

gouge et on concentre le travail de l'évidement dans l'angle antéro-supérieur de la tranchée. On finit par apercevoir un petit orifice qui est la partie la plus reculée du cul-de-sac antral. On est près du but. Il suffit d'agrandir ce petit orifice, de briser les lamelles osseuses périphériques à très petits coups de gouge ; et l'antre est ouvert. La curette fait le reste. Dans ces conditions, impossible de blesser l'enveloppe osseuse du nerf facial qu'on reconnaît à son aspect de tissu compact ou diaphysaire.

L'opération se conduit de la même façon dans les apophyses diploïques et dans les apophyses scléreuses. Mais elle est plus difficile dans les apophyses scléreuses, parce que le tissu osseux est plus résistant et parce que le sinus latéral est plus rapproché de l'antre. Plus une apophyse est dure, plus elle est petite ; et plus elle est petite, plus la gouttière sigmoïde est proche du conduit auditif. Dans cette dernière condition, il faut procéder avec prudence et creuser à peine la tranchée en arrière.

Quelquefois la crête temporale, au lieu d'être élevée, est tellement abaissée qu'elle masque presque toute la cavité antrale. On ne découvre que la partie la plus inférieure de l'antre dans l'angle antéro-supérieur de la tranchée osseuse. Il faut alors abattre toute la partie de la crête qui descend au-dessous de la table interne du crâne. L'abrasion se fait sans difficulté puisqu'on se rend compte par l'exploration directe de la situation du plancher crânien.

Une fois l'antre découvert, on le nettoie avec une petite curette, toujours en ménageant le massif osseux du facial, et on procède à l'examen de la paroi postérieure du conduit auditif, du col antral et de la voûte du recessus épitympanique. L'inclinaison en avant et en dedans de la face profonde de la tranchée intra-mastoïdienne permet de glisser aisément une sonde cannelée dans l'aditus, surtout si l'on recourbe un peu l'extrémité de la sonde.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'ATTICO-ANTROTOMIE

La description de l'antrotomie facilite la description de l'attico-antrotomie, comme la pratique sur le cadavre de l'antrotomie diminue les difficultés de l'attico-antrotomie.

Cette dernière opération exige de nombreux exercices à l'amphithéâtre.

Que l'opérateur ait bien son plan présent à l'esprit : il faut exciser les parties osseuses qui masquent en dehors l'antre, l'aditus ad antrum et l'attique, afin de transformer le canal intra-osseux en un canal ouvert.

On est exposé à blesser le facial, la dure-mère et le labyrinthe. C'est en ouvrant l'aditus qu'on peut intéresser le massif osseux du facial et contusionner ou déchirer le nerf. L'aditus forme un triangle à sommet labyrinthique. Le côté supérieur est limité par la table interne du crâne et le côté inférieur par le massif osseux du facial. Il a comme base la partie profonde de la paroi postérieure du conduit auditif. C'est cette base qu'il faut faire sauter. Elle n'a pas plus de 4 à 5 millimètres de hauteur. Au point de vue opératoire, on peut dire qu'il ne faut pas exciser plus de la moitié supérieure de la paroi postérieure du conduit auditif afin de ne pas intéresser l'enveloppe osseuse du facial. Mais cette limite n'est, bien entendu, de rigueur que *dans la profondeur, du côté du cadre tympanal*. En dehors, près du méat, on peut pousser plus loin l'excision de la paroi. Il est même nécessaire de faire une résection cunéiforme de la paroi postérieure du conduit, avec un sommet correspondant à l'aditus, si l'on veut réunir en une seule cavité l'antre et l'attique.

C'est en voulant trop enlever de la crête temporale qu'on entre dans la cavité crânienne. Evidemment plus on abrase la partie inférieure de cette crête, plus on élargit le champ opératoire. Mais comme la crête est souvent au-dessus du plancher du crâne, on s'expose aussi à intéresser la dure-mère directement ou par une esquille.

