

guide pour les temps ultérieurs de l'intervention. — Enfin, nous devons noter, comme particulièrement délicates, les an-

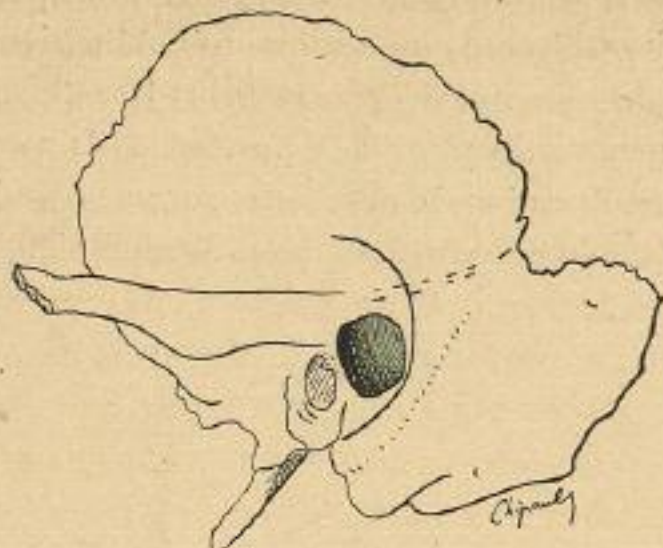


Fig. 334. — Zone d'attaque de l'os dans l'antrectomie.

trectomies pour névralgie mastoïdienne. On doit, dans ces cas, prévoir une apophyse scléreuse, laborieuse à traverser, ou

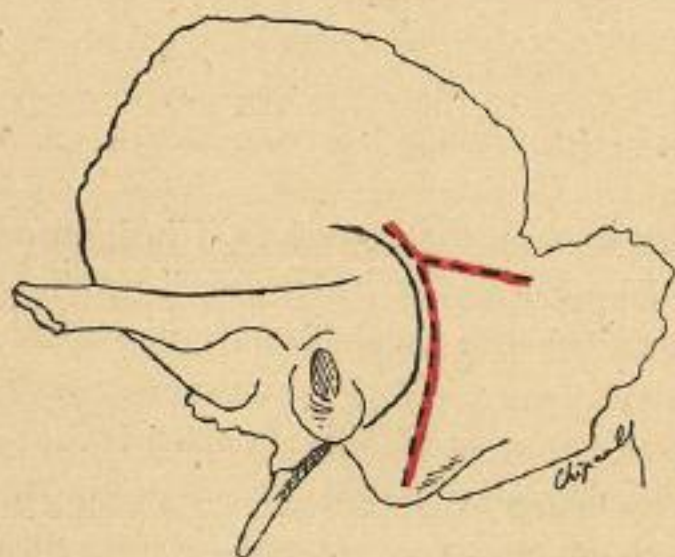


Fig. 335. — Incision des parties molles dans le cas d'antrectomie pour antro-mastoïdite aiguë.

bien, dès l'ablation de la lame corticale, « une couche diploïque, rouge sombre », qui ne renseigne en rien sur la profondeur

probable de l'antra et où la moindre travée compacte doit faire redouter le voisinage d'un organe à ménager.

L'antrectomie faite, on doit, dans tous les cas, pratiquer des lavages antiseptiques (de préférence eau phéniquée à 1 ou 2 0/0), poussés avec une grande douceur, à l'aide d'une seringue à hydrocèle, après avoir, au préalable, introduit dans l'ouverture artificielle un petit tube de caoutchouc vulcanisé, de volume et de longueur appropriés, et incliné fortement en arrière la tête du malade pour que le liquide ressorte par le conduit auditif et par le nez. Mac Ewen recommande même, pour éviter qu'il ne coule dans le pharynx ou le larynx, de l'injecter, après tamponnement du conduit auditif externe, par la trompe d'Eustache cathétérisée.

Il est, du reste, bien évident que la sollicitude avec laquelle on doit faire ces lavages et que le traitement post-opératoire de la plaie varieront singulièrement avec la nature des lésions trouvées. — Dans les cas de mastoïdite névralgique, sans suppuration actuelle de l'oreille moyenne, on peut refermer de suite, ou tenter la guérison sous caillot sanguin, la « réunion sous-crustacée de Schede » (Schwartz). — Lors d'infection aiguë oto-mastoïdienne, il est bon d'assurer un drainage de quelques jours au moins par l'orifice mastoïdien, en maintenant libre et en désinfectant par des lavages répétés le trajet qui de la mastoïde mène au conduit auditif; peut-être même serait-il utile, pour éviter toute récurrence, d'assurer l'occlusion définitive par tissu cicatriciel du trajet antro-mastoïdien. — Enfin, lorsque l'on est intervenu pour une antro-mastoïdite chronique, avec nécroses osseuses qu'on n'a pu vraisemblablement poursuivre dans tous leurs diverticules, il est indispensable de maintenir très longtemps ouvert le trajet mastoïdien menant jusqu'à l'antra (Schwartz, Mac Ewen). Dans ce but, on le bourrera à la gaze iodoformée recouverte d'une épaisse couche de poudre pour empêcher

son adhérence; ce pansement sera changé pour la première fois le sixième jour au plus tôt, puis quotidiennement et dès lors fait à la gaze boriquée (Mac Ewen); à chaque séance, des lavages antiseptiques énergiques par la plaie mastoïdienne, par le conduit auditif, par la trompe même (Kretschman) empêcheront la stagnation des débris septiques. Plus tard, on pourra substituer à la gaze un drain conique de plomb (Schwartz), maintenant, avec l'aide de quelques cautérisations au nitrate d'argent, le calibre du canal opératoire. On ne le laissera s'obturer que lorsque le pansement aura été, pendant huit ou dix jours, retiré complètement sec. Quelques chirurgiens (Schwartz, Mac Ewen) pensent même qu'il faut, dans certains cas particulièrement graves, assurer sa persistance définitive en le maintenant ouvert jusqu'à ce qu'il soit épidermisé d'un bout à l'autre par prolifération de l'épithélium de la caisse, de l'épithélium cutané et des fragments restants de la muqueuse des cellules mastoïdiennes. Le canal ainsi créé devra être longtemps surveillé, à cause de sa tendance aux ulcérations (Egon), tendance qui ne disparaîtra que lors de guérison définitive de la lésion otique. — Une conduite analogue paraît indispensable, lors d'antrectomie pour cholestéaste, afin d'éviter et de surveiller les récives.

Les soins post-opératoires exigent un redoublement d'attention lorsqu'au cours de l'antrectomie est survenu, de par la disposition anatomique ou l'extension des lésions, un ACCIDENT quelconque : blessure du sinus latéral, du nerf facial, du canal demi-circulaire externe, du plancher de l'étage moyen. Aujourd'hui, du reste, avec la gouge et le maillet qui font leur chemin pas à pas, en plein jour, c'est tout au plus si le chirurgien, trompé par des fongosités ayant détruit l'os, doit ouvrir la loge sinusale sans léser le sinus, écailler le plancher crânien sans blesser la dure-mère, froisser le nerf facial qui réagira de suite par une brusque contraction des muscles.

