658

Luc¹ a récemment insisté sur l'utilité, pour favoriser les pansements et hâter la cicatrisation, du lambeau de Siebenmann. Inciser le conduit membraneux à partir de la profondeur et parallèlement à son axe, le long de l'union de ses parois postérieure et supérieure, jusqu'au niveau de la conque. Tracer alors une incision divergente à deux branches, le long du triangle de la conque; l'ensemble de l'incision présente ainsi la forme d'un ➤. Dans l'étendue de la bifurcation, détacher la peau du cartilage, réséquer ce dernier sur toute l'étendue de la conque en respectant la peau. Celle-ci peut alors se rabattre vers les cavités osseuses qu'elle tapisse.

## § 3. — OPÉRATION DE STACKE

(Curettage de la caisse. Atticotomie simple.)

Son indication caractéristique est l'otite moyenne destructive, lorsque celle-ci s'est montrée rebelle aux moyens ordinaires (instillations et lavages antiseptiques, ablation de polypes) et que le stylet recourbé nous révèle une dénudation des osselets et des parois. Rien, pourtant, n'empêche de la transformer en trépanation totale (caisse et apophyse), si l'on constate au cours de l'opération primitive que le mal s'est étendu à l'apophyse ellemême; c'est même le cas le plus ordinaire. L'opération de Stacke peut, d'autre part, être employée, ainsi que le fait remarquer A. Broca, pour l'extraction de corps étrangers qui ont été maladroitement refoulés dans la caisse et qu'on n'a pu enlever par les voies naturelles.

**Procédé.** — Faire à fond une incision qui contourne toute la ligne d'insertion du pavillon, décoller le conduit cutané avec une rugine étroite jusque près du tympan, inciser la moitié postérieure du conduit, introduire le protecteur par la perforation plus ou moins large du tympan derrière le mur de la logette, et faire sauter ce dernier avec le ciseau en le dirigeant selon l'horizontale supérieure du conduit.

La logette ainsi largement ouverte, se comporter suivant les lésions : extraction des osselets, grattage des fongosités, ablation de séquestres, etc. Telle est la véritable opération de Stacke.

Si, maintenant, on reconnaît une extension des lésions à l'antre et à la mastoïde, introduire le protecteur par l'aditus d'avant en arrière et faire sauter la paroi externe de l'antre. C'est alors l'antro-atticotomie exécutée à rebours.

Lorsque la caisse ou la cavité tympano-mastoïdienne a été soigneusement expurgée, traiter la plaie comme Stacke, c'est-à-dire la livrer au bourgeonnement ou bien couvrir la brèche osseuse par un lambeau quadrilatère taillé sur le conduit membraneux.

## § 4. — ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN COMPLÉTÉ PAR L'OUVERTURE DU SINUS LATÉRAL

Cette opération est indiquée dans les cas d'ostéo-mastoïdite aiguë ou chronique qui se compliquent, à un moment donné, d'une thrombo-phlé-

bite sinusale, propagée ou non à la veine jugulaire interne; par malheur, le diagnostic de cette complication n'est pas toujours possible, ni suffisamment précoce.

L'évidement pétro-mastoïdien ne suffit pas alors; il faut encore, suivant l'ancienne formule de Zaufal (1880), ouvrir et désinfecter le sinus latéral; quant à la ligature complémentaire de la jugulaire interne, également recommandée à la même époque par Zaufal, si les faits nous montrent qu'elle n'est pas indispensable pour le succès, on peut, avec A. Broca et Maubrac, la considérer comme utile, sinon pour barrer le chemin aux embolies septiques, du moins « pour permettre une action plus efficace sur le sinus luimême ». L'évidement pétro-mastoïdien aidé de l'ouverture du sinus, avec ou sans ligature de la jugulaire, a donné déjà un nombre de succès considérable.

Deux groupes de procédés conduisent au but cherché. Dans le premier (Broca et Maubrac), on lie la jugulaire au cou, puis on ouvre la mastoïde et on dénude le sinus latéral de la mastoïde vers l'inion. Dans le deuxième, (Chipault, Lambotte, Vidal) on lie la jugulaire ou cou, on découvre ensuite, pour la lier, l'origine hérophilienne du sinus latéral et on dénude ce dernier de l'inion vers la mastoïde que l'on évide en dernier lieu.

