

ou encore :

Aniodol à 1 p. 500..... V à VI gouttes

On peut encore, suivant la recommandation du professeur Politzer, instiller quelques gouttes d'alcool absolu. On a soin d'obturer le conduit à l'aide d'un tampon d'ouate aseptique, non hydrophile.

Les différents topiques dont nous venons de parler agissent d'une façon analogue aux lavages et en sont le complément. Les lavages servent à évacuer les produits de sécrétions ; les instillations mettent en contact direct avec la muqueuse des substances antiseptiques capables d'empêcher la pullulation des germes et la production du pus.

Cette méthode de traitement est applicable quelles que soient les dimensions de la perforation tympanique. Quand celle-ci est très vaste, il est bon, au moment où la suppuration commence à se tarir et dans certains cas d'atonie de la muqueuse, d'insuffler à la suite une poudre d'acide borique, d'aristol, de salol, d'iodol ou de calomel.

3° Si le traitement précédent est entrepris de bonne heure, l'audition demeure, en général, assez satisfaisante. C'est ainsi que, chez les tout jeunes enfants, on voit l'ouïe rester normale si la suppuration est traitée et arrêtée promptement.

Quand l'otorrhée est par trop ancienne, la perforation tympanique se cicatrise, et il en résulte une amélioration fonctionnelle. Si l'otorrhée dure depuis longtemps, la cicatrisation finit par amener une aggravation de la surdité, par production de membranes cicatricielles, qui immobilisent plus ou moins l'appareil de transmission. D'autres fois, la perforation ne se ferme pas, par suite d'une perte de substances trop considérable. Dans cer-

tains de ces cas, le tympan artificiel a rendu quelques services. Ces tympan (boulettes d'ouate, petits tympan en caoutchouc) semblent avoir été une des plus grandes préoccupations des anciens otologistes. Actuellement leur faveur a, avec justice, considérablement diminué. Leur rôle est, suivant les uns, de rétablir plus ou moins la contiguïté entre les divers osselets ; suivant les autres, de renforcer les ondes sonores et de remplacer le tympan naturel. Quoi qu'il en soit, nous avons maintenant des moyens plus efficaces d'y arriver, et nous y reviendrons au moment du traitement de la surdité.

II° *Traitement de la tympanite purulente fongueuse.* — Quand on aperçoit au speculum la muqueuse de la caisse fortement granuleuse et présentant de véritables bourgeons charnus, il y a lieu de penser que le traitement ne doit plus être simplement médical. Si on continue à pratiquer des lavages indéfiniment, l'otorrhée s'éternise, et, au lieu de guérir, les bourgeons charnus prennent un développement considérable, donnant naissance à des fongosités et à des productions polypiformes. De plus, la muqueuse étant intimement unie au périoste, les altérations profondes de cette muqueuse atteignent soit les parois osseuses de la caisse, soit les osselets, d'où ostéite, puis carie, et enfin nécrose de ces différentes parties.

Si la muqueuse seule, avec ses granulations et ses fongosités, est en cause, au traitement médical, que nous venons de décrire pour la tympanite purulente simple, doit faire place une thérapeutique otologique. Elle consiste à *modifier* l'état de la muqueuse par des moyens un peu plus actifs. Les lavages et l'application d'antiseptiques ne suffisent plus. Le traitement devient médico-otologique.

Lorsque l'otorrhée est profuse et à consistance vis-

queuse, quand la perforation est vaste, ne vous attardez pas à faire des lavages. Il est préférable, une fois le conduit et la caisse détergés, de procéder au *nettoyage à sec* de l'oreille. A cet effet, on enroule un peu d'ouate sur un stylet coudé, renflé à l'une de ses extrémités et aplati à l'autre bout, que l'on tient à la main. On étire le coton en tous sens, puis on l'enroule autour de la tige, ayant soin de bien le serrer au-dessous de la partie renflée, tandis qu'on laisse son extrémité, non serrée, en forme de massue. On se garde soigneusement d'entrer la tige, même garnie de coton, sans s'aider du speculum. En procédant avec douceur et en répétant chaque fois le nettoyage avec de l'ouate propre, jusqu'à ce que le tampon ne ramène plus de sécrétion à sa surface, on arrive à déterger presque toute la caisse. Ce *nettoyage à sec* est seulement indiqué lorsqu'il existe de grandes pertes de substances à la membrane tympanique.