C'est en abattant le mur de la logette qu'on blesse la paroi interne de la caisse, le nerf facial dans l'aqueduc de Fallope, les fenêtres labyrinthiques, les canaux demi-circulaires. Cette partie de l'opération consiste à faire tomber la portion de la paroi supérieure du conduit auditif qui s'incline en bas pour fermer l'attique en dehors. Vu la disposition de cette paroi, qui est oblique en bas et en dedans, les coups de burin doivent être portés un peu de bas en haut pour qu'ils agissent sur la base du mur et ne glissent pas

sur sa surface. D'ailleurs avec les procédés que nous recommandons, l'abrasion du mur se fait presque en même temps que la résection de la paroi postérieure du conduit. En tout cas, le ciseau doit être solidement retenu par la main gauche et le coup de maillet donné sec, pour que l'instrument n'aille pas heurter la paroi labyrinthique. On a aussi comme garantie le protecteur de Stacke.

La hauteur du mur de la logette varié de 4 à 6 millimètres. Il doit disparaître totalement et l'attique doit se continuer directement avec la paroi supérieure du conduit auditif rectifiée.

1^{er} temps. — Incision des parties molles.

L'incision rétro-auriculaire est étendue de la pointe de la mastoïde jusqu'à l'attache antéro-supérieure du pavillon de l'oreille.

Le décollement de la lèvre antérieure de la plaie est poussé jusqu'à la désinsertion de la moitié postéro-supérieure du conduit auditif membraneux.

Cette désinsertion se fait avec l'extrémité d'une sonde cannelée glissée entre l'os et le périoste jusqu'au voisinage du tympan : manœuvre à mener avec ménagement pour ne pas altérer la mince épaisseur des tissus.

La partie libérée est réclinée en bas et en avant avec le pavillon de l'oreille ; et protégée par un écarteur très étroit. Celui de Moure doit être excellent. Hémostase parfaite.

2^e temps. — Evidement osseux.

a) On prend une gouge concave de 7 à 8 millimètres de diamètre et la plaçant verticalement dans l'angle supéro-postérieur du conduit osseux, à cheval sur le bord de l'épine de Henle, sa concavité tournée vers la lumière du conduit, on fait tomber les lamelles les plus superficielles des parois du conduit sans descendre dans la profondeur à plus de 12 millimètres. Se reportant de plus en plus en arrière, on résèque ainsi par couches successives et parallèles la partie antérieure de l'angle antéro-supérieur de la mastoïde, jusqu'à ce qu'on aperçoive dans la profondeur de la brèche un point sombre qui est l'indice d'une perforation de la

cavité antrale ou un tissu osseux raréfié qui est l'atmosphère de l'antra. On fouille en haut et en avant le tissu osseux avec la sonde cannelée ; et on finit par pénétrer dans l'antra, qu'on découvre plus largement, s'il le faut avec un ou deux coups de gouge plus postérieurs.

b) Avant d'abattre la paroi externe de l'attique, on chasse de la caisse les parties restantes des osselets avec l'extrémité d'une sonde cannelée coudée à angle droit à un centimètre environ de son extrémité libre, et introduite transversalement de l'antra dans l'attique.

La sonde est ensuite confiée à l'aide qui en assure l'immobilité ; et elle devient le point de repère que le chirurgien va tendre à découvrir.

Avec le burin placé immédiatement au-dessous de la crête temporale et dirigé, ainsi que nous l'avons dit, on abrase la paroi supérieure du conduit auditif et le petit pont osseux qui recouvre encore l'aditus en dehors. Il suffit de quelques coups de burin pour dégager la sonde cannelée. Elle est ramenée à l'opérateur directement de dedans en dehors.

Ce n'est qu'après de nombreux essais que nous avons donné la préférence à ce procédé d'évidement osseux ; et nous nous sommes décidé à le placer au premier rang à cause de la fréquence de l'éburnation de l'apophyse mastoïde chez les vieux otorrhéiques, la réduction de la capacité de l'antra et le rapprochement du sinus latéral de la paroi postérieure du conduit auditif.

Mais si l'apophyse mastoïde est volumineuse et laisse supposer une distance normale entre la paroi postérieure de l'antra et la gouttière sigmoïde du canal veineux, on peut procéder autrement et faire d'abord une antrotomie. Quand l'antra est ouvert, et la moitié supéro-postérieure du conduit auditif membraneux décollée et réclinée en avant avec le pavillon de l'oreille, le chirurgien a devant lui les deux cavités de l'antra et du conduit séparées par la cloison de champ que forme la paroi postérieure du conduit auditif.

Il introduit une sonde cannelée courbée légèrement à son ex-

trémité libre (comme fig. 69) de l'antra dans l'attique ; et la confie à l'aide qui en assure l'immobilité.