- 1º Procédé de A. Broca et Maubrac. a. Ligature de la jugulaire au cou. Faire une longue incision, parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien; enlever les ganglions d'ordinaire engorgés, souvent adhérents, quelquefois même suppurés, qui entourent la veine; et isoler cette dernière, qui a l'aspect « non d'un gros vaisseau bleu noir, à parois minces, se gonflant pendant l'expiration, mais d'un cordon blanc, dur, à parois épaisses, ressemblant à une artère ». Puis la lier, ou la couper, ou la réséquer entre ligatures, en descendant assez bas pour tomber sur une partie saine du vaisseau.
- b. Trépanation de l'apophyse et de la caisse. Suivre la technique déjà indiquée p. 656.
- c. Dénudation, incision et désinfection du sinus. Si, après avoir évidé l'apophyse, on n'est pas encore arrivé de proche en proche jusqu'à l'abcès extra-dural, jusqu'au sinus mis à nu, faire sauter la paroi postérieure de l'antre, en la taillant en biseau, par copeaux successifs; puis, le sinus ainsi découvert, creuser une tranchée sur toute sa ligne, jusqu'au pressoir d'Hérophile au besoin.

Aborder le sinus dans sa portion mastoïdienne, et l'inciser sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Saisir le caillot avec une pince, et le mobiliser par des tractions exercées alternativement vers les deux extrémités, en commençant par le bout jugulaire qui vient d'ordinaire le plus aisément. Les sinus pétreux, supérieur et inférieur, d'ordinaire thrombosés, n'amènent que peu ou pas de sang; il n'en est pas de même lorsqu'on débouche le pressoir d'Hérophile; mais on arrête facilement le sang en tamponnant le pressoir à la gaze iodoformée, ou mieux au catgut.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Luc, Ann. des mal. de l'org., nov. 1904, p. 425.

Nettoyer la cavité veineuse entre le sinus latéral et la ligature de la veine jugulaire; pour cela, couper la veine au-dessus du fil, et faire passer en abondance une solution de sublimé à 1/2000.

- d. Traitement final du champ opératoire. Tamponner le sinus à la gaze iodoformée, drainer la plaie cervicale en faisant entrer le drain dans le bout supérieur de la jugulaire, et suturer le reste de cette plaie.
- 2º Procédé de Lambotte-Chipault. a. Ligature de la jugulaire interne. On découvre la veine le plus bas possible, à la partie la plus inférieure du cou. On la coupe entre deux ligatures; on fixe le bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie. On suture la plaie au-dessous.
- b. Ligature et incision du sinus. Tracer à fond jusqu'à l'os une incision angulaire, d'abord horizontale de la protubérance occipitale externe à la partie supérieure du sillon rétro-auriculaire, puis verticale le long de ce sillon.

A la rugine, détacher un lambeau cutanéo-musculo-aponévrotique, et découvrir largement la calotte osseuse occipito-mastoïdienne. Lier la veine mastoïdienne.

A la partie postéro-interne de l'incision, juste en dehors et au-dessus de l'inion, dans l'angle formé par le tissu longitudinal supérieur et le sinus latéral, et à côté de ce dernier, ouvrir le crâne au trépan (couronne de 1 centimètre et demi) à la fraise ou au ciseau. Décoller la dure-mère et, avec la pince-gouge, par morcellement, mettre à nu tout le sinus latéral, de l'inion à la mastoïde.

A l'extrémité postéro-interne du sinus, près du pressoir d'Hérophile, débrider la dure-mère de chaque côté du sinus et passer une double ligature

Ouvrir les cavités mastoïdiennes et la paroi postérieure du conduit auditif.

Ouvrir le sinus latéral dans toute sa longueur ; enlever les caillots à la curette.

Introduire une sonde de Nélaton dans le bout supérieur de la jugulaire interne et irriguer le conduit sinuso-jugulaire au sublimé. Drainer et tamponner.