Ces lésions, aussi bien que l'ouverture du canal demi-circulaire n'ont donc point ordinairement d'importance primitive. Ils en acquerraient une secondaire considérable, si les loges osseuses ouvertes s'infectaient au fond de la plaie mastoïdienne, d'où sinusite, névrite du facial, méningite possibles. Supposons même que le chirurgien ait directement lésé la dure-mère ou le sinus eux-mêmes : l'infection ici encore constitue le seul danger réel, car l'hémorragie sinusale elle-même peut être sans peine arrêtée par un tamponnement odofonné, ou par le bourrage du sinus à l'aide de faisceaux de catgut.

Quoi qu'il en soit, l'opérateur doit éviter avec une extrême attention ces accidents, car il opère dans un foyer septique, dont la désinfection complète, surtout lorsque l'opération est troublée par une mésaventure quelconque, devient bien incertaine.

Aussi, Mac Ewen, craignant les échappées de la gouge et du maillet, toujours possibles, même entre les mains les plus exercées, emploie-t-il, pour faire l'antrectomie, un burin mis en rotation par la main ou par un moteur quelconque. C'est, en somme, un retour aux anciens perforateurs, rendu logique par le perfectionnement des données anatomiques. « La perforation, dit Mac Ewen, doit être faite à la partie postérieure du triangle que j'appelle supra-méatique et qui est limité par la racine horizontale du zygoma, par la partie postérieure du méat auditif osseux et par une ligne basale réunissant les deux lignes précédentes (1). Ce triangle est facilement reconnaissable sur au moins 99,5 0/0 des crânes. Les dimensions du burin employé varieront avec les dimensions du triangle. L'instrument, légèrement appuyé, enlève des vrilles osseuses et

(1) Ne pas confondre le triangle rétro-méatique de Mac Ewen avec notre triangle chirurgical, notablement plus étendu.

creuse un puits à surface polie et lisse. Les cellules mastoïdiennes s'y révèlent par de petits points sombres, avant d'être largement ouvertes. Dès qu'un de ces points apparaît, le stylet l'explore et détermine les dimensions de la cavité sur laquelle il donne jour. Si c'est l'antre, un petit burin use les bords de l'étroit orifice jusqu'à suppression complète de la



336. — La cavité de l'attique; son contenu et ses rapports avec la caisse. (d'après Schwartze).

1, aditus; 2, antre; 3, attique; 4, canal facial; 5, muscle de l'étrier; 6, fenêtre ronde; 7, cercle tympanal.

paroi superficielle de la cavité, puis nettoie partout celle-ci, qui doit devenir en tous ses points régulière et unie. Dans certains cas où l'os est ramolli, l'opération est abrégée en enlevant à la gouge les couches superficielles de la mastoïde. La paume de la main embrasse la tête ronde de l'instrument pendant que l'index limite l'extrémité coupante avec laquelle on rase l'os. »

Comme Mac Ewen pour éviter la lésion des organes environnant l'antre, Laurent vient de proposer de faire chez l'enfant sa « trépano-ponction » par le conduit auditif. « A cet âge, dit-

il, la cavité de l'antre est située un peu au-dessus du conduit auditif osseux, au niveau de son angle postéro-supérieur, à 2, 3, 4 millimètres et plus de distance, suivant les âges. Il est dès lors facile d'y pénétrer, et cela sans accident; le canal semi-circulaire horizontal n'est en rapport qu'avec la paroi interne du conduit antro-tympanal, et le nerf facial est situé en dessous de la région (chez l'adulte, l'épaisseur de la paroi osseuse est, en général, trop considérable pour rendre le procédé largement applicable). L'instrument est constitué par une tige perforante à extrémité tranchante, taillée en biseau. La tige porte deux canules : la première, plus longue, canule d'introduction, est munie d'une plaque qui facilite l'action du doigt; la deuxième, courte, construite d'après les dimensions appropriées (une série de quatre est nécessaire) et munie d'une plaque d'arrêt, est placée au bout de la première et entoure l'extrémité de la tige, à part la partie coupante : c'est la canule à drainage. Pour l'introduire, on saisit l'instrument de la main droite, on en porte l'extrémité sur l'angle postéro-supérieur du conduit auditif osseux, point de repère facile à sentir, en la dirigeant en arrière et en dedans; on imprime à la tige quelques mouvements de rotation, et la pénétration se fait facilement, alors même que l'os n'est pas ramolli; la plaque d'arrêt de la canule à drainage permet de ne pénétrer qu'à la profondeur désirée. A l'aide du pouce, on fait avancer la canule d'introduction, qui refoule la première, et celle-ci reste en place au moment où l'on retire le trocart. On a pratiqué de la sorte une ponction exploratrice; si le pus n'apparaît pas, on peut faire l'aspiration avec un instrument *ad hoc* (l'aspirateur-injecteur que j'ai fait construire, celui de Delstanche légèrement modifié, la seringue d'Anel épaissie à l'extrémité), et l'on procède aux injections antiseptiques. »

c) ATTICO-ANTRECTOMIES ET ANTRO-ATTICOTOMIES. — D'autres tentatives dans un sens bien plus chirurgical et bien

meilleur que la précédente ont été faites ces années dernières, et permettent, non seulement d'éviter à coup sûr le sinus et le plancher crânien dans les cas où le chirurgien prévoit ou rencontre, en faisant l'antrectomie, de grandes difficultés opératoires, mais encore de pratiquer parfois une intervention plus complète que ne le permet l'antrectomie simple, telle que nous l'avons décrite.

La voie à suivre fut montrée par les chirurgiens qui n'hé-

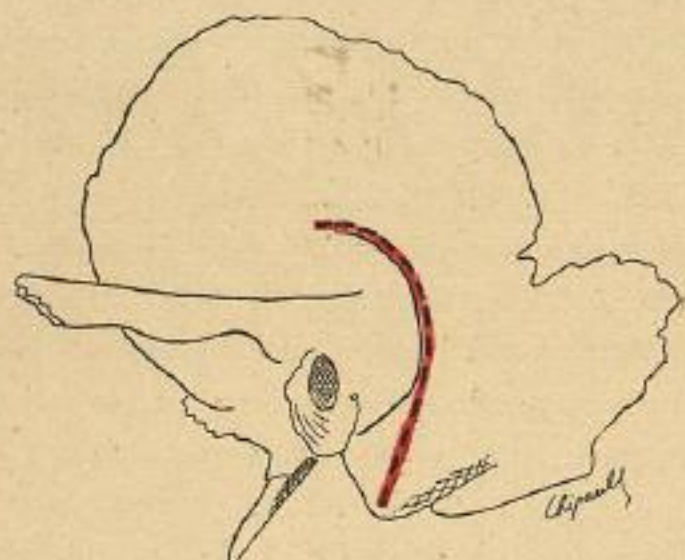


Fig. 337. — Incision de Stacke.

sitèrent pas à reporter en avant le centre du champ opératoire de l'antrectomie et à réséquer, pour la faire plus largement, la paroi postéro-supérieure du conduit : Schwartz, Küster, von Bergmann, Hessler, se servirent dans ce but de la gouge et du maillet; Tröltzsch et Zaufal employèrent la pince coupante de Luer. Malgré ces précurseurs, c'est à Stacke, élève de Schwartz, que revient le mérite d'avoir décrit le premier, d'une façon précise et satisfaisante, « l'atticotomie ».