Armé du burin et du maillet, on commence par entamer la

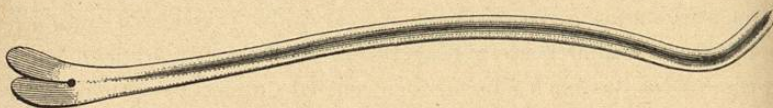


Fig. 69.

voûte et la paroi postérieure du conduit par quelques coups portés immédiatement au-dessous de la crête temporale ; puis on vient placer le burin au niveau de la paroi inférieure de la tranchée antrale, et on le fait agir en abaissant l'extrémité manuelle de façon à diriger l'extrémité coupante de l'instrument vers la sonde cannelée. C'est le commencement de la résection cunéiforme dont nous avons indiqué la nécessité. Quand les premiers copeaux osseux ont été détachés, nouvelles applications du burin au-dessous de la crête temporale ; nouveaux coups inférieurs obliques en haut et un peu en avant ; et bientôt, on arrive sur la sonde qu'on peut retirer du canal pétro-mastoïdien.

Des remarques importantes doivent être ajoutées.

L'opération exige que le champ opératoire d'étendue très restreinte par lui-même et tout en profondeur, ne soit masqué ni par les copeaux osseux ni par le sang. Chaque coup de burin doit être suivi d'un déblaiement à la sonde cannelée de toutes les esquilles détachées et l'aide doit veiller à une hémostase presque complète. Celle-ci est difficile à obtenir : le sang vient de l'extrémité du conduit auditif récliné et de la surface osseuse.

Il est bon de recouvrir les parties molles de gaze sèche maintenue en place par les doigts compresseurs de l'aide ou par un écarteur, et d'avoir à sa disposition des tampons de la même gaze sèche pour les enfoncer dans la plaie osseuse avec la sonde ou avec l'extrémité de la gouge.

Temps complémentaires.

L'attico-antrotomie comprend encore trois temps complémentaires : l'aplanissement des parois de la nouvelle cavité, l'abrasion des parties malades, et la formation d'une greffe épidermique. Après que la tranchée a été grossièrement taillée, il convient d'en régulariser les parois. Avec une petite gouge ou une curette, maniée prudemment, on fait disparaître toutes les aspérités. En haut, les derniers débris du mur de logette et de la paroi supérieure du conduit auditif sont enlevés de façon que le bec de la sonde cannelée passe facilement, et sans éprouver de ressaut, du toit de la caisse à la paroi supérieure du conduit. En bas, la saillie de l'angle inférieur de la paroi postérieure du conduit est arrondie ; le massif osseux du facial est dénudé avec prudence des trabécules osseux qui le hérissent. En arrière les arêtes de l'excavation correspondant à l'antra sont légèrement émoussées. Il faut, autant que possible, que les parois nouvelles descendent en pente douce vers le centre de la base du rocher et que les parties réséquées prennent la forme d'une demi-cuvette. La pointe de la paroi postérieure du conduit est surtout susceptible de gêner l'épidermisation.

L'aplanissement des parois est recommandé par tous les opérateurs qui le considèrent comme un élément du succès thérapeutique. Ainsi les mèches de gaze peuvent pénétrer sans arrêt et l'épidermisation n'être pas entravée. Mais attention à l'action de la curette ; c'est à la curette qu'est dû le plus grand nombre des paralysies faciales.

L'examen des surfaces osseuses doit être fait avec le plus grand soin, puisque en somme l'exploration et le grattage de ces surfaces sont le but de l'examen. Les fongosités sont d'abord enlevées ; et tous les points osseux dénudés, raclés prudemment. Il faut procéder avec méthode, pour ne rien oublier et explorer successivement les parois supérieure, interne, inférieure et postérieure. Le stilet qui décèle la plus petite surface raboteuse est très utile ; mais il faut aussi s'aider de la vue. Grunert engage l'opérateur à se placer à la tête du malade pour mieux voir et

opérer plus sûrement le grattage des côtés postérieur et inférieur de la caisse. Quelques otologistes éclairent le champ opératoire avec une lampe électrique tenue à la main ou portée au front.

Pourquoi une greffe épidermique et comment l'établir? Les dimensions de la nouvelle cavité de l'oreille moyenne ne permettant pas de compter sur une réparation par un tissu de granulations. En outre la paroi postérieure du conduit auditif membraneux qui n'est plus maintenue en arrière par le plan osseux est exposée à se rétracter, à atrésier le conduit et même à se souder à la paroi opposée.