Dans les cas, au contraire, où la perforation est petite, la douche d'air poussée par la trompe rend de réels services. On la combine avec les grands lavages de l'oreille. Il est parfois nécessaire d'agrandir au bistouri ou au thermo-cautère la perforation tympanique, trop petite pour livrer passage au pus coagulé ou visqueux. C'est seulement après avoir séché l'oreille qu'il convient de *modifier* la muqueuse altérée. Il ne faut pas employer les astringents dans le début, car ils agissent comme irritants. Il vaut mieux les réserver pour la fin de la suppuration, alors que l'otorrhée est presque tarie. On commence par :

Acétate de plomb.....	0 gr. 20
Chlorhydrate de morphine.....	0 — 05
Eau distillée.....	30 —

matin et soir, dans l'oreille, cinq gouttes tièdes qu'on

y laisse séjourner; ou bien, tous les jours ou tous les deux jours, trois à quatre gouttes des mélanges suivants :

Sulfate de zinc.....	0 gr. 30
Eau distillée.....	30 —

ou :

Tannin.....	0 gr. 25
Eau distillée.....	30 —

ou encore :

Sulfate de cuivre.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	30 —

Chez certains malades à tempérament scrofuleux, on se trouve bien de la formule suivante :

Iode pur.....	0 gr. 05
Iodure de potassium.....	0 — 50
Glycérine neutre.....	30 —

IV à V gouttes matin et soir.

Pour modifier la muqueuse, lorsqu'elle est gonflée et granuleuse, nous donnons la préférence aux caustiques, après nettoyage et insensibilisation de cette muqueuse. On emploie le nitrate d'argent en substance (fondu sur le stylet) ou en solution à 1 p. 20, dont on instille cinq à six gouttes dans l'oreille. On fait, immédiatement après, un lavage tiède d'eau légèrement salée. On réussit encore à tarir l'otorrhée par des attouchements de la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc à 1 p. 20 et même à 1 p. 10.

Ce procédé pour modifier la muqueuse n'est évidemment applicable que si les couches profondes, périoste et os, sont indemnes.

Au contraire, lorsque les lésions, soit primitivement,

soit secondairement, ont envahi la paroi osseuse, le traitement appartient à la chirurgie.

De ce mode thérapeutique sont justiciables les tympanites qui présentent des *fungosités polypeuses*. Il est nécessaire de curetter la surface osseuse pour triompher de la repullulation des granulations. Or ces sortes de polypes ont leur point d'implantation soit dans la caisse, soit dans l'attique, soit dans les deux à la fois.

Il s'agit alors de formes panolitiques.

Dans tous les cas, ces productions morbides sont susceptibles d'envahir l'aditus, l'antre et les cellules mastoïdiennes. Il est donc nécessaire d'enlever la lame osseuse qui les nourrit, et, pour cela, de procéder à la cure radicale de l'otorrhée.

Le genre de l'intervention opératoire n'est pas, cela se comprend aisément, identique pour tous les cas. Quand les altérations osseuses sont étendues, graves, lorsqu'il existe une fistule du conduit, de la paralysie faciale, un cholestéatome, il faut pratiquer l'opération dite de Stacke, c'est-à-dire réunir en une vaste brèche caisse, aditus, antre et, parfois, cellules mastoïdiennes, en faisant sauter la paroi postéro-supérieure du conduit. C'est là une intervention fort sérieuse, si l'on considère la durée du traitement et les résultats définitifs.

Les pansements, en effet, sont fort pénibles, et la guérison se fait souvent attendre, car l'épidermisation des surfaces osseuses est longue à s'effectuer. Des semaines et des mois se passent, malgré les procédés plastiques employés, avant d'arriver à la guérison.

Quand, au contraire, les lésions sont localisées à la caisse ou aux osselets ou même à l'aditus et à l'antre, nous préférons avoir recours à l'opération que nous avons décrite sous le nom d'*évidement pétro-mastoïdien*. Celle-ci permet de nettoyer la caisse sans délabrements

osseux importants et de guérir l'affection dans un laps de temps ne dépassant pas une quinzaine de jours. C'est aussi l'unique moyen non seulement de conserver l'audition, mais encore de l'améliorer dans la plupart des cas.