Avant de reproduire et de compléter la description de Stacke, nous croyons utile d'ajouter aux données anatomiques déjà acquises quelques mots sur l'attique ou « logette sus-tympanique des osselets ».

Cette cavité, d'une longueur de 10 à 12 millimètres sur une épaisseur de 5 et une hauteur de 7 millimètres, est placée en avant de l'antra, au-dessus de la caisse. Elle communique avec le premier par l'*aditus ad antrum*, dont l'orifice triangulaire à sommet inférieur occupe sa face postérieure; elle répond à la seconde par sa paroi inférieure, plus ou moins complètement fermée par une cloison membraneuse.

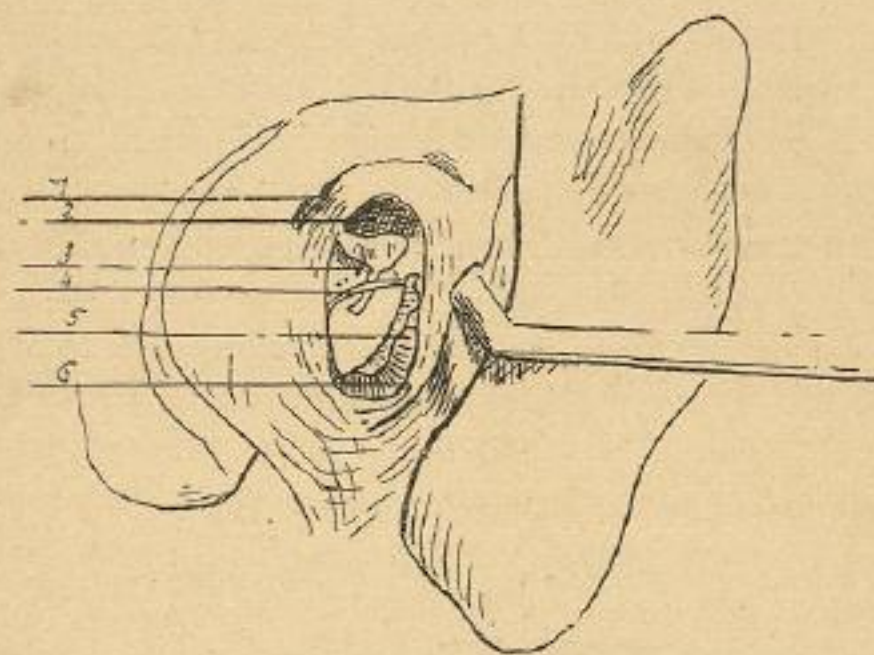


Fig. 338. — Champ opératoire dans l'opération de Stacke (d'après Schwartz). 1, épine sus-méatique; 2, *legmen tympani*; 3, niveau du bord supérieur du tympan; 4, corde du tympan; 5, tympan; 6, cercle tympanal.

La paroi interne de la cavité de l'attique, prolongement de la paroi interne de la caisse, présente d'arrière en avant : la saillie du canal demi-circulaire transverse, saillie qui répond au bord interne de l'aditus; la saillie du canal facial; enfin, tout à fait en avant, la saillie du muscle du marteau; le relief du canal facial est situé juste au-dessus de la fenêtre ovale, qui prend jour sur la caisse. La paroi externe est formée inférieurement par la membrane de Schrapnell, en haut par une lamelle osseuse, « mur de la logette », qui sépare l'attique

du conduit auditif externe et forme de l'une à l'autre un véritable ressaut, « un pendentif ». La paroi antérieure est formée par la ligne de jonction des parois externe et interne, sa limite inférieure répondant à la saillie osseuse qui sépare le conduit du muscle du marteau de l'orifice tympanique de la trompe. Enfin, la paroi supérieure séparant l'attique de la fosse cérébrale moyenne, traversée constamment dans sa partie postérieure par de petites veines se rendant aux sinus pétreux supérieur et latéral, est formée par une lame de tissu compact en continuité en arrière avec le toit de l'antre, en avant avec le toit de la partie osseuse de la trompe d'Eustache; l'ensemble forme une pièce triangulaire que borde en dehors la suture pétro-squameuse chez l'enfant et les déhiscences qui en montrent la place chez l'adulte.

L'attique contient, en même temps que de nombreux ligaments et de nombreux replis muqueux, la tête et le col du marteau, le corps et la courte branche de l'enclume; le col du marteau et le corps de l'enclume traversent sa paroi membraneuse inférieure pour se rendre dans la caisse.

Les osselets, le mur de la logette, l'orifice de l'aditus participant avec une grande fréquence aux lésions nécrotiques ou cholestéatomateuses, on conçoit quel intérêt il y a à pouvoir nettoyer directement la petite cavité que nous venons de décrire, d'autant plus que l'ablation des osselets qu'elle contient n'entraîne que des troubles de l'ouïe très minimes et que la blessure de la corde du tympan, impossible à éviter pendant cette ablation, provoque seulement une anesthésie des deux tiers antérieurs de la langue du côté opéré, anesthésie qui, d'ordinaire, passe inaperçue du malade.

La première communication de *Stache* sur l'atticotomie fut faite au congrès de Berlin en 1890; en 1891, au congrès de

Halle, et depuis dans divers articles, il modifia et perfectionna son manuel opératoire, que voici, tel qu'il l'exécute actuellement :

« Faire tout d'abord une incision convexe des parties molles suivant l'insertion du pavillon en allant très loin en avant, en arrière en descendant jusqu'à la pointe de l'apophyse. Après ligature de tous les vaisseaux qui donnent, refouler le périoste du côté du conduit auditif, en faisant cette dénudation jusqu'à la racine du zygoma. Ensuite, le périoste du conduit

