

Le procédé sus-attico-antral a, en somme, l'avantage de poursuivre l'infection, étape par étape, du carrefour antral dans la profondeur du crâne. Il mène directement et sûrement au but et ne laisse rien derrière lui capable de faire naître une nouvelle infection. Les anciens opérateurs s'étaient engagés dans la voie mastoïdienne par nécessité et par l'enchaînement des lésions ; les derniers nous y ramènent par logique et par le besoin de pratiquer des opérations radicales. On n'a d'ailleurs pas oublié que dans les cas rares où la nature s'est chargée spontanément de la guérison du malade, c'est ainsi qu'elle a opéré.

La technique opératoire de l'ouverture d'un abcès temporal comprend évidemment deux temps principaux : la résection de la paroi crânienne, l'incision des parties molles encéphaliques.

Sujets, chirurgiens, aides, instruments, tout est préparé et disposé comme pour une trépanation de l'apophyse mastoïde. Y joindre des aiguilles aspiratrices, des trocars ou un bistouri à lame fine et étroite pour l'incision du cerveau.

1^{er} temps. — Résection crânienne.

Pratiquer d'abord l'attico-antrotomie ; et quand les cavités de

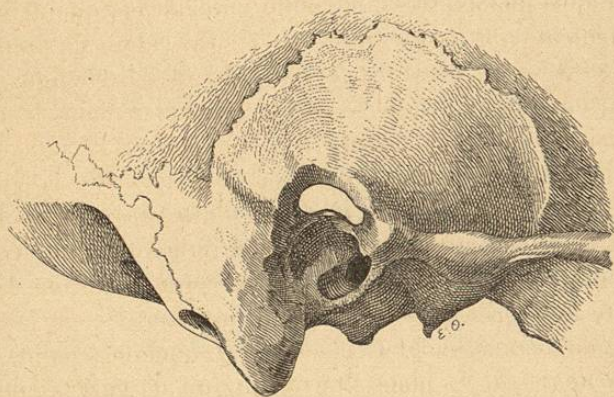


Fig. 96.

La résection du crâne, après attico-antrotomie, pour les abcès temporaux otitiques. Procédé sus-attico-antral.

l'oreille moyenne sont bien nettoyées, dénuder la crête temporale et une petite partie de l'écaïlle de l'os.

Avec le burin et la gouge, abraser la portion de la crête temporale dans toute la longueur de la cavité attico-antrale et faire tomber 8 à 10 millimètres de la partie correspondante de l'écaïlle temporale. La table interne du crâne, formant le toit de l'antre et de l'attique, tombe sous les coups de burin, en même temps que la crête temporale.

On crée, dans ces conditions, un trou d'une quinzaine de millimètres de diamètre dans le plancher du crâne (fig. 96).

2^e temps. — Incision des méninges et du cerveau.

Le deuxième temps du traitement des abcès encéphaliques consiste dans l'ouverture de l'abcès. La dure-mère apparaît à travers la brèche osseuse, injectée, tendue, saillante et sans ses pulsations normales. L'hypertension intra-crânienne déjà subjectivement constatée l'est maintenant objectivement. Si la pachyméninge est tomenteuse ou recouverte d'une couche purulente, on la gratte, on la nettoie, on la tamponne ; puis on l'incise en croix en évitant autant que possible de blesser un des gros vaisseaux qui rampent à sa surface. Le cerveau bombe à son tour et se présente quelquefois avec une teinte jaunâtre indiquant l'infiltration purulente du tissu cérébral : il suffit alors de prendre un bistouri effilé — et le couteau à kératomie de Groefe nous semble excellent en cette occasion — et de pratiquer dans le cerveau une incision d'un bon centimètre pour assurer l'écoulement du pus. Si l'écorce cérébrale a une apparence normale, la collection purulente peut être profonde et il faut s'attendre à ne pas trouver le pus à la première ponction et à être obligé d'enfoncer le couteau en divers sens. Quand le pus s'est écoulé, on draine la poche purulente avec quelques fils de catgut qu'on guide sur la rainure d'une sonde cannelée. Mettre seulement quelques points de suture aux angles de la plaie. Bourrer l'antre de gaze aseptique et panser.

Quelques détails sont à reprendre : on a conseillé de ne pas

ouvrir la dure-mère avant d'avoir trouvé par une ponction le pus de l'abcès. Mais on s'expose ainsi à infecter les méninges.