§) *Atticite purulente chronique*. — Comme pour les tympanites purulentes chroniques, nous distinguerons deux degrés : l'*atticite purulente chronique simple* et l'*atticite purulente chronique avec antro-mastoïdite*.

Les atticites figurent pour une proportion d'environ 4/0 dans le nombre des otorrhées. Fréquentes dans l'enfance, elles succèdent aux nombreuses affections rhinopharyngiennes et surtout aux adénoïdites. Les poussées répétées d'adénoïdites créent des inflammations tubo-atticiennes, qui établissent rapidement un gonflement de la muqueuse et des adhérences limitant le mal à la partie supérieure de la caisse. Plus tard, des granulations et d'autres produits résultant du processus inflammatoire isolent l'attique de l'orifice de la trompe, et c'est la membrane de Shrapnell qui se perforé (*atticite purulente chronique simple*).

Cependant, la situation défavorable de la perforation rend assez difficile l'écoulement de la sécrétion. Celle-ci gagne alors l'orifice de l'aditus, puis l'antre pétro-mastoïdien. On observe des granulations et des polypes, de la carie de la tête du marteau, et surtout de l'enclume, ou même seulement d'un point des parois de l'attique (*atticite purulente chronique avec antro-mastoïdite*).

Enfin, à la suite, viennent les caries du rocher, la phlébite du sinus et les abcès cérébraux dans le lobe temporal.

Outre les polypes, la caisse, l'aditus et l'antre contiennent des masses cholestéatomateuses ou des amas de pus épais, caséux. Malgré le peu de retentissement de l'affection, il faut savoir que les plus terribles complications sont à craindre. Le rôle du médecin est de prévenir les malades de ne pas négliger leur écoulement, et, si un traitement médical sérieux échoue, comme cela arrive très souvent

dans cette variété d'affection, il doit les engager à se faire faire la cure radicale de leur otorrhée.

En général, la surdité est moins prononcée dans l'atticite que dans la tympanite. Si certaines atticites simples peuvent guérir par un traitement médical approprié, il n'en est pas de même de celles qui s'accompagnent de caries osseuses. Là, il faut un traitement chirurgical.

Traitement. — 1° *Traitement de l'atticite purulente chronique simple.* — A cause de la petitesse de la perforation tympanique, il est parfois difficile de se rendre compte de l'état exact des parties malades. Aussi doit-on, tout d'abord, recourir au traitement médical antiseptique, comme pour la tympanite purulente simple. Mais il ne faut pas prolonger cette conduite thérapeutique pendant plus d'un mois. Lors de ces perforations de la membrane de Shrapnell, l'eau injectée, suivant la méthode ordinaire, par le conduit auditif, n'atteint pas les sécrétions amassées dans la partie postéro-supérieure de la caisse. Il est nécessaire d'employer une canule spéciale, appelée *canule tympanique*, et offrant une courbure appropriée. La plus pratique est celle d'Hartmann (de Berlin). Mais elle exige une certaine habileté de main.

Quand, au contraire, on a diagnostiqué une lésion osseuse, carie du mur de la logette, des osselets, s'il existe des polypes, des masses cholestéatomateuses, n'hésitez pas : c'est au traitement chirurgical qu'il convient de recourir. Nous préconisons dans ce cas l'*écidement pétro-mastoïdien* ou *antrotomie*, qui permet non seulement de faire le nécessaire du côté de l'aditus et de l'antre, mais encore d'enlever les osselets ou de curetter les points malades de l'attique, sans léser des organes importants.

2° *Traitement de l'atticite purulente chronique avec*

antro-mastoïdite. — Ici, il ne saurait être question de traitement médical; l'*évidement* est le seul traitement à la fois radical et rationnel de ce genre d'affections.

