut reconnaître qu'elle a sauvé l'otologie de la réserve où les chirurgiens faisaient aveu de la tenir, et lui a fait prendre place dans les discussions des sociétés savantes et dans la médecine opératoire.

En 1888, Bergmann avait dû fixer son attention sur les suppurations de la caisse à l'occasion de l'ouverture d'un abcès cérébral d'origine otitique. Habitué aux larges plans opératoires et convaincu de la double nécessité de voir clair dans la profondeur des foyers pathologiques et de remonter jusqu'à la source du mal, Bergmann ne ménagea pas les excisions pour mettre à nu les cavités de l'oreille moyenne, les explorer dans leurs plus sombres recoins, les gratter, les curetter et les débarrasser du dernier germe septique. Après avoir rabattu en avant le pavillon cartilagineux et mis à nu en arrière le conduit auditif osseux, il réséqua toute la paroi postérieure et une partie de la paroi supérieure du conduit, et tailla dans la mastoïde un plan incliné en avant et en dedans jusqu'à la paroi tubaire de la caisse. Le recessus épitympanique avait ainsi disparu; la caisse et son antre étaient devenus presque superficiels et on pouvait enlever les parties malades sous le contrôle de la vue, quel que fût leur siège, en arrière, en haut, en bas ou en dedans.

Ainsi qu'il arrive souvent, en même temps que cette question avait fait l'objet des réflexions de Bergmann, Kuster l'avait étudiée; et la communication de Bergmann à la Société de médecine de Berlin, le 8 décembre 1888, provoqua immédiatement une déclaration de Kuster, si analogue à celle de Bergmann, que les deux chirurgiens doivent être considérés ensemble comme les promoteurs de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne.

Le principe de la cure radicale des otites suppurées était posé

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

et la méthode des larges ouvertures de la caisse et de la mastoïde avait acquis droit de cité dans la chirurgie.

L'idée fut reprise plus tard par Zaufal et par Stacke, assistant de Scwhartze; et au congrès de Berlin, le 5 août 1890, Stacke présenta la question sous une forme moins dogmatique. Il passa en revue les indications de l'ablation du marteau et de l'enclume et insista sur les suppurations fréquentes de la partie postéro-supérieure de la caisse. Cette fréquence imposait la nécessité de joindre l'ouverture de la mastoïde à l'extraction des osselets.

Ainsi comprise, la nouvelle méthode, aussi remarquable par son adaptation aux indications pathologiques, que par la netteté de la technique, fut accueillie avec enthousiasme par les otologistes, qui ne laissèrent plus échapper l'occasion de la pratiquer et qui la classèrent sous le nom de Méthode de Stacke.

Nous oserions même dire qu'elle a été peut-être trop souvent pratiquée et que son application nous a paru, dans quelques cas, en disproportion avec l'état pathologique énoncé dans les observations.

Il faut plutôt tendre à restreindre qu'à élargir les indications de l'attico-antrotomie, car c'est en somme une opération sérieuse. Etant données la difficulté de la réparation et les conséquences thérapeutiques souvent incertaines, ce n'est que dans des cas assez rares qu'il faut la proposer d'emblée au malade.

Pour peu qu'on ait quelque espoir de guérison dans l'ablation des osselets et les irrigations régulières de la caisse, il faut les essayer. C'est un devoir de graduer le traitement, si l'on n'a pas la main forcée.

Mais l'attico-antrotomie ne doit pas être différée dans les cas manifestes de carie de la paroi crânienne et des parois antrales ou de l'accumulation de masses cholestéatomateuses dans le recessus épitympanique.

Or, on reconnaît la carie du recessus aux fongosités implantées dans l'attique et qui émergent au-dessous du mur de la logette. On la reconnaît aussi aux douleurs auriculaires et aux phénomènes nerveux variés qui s'ajoutent aux signes ordinaires d'une otorrhée.

Le signe le plus certain de la carie antrale est la nécrose de la

paroi postérieure du conduit auditif qui n'est autre que la paroi antérieure de l'antre. Quelquefois cette nécrose se manifeste par une fistule de la paroi postéro-supérieure du conduit, fistule par laquelle un stylet aboutit dans l'antre. D'autres fois, on ne reconnaît cette nécrose qu'après l'ouverture de l'antre et l'exploration directe à l'œil et au stylet.

Si l'on constate, après une ablation antérieure des osselets, la reproduction irrépressible de fongosités polypeuses dans la caisse; ou si même, comme le dit Luc, la persistance de la fétidité décèle dans la profondeur de l'attique ou de l'antre un foyer suppuratif ou un cholestéatome, l'opération de Stacke est une dernière ressource dont le malade doit bénéficier.

Dans un autre sens, si malgré le projet de borner l'opération à une antrotomie, on découvre après l'évidement de l'antre des lésions de la paroi postérieure du conduit auditif ou un élargissement de l'aditus indiquant un travail nécrosique, il faut transformer l'antrotomie en attico-antrotomie.