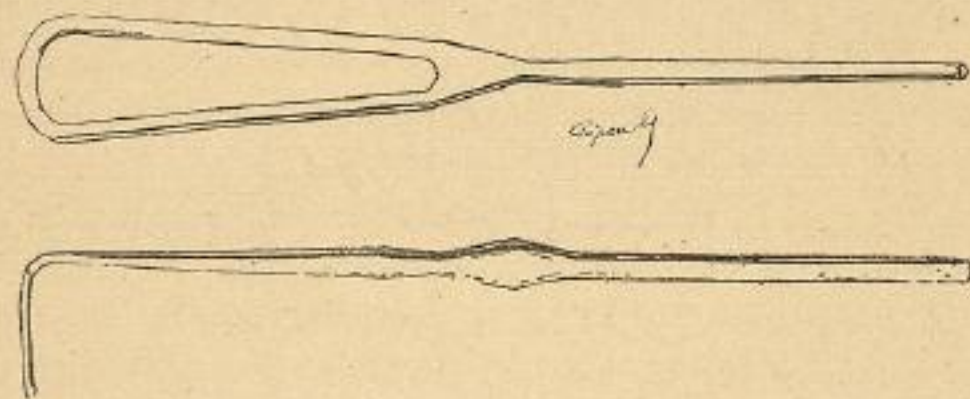


Fig. 339 et 340. — Crochet de Schwartz pour rétracter les parties molles du conduit auditif externe, dans l'atticotomie.

est décollé sur toute sa périphérie, avec une petite rugine; le tube qu'il forme, sectionné transversalement le plus près possible du tympan, est attiré en avant, ainsi que le pavillon de l'oreille, avec un écarteur à griffes. On enlève ce qui peut rester du tympan ainsi que le marteau. Une spatule coudée est introduite de bas en haut dans l'attique et protège sa paroi interne, pendant que le mur qui sépare sa cavité du conduit auditif externe est attaqué à l'aide d'un ciseau à tranchant regardant légèrement en arrière pour attaquer perpendiculairement à sa surface la couche osseuse oblique. Une sonde cannelée ne doit plus, ce travail fait, rencontrer de ressaut entre la paroi supérieure du conduit auditif et la

paroi supérieure de l'aditus largement ouvert. L'enclume est enlevée après désarticulation d'avec l'étrier. Puis la spatule est introduite en arrière dans l'antre, et, sur elle, la marge tympanique et la partie postéro-supérieure du conduit auditif enlevées jusqu'à ce que la sonde cannelée puisse pénétrer dans la cavité et en diagnostiquer les lésions; d'ordinaire, du reste, la résection de la couche osseuse qui cachait l'antre

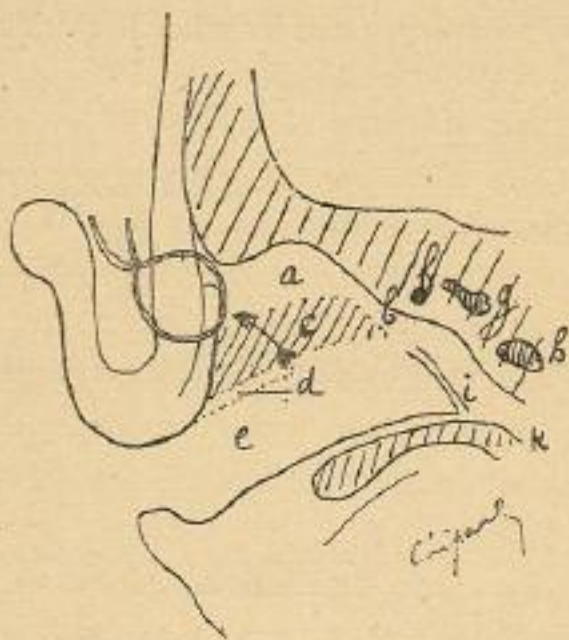


Fig. 341. — Modification de Panse à la technique de Stacke.

a, antre; b, aditus; c, paroi postérieure résequée du conduit auditif; d, lambeau qu'on rabat en arrière; e, conduit auditif; f, canal facial; g, canal demi-circulaire supérieur; h, limaçon; i, tympan; k, paroi osseuse antérieure du conduit auditif.

suffit; il ne forme plus dès lors qu'une cavité unique avec le conduit auditif, sur la partie interne de laquelle fait saillie ce qui reste de l'*aditus ad antrum*. En arrière, on peut enlever de la paroi postérieure du conduit suffisamment pour que la paroi inférieure de celui-ci se continue presque sans interruption avec la paroi inférieure de l'antre. Dans la profondeur cependant doit rester entre le conduit et l'antre un ressaut situé au niveau de l'aditus. En effet, si l'on voulait agrandir

celui-ci par en bas, on blesserait fatalement le nerf facial, ce qui est impossible en prenant les précautions ci-dessus indiquées. Il est plus difficile d'éviter la lésion de l'étrier, qui du reste est bien rarement libre, comme sur les préparations anatomiques, mais entouré d'une épaisse muqueuse où on le voit à peine; toutes les parties malades se laissent sans peine enlever de la large cavité ainsi créée. Puis celle-ci doit être recouverte d'un lambeau des parties molles, pris à la partie cutané-périostée du conduit récliné. Dans ce but, il est incisé en haut suivant sa longueur jusqu'au niveau du pavillon, puis en ce point une seconde incision perpendiculaire menée de manière à tailler un lambeau quadrilatère qu'on rabat en arrière. Cette manœuvre a le double avantage d'assurer, par l'intermédiaire d'un canal cutané, la communication permanente entre le conduit auditif et l'antre, et de transporter de l'épiderme sain dans l'oreille moyenne. On fait enfin le tamponnement de la cavité osseuse, de la plaie cutanée et du conduit auditif, en assurant l'accroissement exact du lambeau taillé; quelques sutures à l'angle supérieur de la plaie empêchent au besoin l'écartement ultérieur du pavillon. Pas de lavages, pansement qu'on laisse huit jours s'il n'y a pas de raisons particulières pour l'enlever plus tôt. Lorsque la plaie se met à granuler et à sécréter, faibles lavages antiseptiques. A chaque pansement (d'abord tous les deux ou trois jours, puis journellement), on tamponne soigneusement, en s'éclairant à la lumière réfléchie, tous les diverticules; la croissance trop rapide des granulations est arrêtée par des attouchements au nitrate d'argent pour qu'elles aient le temps de s'épidermiser. Il est, en effet, indispensable d'assurer une communication permanente entre l'antre et le conduit auditif, et de ne pas laisser l'aditus et l'attique se remplir de granulations; celles-ci ne doivent, en outre, jamais déborder le niveau du lambeau transplanté.

la plaie rétro-auriculaire doit, en effet, rester ouverte jusqu'à cutanisation complète du trajet qui mène de l'antre au conduit, cutanisation qui se fait en quatre ou six semaines, après quoi la plaie se ferme sans peine et très rapidement. »

Weisman, élève de Lubet-Barbon, reproduit, dans sa thèse récente (1893), la technique de Stacke, sans modifications importantes. Il insiste sur l'extrême minceur du revêtement périostéo-cutané du conduit au voisinage du tympan, minceur qui empêche de le décoller sans déchirure jusqu'à ce niveau; aussi le coupe-t-il transversalement en bas, en arrière et en haut, le laissant provisoirement adhérent au conduit osseux en bas et en avant. La section n'est complétée qu'après rétraction en avant du pavillon. « Le conduit cutané se trouve alors divisé sur tout son pourtour, mais il n'est pas décollé dans sa partie antérieure et inférieure; introduisant un grattoir fin dans la surface de section de la paroi antérieure, on repousse en avant et en dehors les parties molles, jusqu'à ce qu'on découvre les bords antérieur et inférieur du trou auditif externe. La séparation du conduit cartilagineux et du conduit osseux est ainsi complétée... A ce moment, il est très utile que l'hémostase soit parfaite; le sang, en effet, coulant dans les parties déclives, s'amasse dans le conduit et en cache la vue. Pour empêcher le suintement sanguin, nous conseillons d'appliquer sur la surface de section attenant au pavillon une fine compresse de gaze qu'on charge sur l'écarteur et qui s'imbibe du sang qui suinte des tissus. » Lubet-Barbon a opéré six fois par cette méthode.