- 3º Procédé de Vidal (de Périgueux). a. Ligature et drainage de la jugulaire interne. Inciser très bas, en empiétant sur la clavicule. Isoler la veine. Protéger la plaie avec soin. Couper la jugulaire entre deux pinces; désinfecter le bout inférieur et la lier au catgut. Extraire avec une pince tire-balle le caillot du bout supérieur et suturer au catgut ce bout dans l'angle supérieur de l'incision cervicale. Au-dessous de lui, fermer complètement cette plaie.
- b. Découverte du pressoir d'Hérophile. Section et suture de l'origine du sinus latéral. Près de la protubérance occipitale externe, faire une incision

verticale, légèrement convexe en dehors. Ouvrir le crâne à la gouge ou à la fraise, puis agrandir la brèche à la pince-gouge. Découvrir le sinus près du pressoir. Ne pas essayer de lier le sinus avec une aiguille chargée d'un fil, comme le conseille Chipault, car la ligature déchire trop souvent le sinus. A 2 centimètres en haut et en bas du sinus, taire deux incisions duremériennes transversales et parallèles. Sous le pont ainsi formé, glisser les

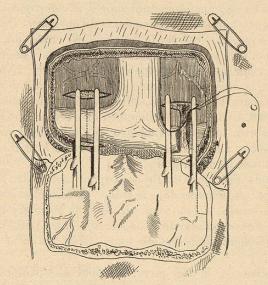


Fig. 685. — Craniectomie temporaire de Vidal (de Périgueux). L'écaille occipitale est rabattue, le pressoir d'Hérophile découvert, les sinus latéraux pincés, liés et coupés.

branches postérieures de deux pinces élastiques, l'une en dehors, l'autre en dedans près du pressoir. Entre elles, glisser sous le sinus une petite mèche pour protéger l'arachnoïde et sectionner le vaisseau. Avec une aiguille ronde et un catgut fin, pratiquer sur le bout sinusien central un surjet très serré en retroussant le bord libre de la tranche vers la cavité du sinus et en plaçant les deux points extrêmes sur le flanc du vaisseau pour arrêter les fuites (fig. 685).

Fixer le bout sinusien externe à la peau. Suturer l'incision cutanée. Evacuer alors les caillots et masses putrides de ce bout externe.

c. Évidement mastoïdien. Ouverture et curettage de la caisse. — On les exécute suivant la technique habituelle. On met bien à nu le coude sinusien et le bulbe de la veine jugulaire interne. On les ouvre, on évacue les caillots; on désinfecte et on draine.

S'il y a thrombose bilatérale, Vidal conseille de tailler à la gouge un volet rectangulaire, large de 6 à 7 centimètres, haut de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, pourvu d'un pédicule inférieur et dont la protubérance occipitale occupe le centre. Ce volet est renversé, le pressoir d'Hérophile

mis à nu, les deux sinus coupés et traités comme plus haut. On fait ensuite deux petites brèches au volet pour établir le drainage.

## § 5. — ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOIDIEN COMPLÉTÉ PAR L'OUVERTURE DES FOSSES SPHÉNOIDALE ET OCCIPITALE INFÉRIEURE

C'est aux abcès encéphaliques auriculaires, accompagnés ou non d'abcès extra-duraux, que s'adresse spécialement cette opération. On commence par trépaner l'apophyse, et c'est par la brèche ainsi créée que l'on va vers la cavité cranienne, vers le lobe temporal ou le cervelet (sièges ordinaires de l'abcès), après avoir agrandi convenablement la brèche. Wheeler a, le premier, préconisé la voie mastoïdienne pour l'évacuation des abcès auriculaires; Kretschmann, Pritchard ont utilisé systématiquement la même voie; mais c'est surtout A. Broca qui a cherché à bien régler le manuel opératoire et à faire ressortir tous les avantages de l'évidement pétro-mastoïdien appliqué aux abcès auriculaires, comme du reste à la méningite et à la phlébite sinusale de même origine.