On a employé pour les ponctions exploratrices une pointe de bistouri, l'aiguille d'une seringue de Pravaz, les petites, les moyennes et les grosses aiguilles des appareils aspirateurs, des trocars, un stylet, le thermo-cautère. Les aiguilles s'obstruent par des bouchons de substance cérébrale ou des caillots de la poche abcédée. Comme les trocars qui seraient préférables sont aussi volumineux que le tranchant d'un petit couteau et plus contondants que ce dernier, nous ne voyons pas l'utilité de se servir successivement de deux instruments : l'un pour explorer et l'autre pour débrider, car il faut toujours débrider le tissu cérébral, l'orifice de la ponction étant trop petit pour l'écoulement du pus souvent mêlé de débris de substance encéphalique. En tout cas, quel que soit l'instrument employé, il ne faut pas pénétrer transversalement dans le cerveau à plus de trois centimètres de profondeur.

Quant au drainage cérébral, le faire bien et longtemps : tubes en caoutchouc, tubes en ébonite, mèches de gaze ont été utilisés. Les tubes sont un peu durs ; les mèches sont difficiles à introduire ; les catguts nous semblent meilleurs. Un point important du drainage est la brièveté de son trajet, et c'est un des grands avantages du procédé intra-mastoïdien de ne faire traverser au drain qu'une faible épaisseur de substance encéphalique. On continuera le drainage aussi longtemps que possible, jusqu'à disparition de la suppuration.

Les pansements doivent être fréquemment renouvelés et le pansement humide doit remplacer le pansement sec à la moindre tuméfaction des lèvres de la plaie.

Le procédé sus-attico-antral a déjà fait ses preuves et conquis de nombreux suffrages. Broca l'a défendu avec autorité devant la Société de chirurgie (séance du 28 octobre 1896).

Nous ne voyons aucune objection à faire à ce procédé dans le traitement des abcès temporaux : il est radical, d'une exécution facile, et très favorable au drainage. Il est en outre le seul qui assure l'ouverture de l'abcès au début de sa formation dans le

lobe temporal. Avec les autres procédés de trépanation temporale, on est exposé à faire la ponction du cerveau au-dessus de l'abcès. C'est ce qui est arrivé à Scwhartze (Arch. f. Ohren. 1889-90, t. XXIX), et à Mansell Moulin (Soc. clin. de Londres, 9 mars 1894) et à quelques autres.

Autres procédés d'ouverture des abcès cérébraux. — Avant que la connaissance de la filiation des accidents otitiques endocrâniens ait imposé le procédé transmastoïdien, d'autres procédés, basés sur d'autres principes, ont donné quelques bons résultats.

Nous-même avons obtenu la guérison d'un de nos malades par un procédé d'une technique opératoire bien simple et que nous avons étudié sur le cadavre avec l'intention, le cas échéant, d'explorer la face supérieure du rocher et de faire l'ouverture de la collection purulente épimeningée qui existerait. Ce procédé que nous avons alors appelé paramastoïdien ouvre le crâne au ras de la base de la mastoïde. On divise les parties molles de la région temporale par une incision verticale qui prolonge en haut le bord antérieur de la mastoïde, et on dépérioste l'écaïlle du temporal dans une étendue de trois centimètres carrés environ : le crâne est trépané juste au-dessus du conduit auditif et de l'angle antéro-supérieur de la mastoïde. Le bord inférieur de l'orifice de la trépanation affleure l'arcade zygomatique ; et la perte de substance doit être assez grande pour qu'on examine le tegmen tympani et antri. L'écaïlle osseuse s'effondre avec trois ou quatre coups de gouge ; et l'orifice est agrandi avec une pince coupante, dès que les mors de celle-ci peuvent être glissés sous la face interne du crâne (fig. 97, A).

Ce procédé demande à peine cinq minutes d'exécution. Il permet de ponctionner le lobe temporal près de son bord inférieur et à peu près au milieu de la deuxième circonvolution temporale.

Nous n'hésitons pas à le recommander aux chirurgiens, qui, peu familiarisés avec la chirurgie auriculaire, reculent devant une trépanation de l'antra, comme temps préliminaire d'une incision d'abcès cérébral, et qui préfèrent le bien certain à un mieux aléatoire. Nous le recommandons d'autant plus volontiers que les appréhensions d'une opération aussi simple que l'ouverture d'un

abcès du cerveau, quand on la réduit à ses strictes nécessités, ne doivent pas faire différer une intervention capable de prolonger la vie d'un malade fatalement condamné. Ce procédé ne comporte aucune mensuration, et n'exige aucun souvenir anatomique précis. Il suffit de se rappeler que la trépanation doit être