Il faut le reconnaître, le diagnostic est parfois fort difficile; actuellement, il n'existe pas de signe révélant de façon certaine la participation de l'aditus et de l'antre. Mais ce diagnostic est-il absolument nécessaire? Nous ne le pensons pas. L'opération de l'évidement rend inutile cette recherche; car elle répond à tous les desiderata. Nous la considérons d'ailleurs comme un procédé à la fois explorateur et prophylactique des complications suppuratives de l'oreille moyenne. Voici, résumée, la technique de cette opération :

Après anesthésie du malade au chloroforme, on pratique une incision rétro-auriculaire, de façon à décoller le pavillon et le conduit et à refouler le périoste. La surface osseuse est alors attaquée en son lieu d'élection, à la gouge et au maillet, de manière à mettre à nu la cavité de l'antre. Celui-ci est soigneusement curetté et agrandi; puis on procède à l'agrandissement de l'aditus, soit au moyen de la gouge, soit à l'aide d'un perforateur, de manière à établir une communication large avec la caisse. Après nettoyage de l'aditus, on curette la caisse; on enlève les osselets malades, et on touche toutes les parties avec une solution de chlorure de zinc à 1 p. 10. On place une mèche dans ces cavités, et on termine par la réunion immédiate de la plaie et la suture du pavillon. Il ne reste plus qu'à appliquer un pansement avec la gaze aseptique. Le huitième jour, les fils sont enlevés; la mèche est raccourcie, et on fait un nouveau pansement, qu'on laisse en place pendant deux ou trois jours. Au bout de ce temps, la mèche est complètement enlevée, et, après un nouveau pansement laissé encore deux jours, la guérison est effectuée.

II. — OTITES MOYENNES CHRONIQUES SÈCHES

Sous la dénomination générale d'*otites sèches*, la plupart des auteurs ont l'habitude de ranger plusieurs états pathologiques dont les symptômes présentent des analogies, mais dont les lésions et le processus pathogénique diffèrent profondément. Il en résulte que le traitement à opposer à ces diverses affections est variable. Nous les étudierons successivement.

Il importe de distinguer tout d'abord deux grandes variétés d'*otites sèches*, présentant chacune une entité clinique et anatomo-pathologique très tranchée. Les unes sont la résultante de lésions inflammatoires catarrhales par propagation salpingienne; elles succèdent à ce qu'on appelle souvent, à tort, le catarrhe tubo-tympanique sec, et ont pour caractères principaux l'hypertrophie de la muqueuse et une vascularisation exagérée de la couche interstitielle. Elles constituent la classe des *tubo-tympanites interstitielles hypertrophiques*. Les autres se développent d'emblée dans la caisse et dans l'antre; elles se caractérisent dès le début par la sclérose, l'atrophie de la muqueuse, l'hypérostose osseuse et la diminution des cavités moyennes. Elles forment la classe des *antro-tympanites scléreuses atrophiques*.

a) **Tubo-tympanites interstitielles hypertrophiques.** — Sous cette dénomination, nous rangeons toutes les affections secondaires de nature catarrhale qui se sont propagées du rhino-pharynx à la caisse par la voie tubaire. Or la muqueuse de la trompe se continue et avec la muqueuse pharyngienne et avec la muqueuse nasale. Aussi la cause première du catarrhe réside-t-elle tantôt, ce qui est le cas le plus fréquent, dans le pharynx, tantôt dans le nez; d'où les deux groupes de tubo-tympanites, qu'on peut désigner sous les noms de *pharyngo-salpingites* et de *rhino-salpingites*.

α) **Pharyngo-salpingite ou catarrhe sec tubo-tympanique.** — Nous avons déjà étudié une variété de cette affection avec épanchement, reconnaissant pour cause les catarrhes du naso-pharynx. Souvent, très souvent même, la sécrétion fait

défaut et, néanmoins, ce qu'il faut encore incriminer, ce sont ces mêmes catarrhes chroniques sous la forme soit de végétations adénoïdes caractérisées, soit de catarrhe pharyngé-postérieur.

Dans la *pharyngo-salpingite*, la muqueuse de la trompe, comme celle de la caisse, est hyperémiee ou hypertrophiée. Ces lésions sont générales ou localisées à quelques points spéciaux. Mais la couche profonde de la muqueuse, la couche périostique, au moins au début, est indemne de toute lésion. Dans la suite se produisent des altérations graves du côté de la trompe et de la caisse. Le canal tubaire est plus ou moins oblitéré par le gonflement de la muqueuse ou par des bouchons muqueux. La caisse est elle-même le siège d'une vascularisation anormale. Les fenêtres ovale et ronde sont en partie comblées par des épaissements de la muqueuse. Il existe de l'ankylose des osselets; les parties hypertrophiées contractent des adhérences et produisent des exsudations plastiques donnant naissance à des synéchies. Ces lésions atteignent, en général, les deux oreilles au même degré.