Hansberg (1893) a fait dix fois l'attico-antrectomie. « Je ne regarde pas, dit-il, comme très difficile le morcellement de la paroi osseuse, surtout lorsqu'après ouverture de l'antre on introduit une sonde dans la cavité tympanique et qu'on

attaque l'os sur elle. L'emploi de la sonde élastique mince de Hartmann est indiqué à cet effet; elle m'a été très utile en la faisant pénétrer profondément dans la cavité tympanique, de manière à voir son extrémité. Pour le traitement consécutif, je laissai l'ouverture béante derrière l'oreille au plus pendant plusieurs semaines, et je continuai les soins par le conduit auditif externe; le pansement fut rarement changé. »

Aux 33 observations de Stacke, aux 6 de Lubet-Barbon, aux 10 de Hansberg, *Schwartz* vient d'ajouter une imposante statistique de 100 cas opérés à la clinique de Halle et qui lui permettent d'apporter à la description de la technique nouvelle sa note personnelle. « Je ne crois pas, dit-il, qu'il soit nécessaire de prolonger si loin en avant que le dit Stacke l'incision des parties molles, ni de couper le fascia et le muscle temporal; leur réclinaison suffit et permet d'éviter plus sûrement la nécrose superficielle de l'écaille; pour la même raison, le revêtement périostéo-cutané du conduit ne doit pas être décollé sur toute sa circonférence, à moins que celui-ci ne soit particulièrement étroit. L'élasticité du revêtement fait que la languette restant en avant et en bas n'empêche pas la réclinaison du pavillon; du reste, le meilleur moyen de mettre largement à jour le champ opératoire est de refouler en avant les parties molles du conduit à l'aide d'un crochet spécial dont le manche à angle droit vient s'appuyer sur la joue dans la direction de l'angle buccal. Si cet instrument ne suffit pas, on peut attirer la paroi postérieure du conduit à l'aide d'un écarteur à griffes introduit par le méat.

« La lésion du facial n'est pas aussi impossible que le dit Stacke; on ne peut être sûr de l'éviter qu'avec une grande habitude; je l'ai produite six fois au début de ma série, sans l'avoir revue depuis. Il est évident qu'elle est d'autant plus à craindre que l'on pousse plus loin du côté de l'antre le mar-

telage de la paroi postérieure du conduit; mais il y a des anomalies individuelles que l'on ne peut prévoir.

« La gouge spéciale de Stacke est très satisfaisante; je trouve moins heureuse la spatule de cet auteur, et je crain-

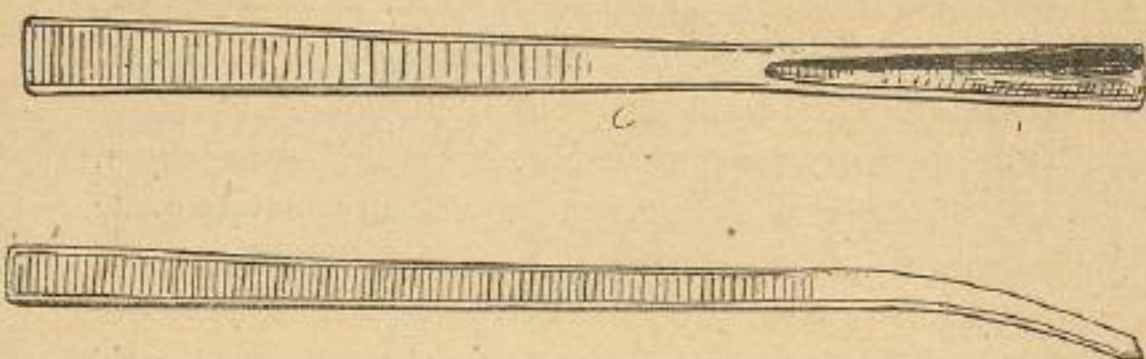


Fig. 342 et 343. — Gouge de Stacke pour l'atticotomie (d'après Schwartze).

drais même qu'elle ne rompît le *tegmen tympani*, parfois si fragile, ainsi que cela est arrivé à mon aide, le D^r Panse, dans ses recherches cadavériques; en allant à petits coups pru-

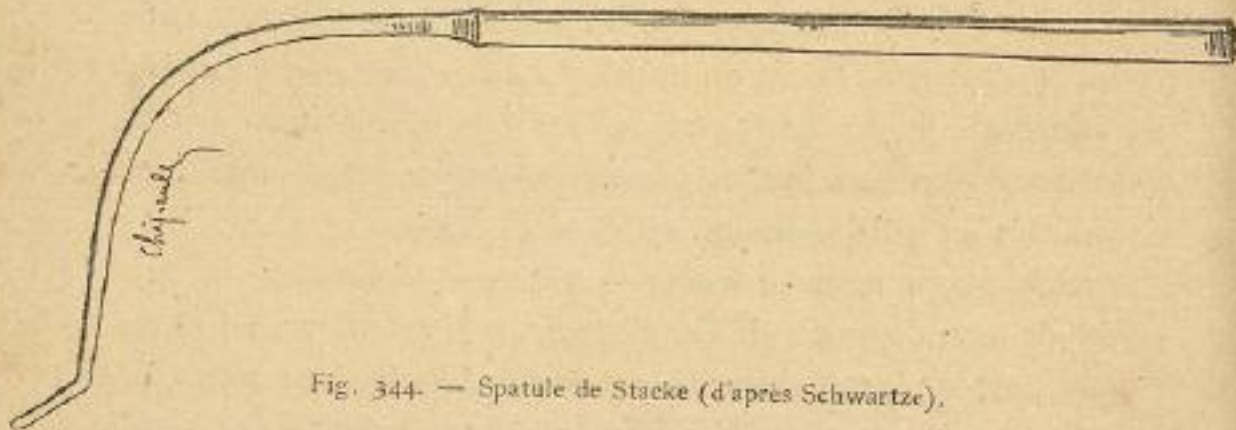


Fig. 344. — Spatule de Stacke (d'après Schwartze).

dents de maillet, elle devient inutile, et l'étrier caché dans son fourreau de muqueuse est bien difficile à léser.