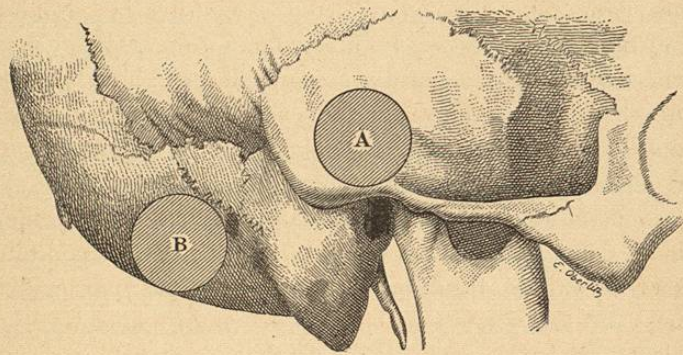


Fig. 97.

Procédés paramastoïdiens de trépanation du crâne.
A. Pour abcès otitique temporal.
B. Pour abcès cérébelleux.

faite le plus près possible de l'ancre et de la paroi supérieure du rocher, à travers la mince écaille du temporal.

Ce n'est, il est vrai, qu'une opération palliative, puisque l'ancre est laissé de côté; mais c'est un bon procédé de nécessité: chez le malade auquel nous faisons allusion et chez lequel nous avons employé le procédé paramastoïdien, l'antrotomie avait été préalablement pratiquée. Nous avons voulu, quelque longueur qu'en dût prendre l'opération, éteindre le foyer infectieux de l'ancre que nous considérons comme la cause de la complication cérébrale. Nous n'avons pas tardé, après réflexion, à reconnaître l'inutilité de conserver le plancher du crâne entre les ouvertures des cavités crânienne et antrale et nous nous sommes rallié au procédé sus-attico-antral qui fait disparaître cette cloison antro-crânienne.

On trouvera, dans les mémoires sur les abcès cérébraux de Le Fort et Lehmann (Gaz. des hôp., 1892, p. 337), de Chau-

vel (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1888, p. 660) et dans le traité de chirurgie cérébrale de Broca et Maubrac, l'exposition des différents procédés de trépanation appliqués à l'ouverture des abcès cérébraux. Ils sont divisibles en deux grandes classes :

Procédés basés sur les localisations cérébrales ;

Procédés basés sur les rapports du lobe temporal et du crâne.

Nous avons déjà fait justice de la valeur des symptômes en foyer et nous avons vu que les abcès temporaux étaient susceptibles de déterminer des paralysies partielles sans que les centres moteurs de l'écorce cérébrale fussent eux-mêmes atteints. Une discussion récente de la société de chirurgie, ayant pour point de départ une observation de Reynier, confirme ce que nous avons établi : « dans les abcès consécutifs aux affections de l'oreille, on « doit se défier de certains symptômes qui peuvent conduire à « des erreurs de localisation, si on ne se dit pas que les symptômes sont dus à des phénomènes de compression. C'est ainsi « que mon malade a présenté de l'aphasie par compression de « la troisième circonvolution. Dans un cas, j'ai vu non seulement « de l'aphasie, mais de la paralysie du membre supérieur. » (Reynier). — Et en effet, l'opéré de Reynier, qui présentait de l'aphasie, avait un abcès de la partie postérieure du lobe temporo-occipital. — Lucas-Championnière n'a pas été moins affirmatif : « L'aphasie est un symptôme qui peut être provoqué par une « lésion étendue siégeant loin des circonvolutions frontales. Cette « lésion agit par compression et porte loin ses effets. Si l'on veut « se diriger uniquement avec un symptôme de localisation, on se « trompe. Une association de symptômes de localisation peut « vous guider, non une indication unique. » Dans ces conditions, des procédés basés sur la topographie cérébrale ne correspondraient pas au foyer de l'abcès.

Il y a pourtant deux cas où les symptômes en foyer doivent imposer le procédé de trépanation, c'est lorsque les troubles moteurs ou visuels sont assez nettement caractérisés pour qu'on ne puisse hésiter à localiser l'abcès dans la zone rolandique, le lobe occipital, ou tout au moins au voisinage du lobe occipital. L'hémiplégie totale nous semble indiquer l'application de la couronne de trépan au niveau de la zone rolandique, à moins qu'on n'ait des raisons

de croire que cette hémiplegie soit symptomatique d'un abcès cérébelleux ; et l'hémianopsie nous ferait porter l'ouverture du crâne sur la partie inféro-postérieure du pariétal, au-dessus de la suture mastoïdo-pariétale, en arrière de la suture squamo-pariétale. Voyez en effet ce qui s'est produit dans les cas de Knapp et de Lannois-Jaboulay.