« Rien de plus aisé, nous dit Broca, l'apophyse, l'antre et la caisse une fois trépanés, que de pénétrer dans le crâne : en faisant sauter le plafond de l'antre et de la caisse, si l'on veut arriver à la fosse temporale, la paroi postérieure, si l'on veut aboutir à la cérébelleuse. Dans ce dernier cas, on passe franchement au-dessus du sinus latéral qu'on ne risque pas de blesser. »

Quant à l'incision de la dure-mère, aux ponctions exploratrices avec un trocart ou le bistouri, à l'ouverture de l'abcès, à l'installation du drainage, etc., toutes ces manœuvres sont les mêmes que pour les autres abcès de l'encéphale.

## § 6. — CRANIECTOMIE MASTOIDO-OCCIPITALE

1º Procédé de Picqué et Mauclaire. — Après avoir fait remarquer que la voie mastoïdienne convient fort bien aux abcès de la fosse sphénoïdale, mais qu'elle est trop étroite et peu favorable au drainage pour les abcès de la loge cérébelleuse, Picqué et Mauclaire, qui nous ont donné une étude très complète de ces derniers abcès (abcès extra-duraux, intra-duraux, cérébelleux, en bissac ou en étages), nous proposent l'opération que voici :

« Tracer deux larges lambeaux, l'un superficiel, cutanéo-masculaire, l'autre sous-jacent, ostéo-périostique; tous deux, rectangulaires à grand axe transversal, commençant en avant au niveau de la suture mastoïdo-occipitale (fig. 686). Le premier lambeau doit avoir de préférence son pédicule en dedans. En haut, il se tient à près de 1 centimètre de la ligne courbe occipitale supérieure, c'est-à-dire de la portion horizontale du sinus latéral. Chez l'adulte, le petit axe de ce rectangle, fait à la pince-gouge (de Dalgren, qui est très commode), présente environ 3 centimètres de hauteur; le grand axe transversal, offre environ 7 centimètres; la charnière osseuse est faite aux

dépens du petit côté interne un peu pédiculisé, sans que la peau soit sectionnée jusqu'au bout, ce qui fixe un

peu le lambeau.

« Cette large fenêtre étant pratiquée, on peut facilement décoller la dure-mère et explorer le sinus latéral. Puis, la duremère étant incisée vers le pédicule et rabattue en avant sur la mastoïde comme pour aplatir le sinus latéral, on explore le cervelet et au niveau de sa partie postérieure et au niveau de sa partie antérieure.

« Cette craniectomie postérieure doit être employée aussi bien pour les collections suppurées que pour les tumeurs de la loge cérébelleuse. Elle permet une large exploration sur toute la loge cérébelleuse, ce qui est important, étant donnée la fréquence de l'incertitude du diagnostic. » Rappelons à ce dernier

les plus caractéristiques, d'après Picqué et Mauclaire, sont : les troubles de la station et de la marche, les vomissements, la lenteur du pouls, la douleur occipitale, la rigidité de la nuque. Si donc, après l'évidement pétro-mastoïdien, après l'ouverture simultanée de la fosse sphénoïdale et l'exploration ou le traitement du lobe temporal, il persiste des phénomènes attribuables à une collection de la loge cérébelleuse, il ne faudra pas hésiter à ouvrir cette dernière par la craniectomie occipitale.

2º Procédé de Doyen. — Cet auteur trace un lambeau ostéo-cutané, à pédicule inférieur, dépassant en haut la ligne courbe occipitale supérieure de 3 centimètres qu'il libère et sectionne à l'aide de trois trous percés à la fraise (fig. 687).

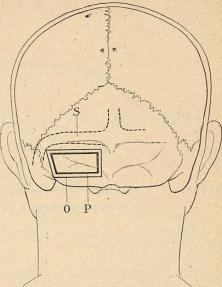


Fig. 686. — Craniectomie mastordo-occipitale de Picqué et Mauclaire. S, sinus latéral. - 0, occipital.

propos que tous les symptômes propres aux abcès de la loge cérébelleuse

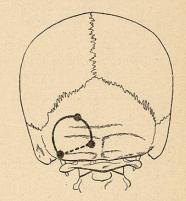


Fig. 687. — Craniectomie occipitale de Doyen (Ricard et Launay).