« Pour faire la section longitudinale du revêtement périostéo-cutané, je trouve commode de faire pénétrer dans l'orifice une pince et entre ses branches écartées de couper au

bistouri sur le doigt introduit par le conduit auditif. Ensuite une pince à griffes saisit le segment postérieur et l'on fait l'incision verticale. Le lambeau quadrilatère est fixé au bord postérieur de la plaie par un point de suture lâche, ce point rendant beaucoup plus fructueux le tamponnement ultérieur. Dans mes dernières opérations, j'ai fait, à l'instigation de Panse, deux incisions verticales, de manière à avoir deux lambeaux, l'un que je fixe en haut au périoste, l'autre en arrière à la plaie cutanée.

« Du reste, pour que cette greffe donne des résultats satisfaisants, il faut que tout l'os malade ait été enlevé; autrement il se produit plus tard de petits abcès sous-cutanés, de petites fistules, et la marche de la plaie est moins satisfaisante et moins régulière qu'on n'aurait pu espérer; la guérison ne survient alors qu'après extraction ou élimination spontanée des séquestres restants.

« Il me paraît enfin indispensable de laisser ouverte la plaie cutanée pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce que l'épidermisation soit assez étendue pour permettre de traiter par le conduit auditif toute la cavité; il est au début des diverticules qu'on ne peut bien tamponner que par la plaie postérieure.

« Je laisse le premier pansement moins longtemps que Stacke, six jours au plus.

« Je ne redoute pas, comme lui, les lavages au sublimé pendant l'opération et je juge indispensable de faire des pansements si le suintement est fétide, ce qui est la règle au début, et ce qui peut durer des semaines et des mois. Quant aux lavages par les trompes, je les fais et ne peux les considérer comme inutiles, surtout lorsque la carie s'étale dans les parois de la caisse et à l'orifice tympanique de la trompe.

« Le tamponnement est fait, pour les diverticules profonds,

avec des tampons de gaze de 1 centimètre cube; pour les parties superficielles, avec des tampons plus volumineux, plus faciles à enlever.

« La gaze iodoformée ne sera employée qu'aux premiers pansements; plus tard, on lui préférera la gaze ordinaire stérilisée, qui active moins la granulation, et, pour éviter la macération du nouvel épiderme dans les produits de la plaie, on recouvrira la surface granuleuse d'une mince couche de poudre d'aristol, plus facile à enlever et ne formant pas de grumeaux comme la poudre d'iodoforme. Le tamponnement est toujours douloureux au début, bien rarement au delà de quelques semaines; d'ordinaire, la douleur est très atténuée par l'application préalable d'une solution de cocaïne à 1/20. Elle peut cependant, malgré cette précaution, rester très pénible chez certaines personnes et chez les enfants. Les pansements u, en doivent pas moins être faits avec une persistance tenace, pour éviter une sténose cicatricielle, qui, s'opposant à l'écoulement du pus, deviendrait pire que l'état préopératoire. »

Holmes, de New-York, a suivi avec succès dans douze cas les conseils de Schwartze; il redoute moins que le chirurgien allemand la lésion du facial, impossible, pense-t-il, quand on voit clair au fond de la plaie; enfin, il ne craint pas — ses observations semblent justifier cette conduite — de fermer complètement de suite la plaie rétro-auriculaire lorsque les lésions trouvées sont limitées aux osselets et à la muqueuse.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble des documents publiés jusqu'à ce jour sur l'atticotomie complétée, ou non, suivant les besoins, par l'antrectomie, permet de dire qu'il s'agit là d'une opération très délicate, pénible comme traitement post-opératoire et qui, comprise ainsi que l'entendent Stacke et ses imitateurs, trouvera son indication seulement dans les cas où les

lésions de l'antre sont cliniquement douteuses et dans ceux où l'étroitesse de l'espace entre la paroi postérieure du conduit auditif et la loge sinusale ne laisse point de place pour creuser le canal de l'antrectomie ordinaire.

Le curetage de l'aditus et de l'attique offre, croyons-nous, un intérêt beaucoup plus général comme temps complémentaire de l'antrectomie mastoïdienne, temps permettant de me-



Fig. 345. — Incision des parties molles dans la résection mastoïdo-pétreuse (opération de Chaput).

ner à bien une large intervention qu'on n'eût certainement pas osé entreprendre il y a quelques années.

Après les longs détails que nous avons donnés sur l'attico-antrectomie, quelques mots suffiront, croyons-nous, pour faire comprendre ce que doit être, suivant nous, cette antro-atticotomie.

L'antre largement ouvert par la voie mastoïdienne et bien éclairé par un jet de lumière, on voit l'aditus parfois suffisamment grand pour permettre de pénétrer d'emblée dans l'attique, ordinairement petit et qu'il faut agrandir. Cet agran-

dissement portera sur la partie supéro-externe de sa circonférence, et, très probablement, ouvrira en ce point le conduit auditif externe, puis fera sauter quelques fragments de mur de la logette. Toutes les autres régions de la circonférence de l'aditus sont à éviter; la partie supérieure touchant à la cavité crânienne, on devra se méfier des fongosités qui siègent en ce point et qui peuvent être de la pachyméningite externe faisant saillie par une déhiscence; à la partie supéro-interne se trouve le canal demi-circulaire externe; à la partie interne et sous le seuil, le canal facial; on n'oubliera pas qu'il suit d'avant en arrière la paroi interne de l'attique, entre le canal demi-circulaire situé au-dessus, la fenêtre ovale et la pyramide situées au-dessous, puis se coude et descend à 2 ou 3 millimètres en arrière de la base de cette dernière, et plus bas en arrière de la fenêtre ronde, avant de croiser le seuil de dedans en dehors; ce sont là de bons points de repère. Du reste, la paroi du canal facial se distingue d'ordinaire des parties environnantes par sa compacité et son aspect brillant, si bien que son trajet n'est difficile à préciser que dans un os sclérosé ou dans les fongosités qui peuvent avoir mis le nerf à nu. En tout cas, toutes celles qui siègent sur le bord interne ou sur le seuil de l'aditus doivent être soigneusement, et avant toute tentative d'ablation, explorées avec un stylet, pendant qu'un aide surveille les contractions possibles de la face (Mac Ewen).

Le nettoyage de l'attique par l'aditus agrandi sera complété au besoin en passant et repassant une mèche de gaze du conduit auditif à l'ouverture mastoïdienne. On pourra même, si on le jugeait nécessaire au cours de l'opération, décoller en avant les parties molles du conduit auditif externe, mieux encore réséquer le pont osseux qui reste entre l'ouverture mastoïdienne et le conduit auditif. On aurait ainsi sur l'antra, l'attique et la caisse une ouverture véritablement très grande et satisfaisante,

et la durée du traitement post-opératoire serait plutôt abrégée qu'allongée, puisqu'on pourrait accoler plus ou moins complètement et rapidement, à l'aide de tamponnements appliqués avec soin, la paroi antérieure, devenue souple, de la plaie mastoïdienne à sa paroi postérieure.

d) RÉSECTION DU ROCHER. — On est du reste allé, dans la voie des résections mastoïdo-pétreuses, plus loin encore que les antrectomies et les antro-atticotomies, déjà si difficiles. M. Chapat vient, en effet, de publier et de pratiquer une technique qui permet de réséquer tout ou partie du rocher.