β) **Rhino-salpingite ou hyperplasie tubo-tympanique.** — Ici encore, nous relevons, comme causes: d'abord les états inflammatoires du nez à poussées aiguës, les coryzas à répétition, puis les processus inflammatoires chroniques de la muqueuse, les rhinites hypertrophiques ou atrophiques, mais surtout les déviations simples ou multiples de la cloison, et, enfin, leurs crêtes ou éperons, qui constituent une gêne permanente à la respiration nasale. La propagation des lésions de la muqueuse nasale à la trompe se fait d'une façon plus lente et plus chronique que lorsque l'inflammation procède directement du pharynx. Celle-ci frappe la muqueuse dans ses éléments profonds, déterminant plus ou moins vite des lésions fort graves, telles que des dépôts calcaires, des ossifications de la muqueuse et de sa couche périostique. Les lésions de la rhino-salpingite sont caractérisées par une hypertrophie des tissus mous de l'oreille moyenne avec néoformation de tissu conjonctif et de vaisseaux. La

muqueuse se transforme en une épaisse couche de tissu fibreux, d'où refoulement des osselets, rigidité de leurs articulations, épaissement de leurs ligaments et rétraction des fausses membranes qui occupent souvent la caisse.

L'arhino-salpingite a plus de tendance encore, avec le temps, à produire un travail de sclérose, parce qu'ici l'inflammation touche la couche profonde de la muqueuse, la couche périostée. Les lésions peuvent être localisées davantage à une oreille.

Il est évident que pharyngo-salpingite et rhino-salpingite coexistent souvent, donnant lieu à des états complexes, à des rhino-pharyngo-salpingites, où il est difficile de différencier la part qui revient à chacune de ces deux formes. Cette origine mixte du catarrhe n'a rien qui doive étonner, si l'on considère que plusieurs fièvres éruptives ou infectieuses s'accompagnent de catarrhe des muqueuses nasale et pharyngienne.

Traitement des tubo-tympanites. — Le traitement des différentes variétés de tubo-tympanites que nous venons de décrire est identique. Il est prophylactique, palliatif ou curatif.

1° *Traitement prophylactique.* — Dans la *pharyngo-salpingite*, le traitement prophylactique doit avoir en vue les différents catarrhes pharyngiens : il faut soigner les pharyngites, curetter les végétations adénoïdes et les rhino-pharyngites, enlever et réprimer les grosses amygdales.

Dans la *rhino-salpingite*, il est indiqué de soigner les affections si nombreuses du nez : les rhinites de toutes sortes, les queues de cornet, les déviations de la cloison, les éperons. Les polypes feront l'objet d'une thérapeutique spéciale en rapport avec ces diverses affections.

2° *Traitement palliatif.* — Il comprend trois sortes de moyens : le *cathétérisme* de la trompe, le *bougirage* et le *massage* du tympan.

Le *cathétérisme* se fait à l'aide d'un tube qu'on introduit dans l'orifice pharyngien de la trompe et par lequel on insuffle de l'air dans la caisse. Le cathéter, que nous préférons en métal, parce qu'il est plus facilement stérilisable, doit être introduit dans le nez. C'est un tube plus ou moins mince présentant trois ou quatre numéros, dont l'une des extrémités offre une ouverture variable, et dont l'autre, destinée à recevoir le bout de l'appareil à insufflation, est évasée en forme d'entonnoir. Celle-ci présente, en outre, un anneau, point de repère indiquant le sens de la courbure et placé soit du côté convexe, soit du côté concave de la courbure. La longueur de l'instrument est de 0^m,14 à 0^m,16. L'insufflation de l'air se fait avec un ballon de caoutchouc ou avec une double soufflerie. Pour savoir si l'air pénètre dans la trompe et la caisse, on se sert de l'otoscope de Toynbee : c'est un tube en caoutchouc de 1 mètre environ, dont les extrémités sont pourvues d'une olive. L'une de ces olives est destinée à l'oreille du malade, l'autre à celle du médecin.