Le malade de Knapp qui avait une hémianopsie homonyme a été trépané au-dessus et en arrière du conduit auditif ; l'orifice de trépanation avait trois centimètres de diamètre ; et l'aiguille de ponction dut être enfoncée dans le tissu cérébral *en haut et en arrière*.

Jaboulay, qui avait commencé par le procédé transmastoïdien et qui avait fait une première fois en tous sens des ponctions exploratrices du cerveau, qui avait répété une seconde fois ces mêmes ponctions, n'a donné issue au pus qu'en dirigeant, à une troisième tentative, l'aiguille en haut et en arrière *en plein lobe occipital*. — Or mieux vaut faire la trépanation en face de la partie centrale de l'abcès plutôt qu'à une de ses pointes ; car le drainage est plus facile ; et quelquefois un abcès sous-durémérien peut être associé à l'abcès encéphalique. Ces modifications dans le procédé opératoire ne seraient pas une raison pour négliger l'ouverture de l'antre dont l'infection demeure la cause primordiale de la complication encéphalique.

Les procédés de trépanation basés sur les rapports du lobe temporal avec le crâne ne pouvaient manquer de devenir très nombreux, vu les dimensions du lobe temporal et les prolongements tantôt antérieurs et tantôt postérieurs des abcès. Ce lobe est recouvert par un rectangle osseux de dix centimètres de longueur sur quatre de hauteur formé par l'écaille du temporal, un peu par le pariétal et la grande aile du sphénoïde. Une ligne droite verticale passant par le conduit auditif correspond à peu près au milieu du lobe temporal. Des couronnes de trépan ont été échelonnées sur le trajet de cette ligne verticale ; d'autres, en avant et en arrière d'elle ; et le procédé qui avait réussi dans une circonstance a été recommandé par son auteur comme préférable à tous les précédents. On a couvert ainsi de couronnes de trépan toute la surface de l'écaille du temporal. Les trépanations faites au niveau de la partie moyenne du lobe temporal, sur la

ligne verticale passant par le conduit auditif sont préférables aux autres, puisqu'elles sont en face du foyer primitif de l'abcès. Elles ne peuvent manquer leur but que placées trop haut quand l'abcès est trop petit. Elles sont alors au-dessus de la collection purulente. Les trépanations antérieures et postérieures sont d'autant plus défectueuses qu'elles s'éloignent davantage de la partie moyenne du lobe temporal ; car le sens du prolongement de l'abcès ne peut être précisé cliniquement dans la plupart des cas ; et l'on s'expose à faire une ponction dans une direction opposée à celle de l'abcès.

Abcès du cervelet. — Le cervelet est défendu par l'épaisse ceinture osseuse occipito-mastoïdienne que le sinus latéral fortifie en dedans comme un fossé infranchissable. Autant est facile la découverte du lobe temporal, autant est délicate celle du cervelet.

Le procédé classique qui consiste à pratiquer la trépanation au centre de la fosse occipitale cérébelleuse, sur le milieu d'une ligne allant de la pointe de l'apophyse mastoïde à l'inion ouvre certainement le chemin le plus sûr vers un des hémisphères cérébelleux. On se trouve ainsi à égale distance des portions transversale et descendante du sinus latéral. Mais nous devons reconnaître que le procédé n'est pas avantageux pour les abcès otitiques du cervelet. Ils sont incisés loin de leur foyer d'origine ; et s'ils sont associés à un petit abcès extra-dural, celui-ci n'est pas ouvert et peut continuer de s'étendre ou donner lieu à une leptoméningite. Si, d'un autre côté, l'abcès cérébelleux est de très petite dimension, l'aiguille exploratrice peut passer autour de la collection purulente sans la rencontrer. C'est ce qui est arrivé à Schwartze, qui trouva, à l'autopsie, un abcès cérébelleux non découvert du vivant du malade, malgré des ponctions répétées, après trépanation de l'écaille de l'occipital. Si on fait usage de ce procédé, l'aiguille aspiratrice ne doit pas pénétrer à plus de deux centimètres dans le cervelet et doit être enfoncée dans la direction du conduit auditif, et pour préciser davantage, de l'antre mastoïdien. En enfonçant une trop grande longueur de l'aiguille, on est exposé à blesser le sinus latéral.

Les partisans du procédé sus-attico-antral pour les abcès