« Mon opération, dit-il, consiste essentiellement à détruire les parois du conduit auditif et de la caisse dans toute leur épaisseur, en attaquant successivement les parois supérieure, antérieure, postérieure et inférieure. On fait ensuite le curage de l'oreille moyenne avec la curette tranchante; enfin, on attaque la paroi labyrinthique avec la gouge et le maillet.

« On arrive ainsi à ne laisser persister du rocher que son sommet, qu'il est difficile d'enlever complètement, en raison de la présence de la carotide interne. Si cette dernière portion était nécrosée, on l'enlèverait assez facilement, malgré la présence de l'artère, les séquestres étant d'ordinaire facilement mobilisables.

« 1^{er} Temps : incision cutanée. — J'encadre presque complètement le pavillon de l'oreille par une incision courbe en avant, qui commence au-devant du tragus, suit le pourtour du pavillon et se termine au niveau du lobule de l'oreille. L'incision est menée à fond jusqu'à l'os, puis, avec une rugine, je détache tout le lambeau des parties osseuses; je sépare même complètement le pavillon du conduit auditif osseux. La rugination met aussi à nu la partie postérieure de la cavité glénoïde du temporal.

« 2^e Temps : résection de la paroi supérieure du conduit et de la caisse. — Avec le ciseau et le maillet, j'attaque l'écaïlle à

1 centimètre et demi au-dessus du conduit, sur le trajet d'une horizontale qui commence au niveau de la bifurcation de la racine postérieure de la zygomatique et se dirige en arrière, sur une longueur de 4 à 5 centimètres. La section est conduite avec une pince et le ciseau; on peut ensuite réséquer

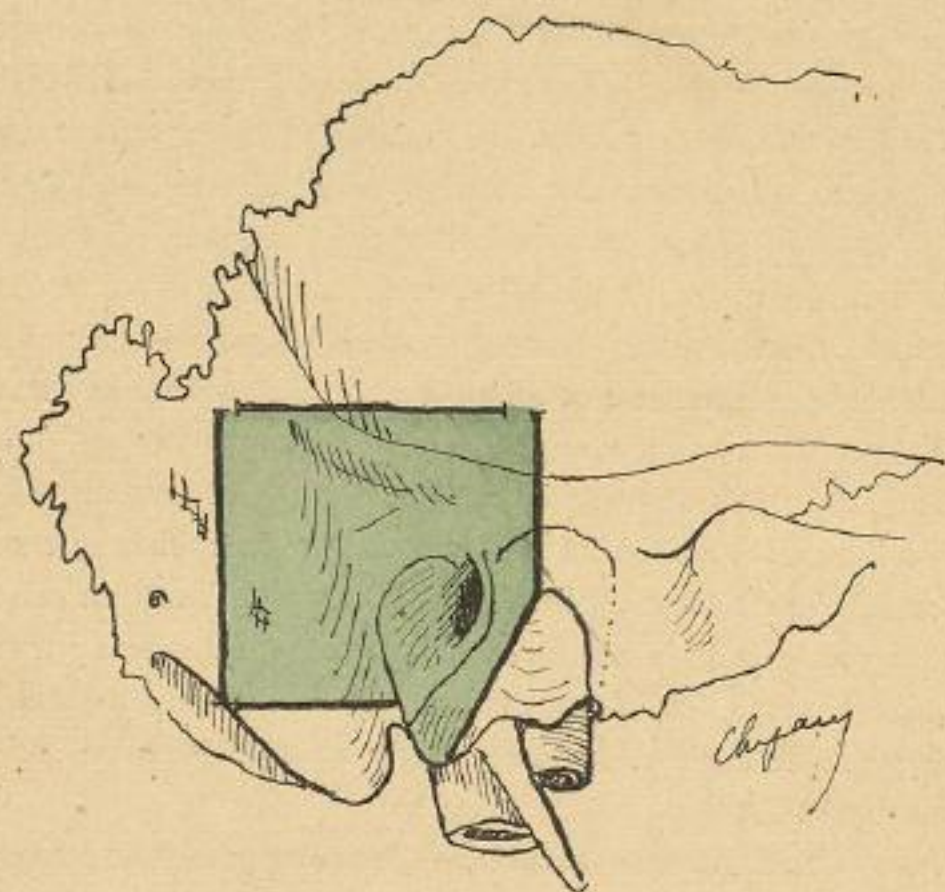


Fig. 346. — Aire d'attaque de l'os dans l'opération de Chaput (d'après Chaput).

peu à peu la paroi supérieure du conduit et de la caisse. Toutefois, il ne faut pas détruire toute l'étendue de cette dernière si l'on veut respecter le facial qui croise obliquement le plafond de la caisse.

« 3^e Temps : résection de la paroi antérieure de la caisse. — On l'exécute sans aucune difficulté avec la pince-gouge et le ciseau.

« 4^e Temps : résection de la région mastoïdienne et de

la paroi postérieure du conduit et de la caisse. — Je commence par sectionner l'os au ciseau, sur le trajet d'une verticale qui tombe sur le bord postérieur de l'apophyse mastoïde. La section est menée jusqu'à la dure-mère et met à nu le sinus latéral, qu'on isole peu à peu sur une grande

