

ment des lambeaux. Lorsque la cavité est bien remplie on termine le pansement avec de l'ouate sèche et un bandeau.

Il n'y a pas à ajouter que l'huile de vaseline, la gaze et le coton doivent être stérilisés, et que le panseur doit se conformer à la plus rigoureuse asepsie. A la première période, les pansements sont faits tous les jours ; lorsque la sécrétion de la plaie diminue, et que l'épidermisation marche normalement, ils sont alors renouvelés tous les deux jours. L'ablation du pansement doit être faite lentement ; comme les lanières de gaze s'accrochent quelquefois à l'épiderme, il vaut mieux les enlever par des tractions faites de dehors en dedans, après les avoir humidifiées avec de l'huile ou de l'eau oxygénée. La plaie est ensuite nettoyée au peroxyde d'hydrogène, soigneusement asséchée, et avant de refaire un nouveau pansement, suivant le même procédé, il faut voir à ne pas laisser d'effiloche. S'il arrive d'être en présence d'une complication quelconque, on doit agir naturellement d'après les circonstances. Telle est la technique si facile de ces pansements à l'huile.

—O—

OBSERVATION I — En mars 1905, M. M... 23 ans, vient me consulter à l'Hôtel-Dieu pour un écoulement de l'oreille gauche datant de deux mois. A l'examen, je constate une perforation de la membrane de Shrapnell, et un polype venant de l'attique. L'ablation en est faite séance tenante. L'oreille coule toujours et le polype se reforme encore après une nouvelle opération. En avril, je décide de tenter l'ossiculotomie, avec un bon curettage de l'attique.

Permettez-moi de faire une digression pour vous donner un résumé de la technique de cette intéressante opération.

Après antisepsie du conduit auditif, instillation de quelques gouttes d'adrénaline au 1-1000. Anesthésie au chloroforme, et choix du plus gros spéculum pour enlever les osselets par le conduit qui, malheureusement est étroit. Malgré cette complication, je préfère me servir de cette méthode classique, et ne pas suivre celle de Stacke qui consiste à faire l'ossiculotomie par la voie rétro-auriculaire. Eclairage avec le miroir de Clar. Ponction du tympan avec une aiguille à paracentèse, introduction du bistouri boutonné de Sexton à travers cet orifice, et incision de cette membrane en mouvements d'abaissement et de latéralité. L'enrasant le pourtour du cadre. Après avoir détruit les ligaments de la courte apophyse, section du ten-

don du tenseur du tympan avec le ténotome de Sexton, correspondant à l'oreille gauche. Ablation du marteau avec la pince de Sexton, pas de petits mouvements d'abaissement et de latéralité. L'enclume est ensuite extraite de la caisse après avoir été luxée avec le crochet de Ludewig pour l'oreille gauche. Malgré l'application d'adrénaline, je perds les trois quarts de mon temps à faire l'hémostase ; car l'hémorragie est d'autant plus considérable que je suis en présence de fortes lésions d'ostéite. Terminaison de l'opération par un curettage aussi complet que possible du cadre du tympan, et surtout des parois de l'attique avec les curettes courbées de Kretschmann. Bain de l'oreille à l'eau oxygénée, et pansement légèrement compressif à la gaze iodoformée. Les suites post-opératoires sont excellentes. Le malade n'a pas de douleur, car aucune partie délicate de la caisse n'a été lésée, ni même le conduit membraneux protégé par le spéculum. Premier pansement au bout de quarante-huit heures ; la mèche est imprégnée d'un suintement séro-purulent. Trois bains d'eau oxygénée par jour suivis d'un séchage minutieux de la caisse, et de l'application d'un drain à la gaze simple. Cependant, l'oreille continue à couler et le polype se reforme.

Vers la fin du mois de mai, le malade commence à faire de la température à la suite d'une poussée de mastoïdite. Il y avait encore évidemment de la rétention. Le traitement ne donne aucun résultat, et les symptômes s'aggravent. En juin, je pratique l'évidement péro-mastoïdien. L'antre l'aditus et l'attique sont remplis de bourgeons, produits de l'ostéite. L'autoplastie est pratiquée d'après la méthode de Panse. Des pansements compressifs sont faits tous les jours à la gaze simple. Au bout de quatre mois, la cavité est épidermée à l'exception d'une anfractuosité du plancher de la caisse qui, pendant un autre mois, ne veut pas guérir. Je fais alors des pansements à l'acide borique. Malgré la petite quantité de poudre insufflée, il y a fait de la rétention, et le malade empire. Je me contente ensuite de nettoyer la plaie et de laisser faire la nature. De petites croûtes se forment et la cavité suppure. En présence de l'insuccès que me donnent ces trois méthodes, assez longtemps employées, j' imagine alors de faire des pansements à l'huile de vaseline, ce qui me permet de guérir définitivement mon malade en dix jours : guérison maintenue depuis lors.

Les deux observations suivantes sont dues à l'obligeance de mon excellent ami, le Docteur Las-