Il est donc nécessaire qu'un tissu de cicatrice recouvre chaque paroi de la nouvelle cavité et la laisse subsister dans sa conformation.

L'amorce du travail d'épidermisation par une greffe devient alors toute indiquée; et la paroi postérieure du conduit auditif membraneux se présente très bien pour fournir cette greffe.

On fend longitudinalement le conduit auditif, en haut et en bas, de façon à le diviser en deux parties à peu égales, et faisant tourner autour du pavillon la paroi postérieure du conduit qui constitue maintenant un lambeau quadrilatère, on rabat le lambeau sur le côté postérieur de l'antre, et on remet en place le pavillon de l'oreille. Mais, règle capitale: *le lambeau ne s'applique bien qu'autant qu'il est très long et il n'est très long que si sa base se trouve dans la conque, c'est-à-dire si les incisions longitudinales ont été portées très en dehors. Plus le lambeau est long; plus le méat et le nouveau conduit sont larges; plus aussi les pansements sont faciles et le fond de la cavité auriculaire accessible. Si l'on ne veut pas être gêné dans la suite, il faut que l'extrémité de l'index entre dans le méat et le conduit auditif, après l'opération.*

On termine l'opération par un badigeonnage des surfaces osseuses avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. — On réapplique le pavillon de l'oreille et on suture.

Les sutures ne sont pas toujours faites de la même manière. Il n'y a aucun inconvénient à réunir la plaie rétro-auriculaire dans toute sa longueur si les lésions de la caisse ne sont pas très étendues et si l'on suppose que la réparation puisse se faire sans suppuration des parties profondes. Dans le cas contraire, il vaut

mieux laisser la partie médiane de la plaie béante et ne mettre que quelques points de suture aux deux angles. Cette dernière précaution est de rigueur dans le cas d'inclusion de cholestéatome dans l'antre ou l'attique.

Modifications opératoires. — La technique opératoire de l'attico-antrotomie, quoique de date très récente, a subi déjà un certain nombre de modifications.

D'abord, en ce qui concerne la libération du conduit auditif, il y a des procédés différents. Stacke, Lubet-Barbon, Broca, et un grand nombre d'autres décollent le conduit auditif membraneux sur toute sa circonférence et le rejettent en avant avec le pavillon de l'oreille, de sorte que le conduit est réduit à sa paroi osseuse et se présente à l'opérateur, comme on le voit sur le squelette. C'est inutile: le jour est suffisant en ne détachant que la moitié supéro-postérieure du conduit; et la conservation de sa moitié antérieure s'oppose à la soudure si fréquente des deux parois du conduit et à la formation d'un cul-de-sac à 15 ou 20 millimètres du méat.

Zaufal extirpe la moitié postérieure du conduit jusqu'au pavillon, sous prétexte que cette partie du conduit participe souvent aux lésions de la paroi osseuse et qu'elle est, en tout cas, contusionnée par la rugine pendant son décollement. Nous verrons aussi que Moure, de Bordeaux, résèque, mais pour d'autres raisons, toute la portion membraneuse du conduit auditif et ne garde que le pavillon de l'oreille. Reste à savoir si ces procédés ne retardent pas l'épidermisation de la caisse.

La succession des temps de la résection osseuse peut être changée. Nous avons commencé l'opération par l'ouverture de l'antre et terminé par l'ouverture de l'attique. On peut ouvrir d'abord l'attique et faire ensuite l'antrotomie. L'attico-antrotomie est en effet une méthode opératoire qui a pour objet la transformation des cavités de l'oreille moyenne en une cavité unique débarrassée de son contenu et tapissée d'épiderme. La voie suivie n'est qu'un moyen auquel quelques otologistes ont voulu donner une trop grande importance.

Dès le début de l'application de la méthode, la dichotomie des

procédés opératoires s'est faite. Zaufal commençait par l'antre et Stacke par le mur.