Le sujet étant assis en face de l'opérateur, on lui commande de se moucher, de façon à débarrasser sa muqueuse nasale. Puis, se tenant debout et en face de lui, on saisit le cathéter comme une plume à écrire, en relevant légèrement le lobule du nez avec la main gauche. Dirigeant le bec du cathéter en haut, la courbure regardant en bas, on lui fait franchir la crête qui sépare en avant le plancher osseux du plancher cartilagineux. Le cathéter doit remonter graduellement jusqu'à devenir horizontal. Alors seulement on fait glisser avec douceur le bec de l'instrument sur le plancher de la fosse nasale ; on saisit le cathéter entre l'index et le pouce de la main gauche, les autres doigts prenant un point d'appui sur la racine du nez. La main droite pousse la sonde en essayant de tourner lentement les obstacles qu'elle

rencontre. Il faut pousser franchement le cathéter jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, que l'on reconnaît à la résistance de la colonne vertébrale, et, sans modifier la position, on le ramène d'arrière en avant, le long de la paroi latérale du pharynx, dans une étendue de 1 centimètre et demi environ, jusqu'à ce que, glissant sur le bourrelet postérieur du pavillon de la trompe, il frôle le long du voile du palais. Il suffit, à ce moment, de tourner le cathéter d'un quart de cercle en dehors et en haut, pour le faire pénétrer dans l'embouchure de la trompe. L'instrument est alors fixé. Tel est le procédé que nous recommandons comme le meilleur pour la plupart des malades.

Il est important de se rappeler que le cathétérisme de la trompe peut, lorsqu'il n'est pas fait selon les règles voulues, entraîner des accidents, comme de la toux, des éternuements, des vomissements, des vertiges, des névralgies, des douleurs, des épistaxis, de l'emphyse sous-muqueux, quelquefois sous-cutané; enfin, la contagion (syphilis) sera évitée si l'on a soin de se servir d'instruments entièrement aseptiques.

Le *bougirage* consiste à introduire dans la sonde une fine bougie en gomme ou en celluloïd, que l'on fait pénétrer à l'aide de légers mouvements de rotation. Si un obstacle se présente, il faut la retirer et la remplacer par une autre plus petite. Après cette manœuvre, il convient de s'abstenir de toute insufflation d'air.

Le *massage* se pratique au moyen d'un speculum pneumatique (speculum pneumatique de Siegle). Celui-ci présente une lame de verre inclinée à 45° permettant de diriger les rayons lumineux dans le conduit. A sa partie latérale est un ajutage percé d'un trou. On y fixe un tube de caoutchouc, qui relie le speculum à une petite poire ou à une petite pompe aspirante et foulante. Le mouve-

ment imprimé à cette poire ou à cette pompe a pour effet d'attirer et de refouler alternativement la membrane du tympan, de mobiliser la chaîne des osselets et de rompre les adhérences qui ne sont pas trop résistantes.

On peut donc, dès le début de la tubo-tympanite, utiliser avec quelque profit les insufflations d'air, qui sont alors susceptibles de prévenir des adhérences naissantes et d'aérer la caisse. On a préconisé les douches de vapeurs médicamenteuses ou les injections de liquides. A part les injections de vaseline liquide, qui ont donné parfois des résultats, tous ces procédés ont plus d'inconvénients que d'avantages. Ils sont susceptibles de produire une sensation de plénitude dans l'oreille, des douleurs, une augmentation temporaire de la surdité et des bruits, et même, ainsi qu'on l'a noté dans certains cas, l'apparition de mastoïdites ou de phlébites des sinus.

Quand la trompe d'Eustache n'est pas perméable, il est indiqué de recourir à la dilatation mécanique de ce conduit, à l'aide de bougies qui vont porter dans la trompe différentes substances modificatrices. Cette action est presque entièrement limitée à la muqueuse tubaire.

Pour agir sur la caisse et sur la membrane tympanique, c'est au massage du tympan qu'il convient de s'adresser. Ce procédé ne saurait, cependant, être efficace que si tympan et osselets ne sont pas trop rigides. Dans le cas contraire, le résultat obtenu serait à peu près nul.

3° *Traitement curatif*. — Ce traitement est entièrement chirurgical. Parmi les méthodes, fort nombreuses et qui, presque toutes, agissent par la voie du conduit, nous préférons l'évidement *péto-mastoïdien*, qui permet seul d'atteindre l'oreille moyenne dans toutes ses parties. C'est le véritable *traitement radical* de la tubo-tympanite interstitielle. Le bénéfice en est aussi certain contre