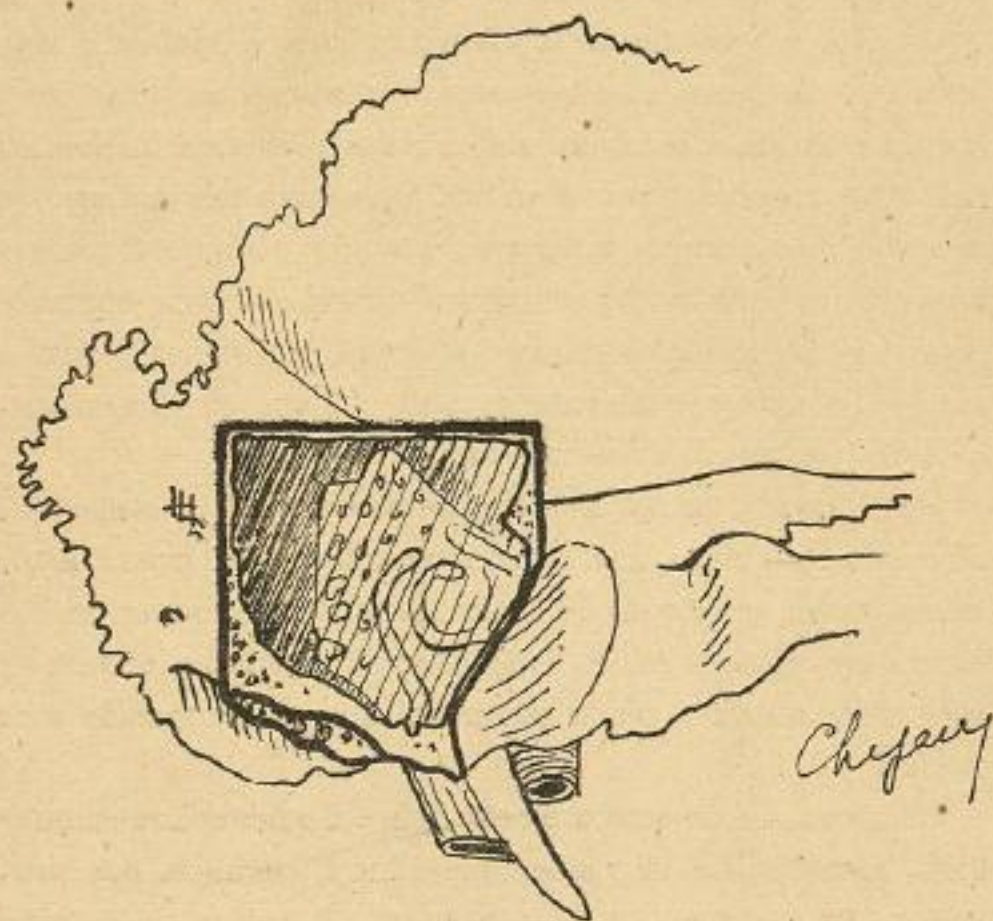


Fig. 347. — Aspect des parties profondes après résection de la paroi osseuse dans l'opération de Chaput (d'après Chaput).

largeur. Le ciseau devra s'arrêter au voisinage du conduit auditif, afin d'épargner le facial.

« Je fais ensuite sauter l'apophyse mastoïde d'un coup de ciseau à sa base et je l'enlève complètement.

« Avec la sonde cannelée, j'isole alors le tronc du facial, jusqu'au stylo-mastoidien. Je place enfin le ciseau, le tranchant en l'air, immédiatement en dehors du trou stylo-mas-

toïdien et je fais sauter des éclats de la partie postérieure du conduit auditif. En procédant par petits coups, on peut sculpter le facial de bas en haut sans le blesser et achever la résection de la paroi postérieure du conduit auditif. On ne peut arriver à détruire la paroi correspondante de la caisse qu'en soulevant le facial sur un crochet.

« 5^e Temps : résection de la paroi inférieure du conduit et de la caisse. — Le facial mis en évidence extérieurement n'a rien à craindre. Je place le ciseau sur la paroi inférieure du conduit auditif, le tranchant tourné en bas. L'os étant très cassant, on détache constamment un grand éclat qui comprend toute la face inférieure du rocher, apophyse styloïde et crête vaginale, pourtour du golfe jugulaire et canal carotidien; parfois même on emporte du même coup l'épine du sphénoïde, comme cela m'est arrivé une fois.

« 6^e Temps : curage de l'oreille moyenne et évidement du labyrinthe. — Avec une curette tranchante, on gratte fortement toutes les parois de la caisse et on enlève en même temps les osselets et les fongosités. On attaque ensuite le labyrinthe avec une petite gouge, si l'os paraît malade à ce niveau.

« En pratique, on sera rarement obligé d'enlever une étendue aussi considérable du rocher que dans l'opération que nous venons de décrire. Le plus souvent, il suffira de détruire seulement la paroi supérieure du conduit et de la caisse pour évacuer les nécroses, fongosités et abcès qui siègent en ce point avec une singulière fréquence. »

M. Chaput a fait trois fois, plus ou moins complètement, l'opération qu'il décrit; deux fois elle amena la guérison, mais, dans les trois cas, elle fut suivie de paralysie faciale. Il y eut également paralysie faciale à la suite d'une intervention analogue faite par Bircher et suivie d'amélioration; il paraît, en effet, bien difficile, dans ces opéra-

tions délicates et étendues, de ne pas blesser plus ou moins grièvement ou même arracher le tronc de la septième paire.

C. LÉSIONS INTRA-CRANIENNES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS INFECTIEUSES MASTOÏDO-PÉTREUSES. — Nous

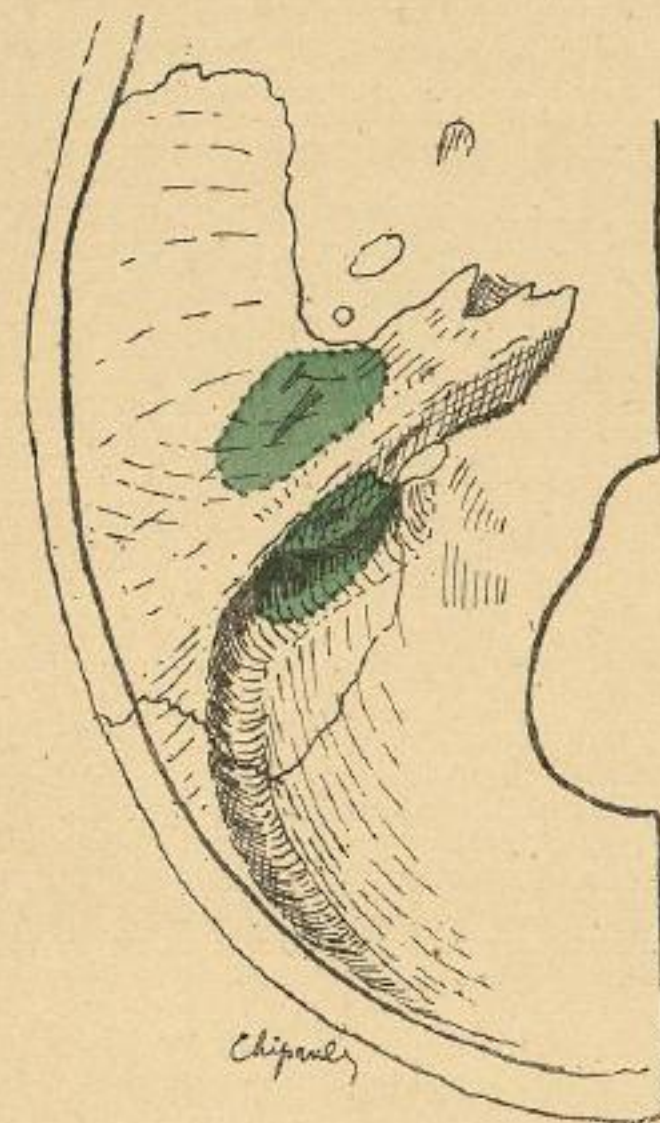


Fig. 348. — Siège habituel des collections extradurales d'origine otitique.

venons de décrire les divers procédés opératoires applicables aux lésions infectieuses de la mastoïde et du rocher, procédés d'autant plus difficiles et graves que la lésion osseuse est plus étendue.

Parfois, cette lésion s'accompagne d'infections secondaires