Zaufal, à l'aide d'une gouge creuse d'un centimètre de diamètre, enlève immédiatement au-dessous de la ligne temporale, et en procédant d'avant en arrière, et de dehors en dedans, une lame osseuse d'un centimètre de longueur qui comprend en avant le bord postérieur du méat osseux. Il enlève ensuite une seconde lamelle en commençant un peu plus en arrière; et lamelle par lamelle il finit par constituer, au-dessous de la racine de l'apophyse mastoïde, une brèche osseuse superficielle en arrière, profonde en avant, pouvant aller en arrière jusqu'au bord postérieur de la mastoïde. Il abruse ensuite à la pince de Luer ou à la gouge la partie épitympanique.

Dans le procédé de Stacke, le conduit auditif membraneux est décollé et récliné, ainsi que nous l'avons dit. On introduit dans l'attique *préalablement débarrassé du marteau*, le protecteur spécial, la spatule qui protège la paroi interne de la caisse (fig. 64) et on attaque le mur à l'aide d'un ciseau coudé dans sa longueur et dans le sens du tranchant. Quand le mur est rasé, on enlève l'enclume et on fait pénétrer la spatule dans l'aditus dont on fait sauter la paroi externe jusqu'à l'antre. Mise à découvert de l'antre, curettage, badigeonnage au chlorure de zinc.

Il nous semble préférable d'aborder les cavités de l'oreille par l'antre plutôt que par le conduit auditif (procédé de Stacke). Le nerf facial est moins sujet à être blessé; et surtout l'on n'est pas obligé de faire l'ablation préliminaire des osselets, ce qui complique beaucoup l'opération. En passant d'abord par l'antre, on pousse devant soi, avec l'extrémité de la sonde cannelée, les débris osseux de l'enclume et du marteau et on les retire avec une pince comme un des copeaux osseux. Le protecteur de Stacke peut être laissé de côté, ce qui est à considérer; car il peut défoncer le toit de l'attique ou léser la paroi labyrinthique, s'il est poussé sans ménagement.

Gellé a exposé, à la Société d'otologie de Paris, le 10 juillet 1896, un procédé de résection de la paroi supéro-postérieure du conduit qui a pour objet d'éviter, dans l'opération de Stacke, la blessure du nerf facial et du canal semi-circulaire horizontal.

Voici l'analyse de ce procédé d'après les Arch. Internat. d'otol. (Année 1896, p. 404).

« Dès que l'antre a été largement ouvert, l'auteur abandonne le ciseau et le maillet et emploie « une scie à chaîne » qui agit de dedans en dehors et qui ne peut en aucune façon blesser ni le facial ni le canal, les traits de scie passant au-dessus et en dehors de ces organes.

La scie est adaptée au canal qu'elle doit parcourir; ses chaînons sont courts; elle est très flexible et contourne facilement le pont osseux intermédiaire à l'antre et au cadre tympanal qu'elle doit sectionner.

Un fil d'acier lui sert de conducteur: introduit par l'ouverture mastoïde dans l'antre, il franchit l'aditus, descend dans la caisse béante où la pince le saisit et l'attire au dehors; puis la scie apparaît. On l'arme de ses deux mains et la première section a lieu aussitôt de haut en bas dans la direction de la pointe de l'apophyse. Un second fil conducteur, qui a passé avec le premier et est redressé pendant la seconde section, conduit de nouveau la scie à chaîne par le même chemin; une deuxième section est faite horizontale, abrasant la paroi crânienne. Le fragment angulaire détaché, les cavités apparaissent, bien en vue, pour le curettage et les pansements consécutifs. »

Gellé n'a pas eu occasion d'employer son procédé sur le vivant. Nous-même, ne connaissant pas la scie à chaîne de Gellé, n'avons pu l'expérimenter sur le cadavre; mais à priori, étant donnés les inconvénients ordinaires de la scie à chaîne, nous craignons que celle de Gellé ne fonctionne pas sans encombre dans la lumière étroite de l'aditus!

La greffe a été appliquée également de différentes façons. Stacke fend en haut le conduit auditif membraneux dans toute sa longueur, puis fait une seconde incision perpendiculaire à la première au niveau du pavillon. Il a ainsi un lambeau rectangulaire qu'il rabat en arrière et applique par tamponnement.

Panse procède, ainsi que nous l'avons recommandé et circonscrit un lambeau quadrilatère par deux incisions horizontales et parallèles de la paroi postérieure du conduit, mais il n'insiste pas

sur la nécessité de donner à ce lambeau la plus grande longueur possible.