L'exentération de l'oreille moyenne sert également à frayer à l'opérateur la voie nécessaire à l'ablation d'un séquestre du labyrinthe ou au curettage des parois du recessus hypotympanique. Grunert a eu deux fois l'occasion d'extraire de cette façon des séquestres labyrinthiques comprenant les 2/3 et les 3/4 du limaçon. Mais on doit être prudent dans les tractions exercées, car en ébranlant le séquestre, on peut déterminer des irritations du nerf facial qui se traduisent par des spasmes passagers des muscles du visage ou par une paralysie définitive. Rappelons-nous que les érosions des parois du canal de Fallope ne sont pas rares et que leur siège se trouve principalement au niveau de la dernière inflexion du nerf.

L'ouverture aussi large que possible de l'antre et de l'attique est nécessaire dans les cas de paralysie faciale; et nous recommandons de ne pas perdre de vue qu'on s'avance à la recherche d'une lésion probablement très limitée mais aussi très profonde de l'enveloppe osseuse du facial. Il faut découvrir le massif osseux du nerf avec ménagement; et quand on l'a sous les yeux, l'éclairer le plus possible, afin d'apercevoir les fongosités ou le séquestre qui compriment ou infiltrent le cordon nerveux. Attention à

l'action de la curette : instrument dangereux dans la circonstance si l'on veut faire trop vite : elle peut s'enfoncer brusquement dans la gaine du nerf et le déchirer.

Politzer a fait dernièrement l'évidement de l'oreille moyenne pour remédier à une paralysie faciale consécutive à une nécrose labyrinthique. Il enleva plusieurs séquestres encastrés dans les granulations de la caisse. Un des séquestres était le modiotus du limaçon osseux, sur lequel on distinguait encore nettement la lame spirale osseuse. Il avait 3^{mm}5 de large, 1^{mm}5 de haut et environ 3 millimètres de long. Un fragment s'y rapportant d'environ 1^{mm}5 fut enlevé isolément. Le second séquestre était la partie antérieure du limaçon, et le troisième, le plus important, était un fragment du canal semi-lunaire horizontal avec une partie du bord du vestibule osseux. Au bout de quatre semaines la sécrétion était minime; mais la surdité totale et la paralysie faciale ne s'étaient pas modifiées (Soc. autrichienne d'otologie, séance du 27 octobre 1896).

Quelques résultats satisfaisants de curettage du plancher de la caisse ont déjà été obtenus après l'attico-antrotomie. Que faire en effet, si la curette ne peut atteindre par le conduit auditif et en dedans du cercle tympanal, le foyer de carie situé sur la paroi inférieure du recessus hypotympanique. On ne peut pousser trop loin le grattage par le conduit auditif sous peine de léser la jugulaire interne. En plongeant dans la caisse de haut en bas, on a au contraire toute facilité pour agir avec prudence. Mais, au dire de Kretschmann, le champ opératoire n'est suffisant que si l'on abruse l'angle aigu que forme la paroi latérale du recessus avec la paroi postérieure du conduit auditif externe.

On doit se rappeler l'observation suivante de Luc que nous résumons à regret, parce qu'elle mérite d'être lue in extenso (In Arch. intern. de Laryngol., t. VII, année 1894).

L'abbé F... est atteint depuis 5 mois d'un écoulement purulent de l'oreille gauche. Examen otoscopique : sécrétion purulente très abondante; petite perforation avec polype à la partie antéro-inférieure de la membrane tympanique rouge et tuméfiée. Diagnostic : ostéite fongueuse du plancher de la caisse. Traitement : grattage

de la partie inférieure de la caisse, et cautérisation au chlorure de zinc au 1/3, par le conduit auditif.

Pendant quinze jours, Luc fait lui-même des pansements très réguliers, sans tarir l'écoulement. Il remarque que le pus qui imprègne les tampons ne vient plus du plancher; mais tombe de la partie supérieure de la caisse. Nouvelle opération consistant cette fois dans l'ouverture du recessus épitympanique. Mais après leur ouverture, l'attique et l'aditus paraissent sains, ce que voyant, Luc ne juge pas utile d'étendre davantage la brèche osseuse vers l'antre.

Le cinquième jour, au moment de la réfection du pansement, l'auteur remarque la présence d'une traînée de pus sur la partie inférieure du tampon de l'oreille; et revient à son premier diagnostic, à une ostéite du plancher de la caisse. Troisième intervention : par la brèche rétro-auriculaire, introduction de haut en bas d'une longue curette dans la partie inférieure de la caisse et ablation de fongosités nettement apparentes grâce à la plaie.

De ce fait, la suppuration est supprimée au niveau de la partie inférieure de la caisse; mais le pus continue de tomber de la partie supérieure.

Quatrième opération : ouverture de l'antre. Mise à nu d'une énorme cavité, n'occupant pas moins des 4/5 de l'apophyse et remplie de pus et de fongosités.

Disons, pour nous résumer, que l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne a l'avantage de permettre l'exploration de toutes les parties de la caisse. Elle a fait déjà plusieurs fois découvrir à l'opérateur des foyers de carie que l'examen clinique ne lui avait pas indiqués.

Médecine opératoire.

Avant de parler de l'attico-antrotomie, et comme préface à l'étude de cette opération, nous tenons à faire une description spéciale de l'antrotomie, parce que l'antrotomie est la partie fondamentale de la chirurgie auriculaire. Nous avons déjà recommandé l'antrotomie comme moyen de drainage des écoulements