Arthur of Forsells (Arch. fur Ohrenheilk, Bd. 36 Hft. 3. 1894) agit différemment : il prolonge de 2 centimètres par en bas l'incision cutanée rétro-auriculaire ; puis circonscrit, aux dépens de la peau de la région mastoïdienne, un lambeau de 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre et demi de largeur dont le pédicule reste adhérent à l'angle supérieur de la plaie. Il introduit ce lambeau dans la brèche osseuse dont il tapisse la paroi postérieure, tandis qu'un lambeau quadrangulaire emprunté au conduit en revêt la paroi inférieure. Les bords de la plaie sont ensuite immobilisés, puis suturés jusqu'au pédicule ; celui-ci est sectionné plus tard quand on a l'assurance que le lambeau est complètement greffé.

Il n'est pas jusqu'aux greffes de Thiersch, empruntées à l'un des membres ou à l'autre pavillon de l'oreille qui ne puissent servir d'amorces au revêtement des parois de la cavité.

Les différents procédés utilisant le conduit cartilagineux ont, suivant Moure, l'inconvénient de produire parfois un rétrécissement momentané de la lumière du conduit par tuméfaction des lambeaux. Plus tard, si la plaie suppure et bourgeonne, la partie du conduit d'abord adhérente se détache et vient obturer la surface découverte par l'opération. Aussi, dans la plupart des cas, Moure préfère « supprimer purement et simplement le conduit cartilagineux presque au ras de la conque et suturer directement le pavillon à la lèvre postérieure de la plaie mastoïdienne. Outre qu'il ne résulte de cette manière de faire aucune cicatrice vicieuse, on peut continuer les pansements par le conduit auditif qui reste ainsi large et très béant, permettant de suivre le travail de réparation et de le mener jusqu'à complète guérison. Il suffit seulement, pour faciliter cette manœuvre, d'abattre largement la paroi postérieure du conduit osseux. »

Pansements immédiat et consécutifs. — Du premier pansement et des pansements consécutifs dépend le succès thérapeutique. Il faut autant de patience au chirurgien que de résignation au malade. Celui-là ne doit pas perdre de vue que le résultat ne sera

satisfaisant qu'autant que toutes les parois de la nouvelle cavité seront recouvertes d'une couche épidermique sans cloisonnement ni anfractuosité. Celui-ci — le malade — ne doit pas hésiter à faire au médecin crédit de quelques mois pour la guérison définitive d'une affection qui dure souvent depuis de longues années.

Le premier pansement a pour effet de dilater le méat et le conduit autant que possible, d'appliquer la greffe empruntée à la paroi postérieure du conduit sur la paroi postérieure de la nouvelle cavité osseuse et de s'opposer à tout suintement sanguin en comprimant toutes les parties de la cavité osseuse. Il faut introduire dans l'antre, dans l'attique, dans la caisse, dans le conduit, dans le méat, autant de gaze iodoformée que ces cavités peuvent en contenir. Il faut faire des assises successives de replis serrés de la mèche de gaze, en étalant le premier lit sur la partie la plus profonde de l'excavation. C'est un véritable tamponnement de l'oreille moyenne qu'il faut faire et le faire assez serré, dans les premiers jours, pour qu'il en soit douloureux. Quelquefois l'excès de tamponnement produit une paralysie faciale qui cesse après la décompression de l'oreille. Plus tard, vers le vingtième jour, lorsque la rétractilité du conduit a été épuisée, que l'extrémité du doigt pénètre librement dans le méat et que le liseré d'épidermisation commence à se montrer, on peut diminuer le tassement de la gaze iodoformée. Le continuer serait même gêner la végétation épidermique.

Le premier pansement peut rester en place quatre ou cinq jours ; les autres sont renouvelés tous les trois ou quatre jours.

A chaque pansement, la grande cavité auriculaire est nettoyée avec le plus grand soin : les sécrétions sont abstergées avec des tampons antiseptiques ; les parois sont touchées avec de la liqueur de Van Swieten, de l'alcool boriqué ou du chlorure de zinc, suivant l'abondance de la suppuration. Au besoin, on peut faire une irrigation avec un liquide antiseptique — qui descend parfois dans le pharynx. — Puis, une nouvelle mèche de gaze iodoformée est enfoncée dans l'antre, dans l'attique, dans la caisse, dans le conduit jusqu'au méat. Suivant l'état de la cavité, laisser fermer ou maintenir ouverte la plaie rétroauriculaire, et cautériser les granulations qui s'y produisent facilement.