

pensable pour obtenir une amélioration ou éviter les rechutes (diabète, goutte, cachexie, etc.).

La persistance d'une suppuration de l'oreille moyenne indique l'activité continue, ou les retours, ou les redoublements d'action de l'infection microbienne, et la dangereuse réceptivité de l'organe et de l'organisme. L'otorrhée dénonce un foyer d'infection permanent, avec ces conditions graves qu'il siège au milieu d'un os crânien (rocher), au pied des gros vaisseaux de la base du crâne (carotide, jugulaire, artère méningée), à quelques millimètres des méninges, au contact du sinus de la dure-mère, où se déversent les courants veineux de la région suppurante, courants infectieux presque inévitables.

Comment s'étonner que l'on meure par l'oreille, par l'otorrhée; tantôt c'est le cerveau, les méninges, les hémorragies mortelles, tantôt les phlébites et la pyémie; la mort subite dans le coma est souvent d'origine otique. (Lermoyez voit 6 cas en un an à Saint-Antoine.)

Examen bactériologique du pus. — Cet examen a une grande valeur. Si l'étude bactériologique du pus otorrhéique décèle la présence du bacille de la tuberculose, on est éclairé sur la résistance de la maladie et sur son avenir; si elle montre la présence des streptocoques, il y a lieu de redouter les complications, l'infection, les extensions au voisinage; on découvre ailleurs le staphylocoque, le pneumocoque, etc., suivant les conditions étiologiques primitives du mal.

Cependant cette connaissance microbiologique, intéressante comme notion d'un lien pathogénique général, de nature infectieuse, n'a pas conduit jusqu'ici à une application topique ou générale radicale. L'abondance des colonies, à elle seule, indique l'urgence d'agir sur le foyer énergiquement, et d'aseptiser l'oreille. L'avenir, à ce point de vue, appartient à la sérothérapie encore à ses débuts. Les applications antiseptiques, leur accès facilité par tous les moyens jusqu'au foyer de suppuration, la destruction de celui-ci, sont les indications principales.

II.

Traitement topique de l'otorrhée.

Ce traitement varie absolument suivant les conditions anatomo-pathologiques créées par les états morbides antécédants ou effets secondaires de l'infection microbienne locale.

C'est pourquoi on doit tout d'abord s'étonner de voir confier aux malades et à leurs proches des soins topiques dont ils se contentent indéfiniment, tandis qu'ils doivent être nécessairement variables, sans cesse modifiables, restant toujours fort délicats à appliquer, à porter jusqu'au point important dans l'organe. Cette conduite de la thérapeutique de l'otorrhée donne aux patients la fâcheuse illusion de soins sérieux; elle éternise l'affection, les laissant seuls juges des changements opportuns: aussi que de surprises, que de désastres imprévus! L'otorrhée est un abcès osseux, ou ossifluent, qui transforme l'organe et son conduit en une fistule osseuse, menant à un foyer infectieux intra-osseux. Toutes les indications naissent de cette conception claire.

Le pus vient de loin, des cellules mastoïdes, très souvent, de la caisse, de l'attique, du conduit; mais la voie d'écoulement au dehors est facile à s'obstruer, soit au sein des cellules mastoïdes (abcès isolé), soit au niveau de l'aditus de l'antre, soit au niveau de l'attique, soit au niveau de la cloison tympanique plus ou moins largement et directement perforée, soit enfin au niveau du conduit auditif osseux même. De là une indication majeure dirigée contre la menace de rétention, ou l'insuffisance d'écoulement au dehors; c'est l'ouverture des sténoses du conduit, l'élargissement des perforations du tympan, l'évidement de la caisse, etc., etc., dans toute otorrhée, puisque les soins topiques, les nettoyages et l'application des antiseptiques ne sont pas possibles sans cela. C'est aussi à cause de ces obstacles que les irrigations banales prescrites restent si fréquemment sans effet, puisqu'elles ne vont pas toucher les points utiles.

A. — STÉNOSE DU CONDUIT

L'orifice du conduit peut être rétréci par une cicatrice (coup de feu, brûlure); un pertuis laisse écouler le pus, la stricture peut être plus profonde et assez serrée pour causer des intermittences dans l'issue du pus, avec ou sans crises. Avec le stylet aseptique, on pénètre à travers l'orifice rétréci, avec précaution, jusque dans la caisse, si possible; on retire le stylet boutonné plein de pus odorant ou de sang s'il existe des fongosités; on touche parfois un séquestre saillant. On s'essaie aussitôt à élargir la stricture, à dilater la sténose; au moyen de tampons d'ouate de plus en plus gros, trempés de la solution de *sublimé* au millième. Cette dilatation peut être obtenue suffisante pour faire un lavage, en une seule séance; au besoin on se sert de canule de métal fine pour porter dans la cavité les liquides antiseptiques et la nettoyer, et en modifier les parois; cela souvent suffit à réduire l'engorgement secondaire du conduit; les saillies s'affaissent et assez vite la circulation des irrigations est possible, aller et retour, sans douleur; l'assainissement commence dès lors en détruisant les colonies microbiennes et rendant le terrain de culture mauvais.

La dilatation peut être maintenue soit par un long bouchon d'*ouate salicylée*, *boriquée*, ou au *sublimé*, introduit aussi loin que possible et gardé, soit par un tube de drainage aussi volumineux que la voie rétablie.

Au cas où cette sténose résiste sur un point du canal, ou s'il y a un décollement étendu, une fusée purulente sous-périostique, après le lavage antiseptique, on incisera jusqu'à l'os la tuméfaction, dans le sens du conduit auditif; le pus détergé, on pourra avec la canule fine laver la cavité ouverte ainsi avec les solutions de *phéno-salyl* (1 p. 100) ou de *sublimé* (1 p. 1000); puis on pansera avec la gaze à l'*iodoforme*, portée et tassée profondément, ou avec cette gaze introduite au fond et remplie d'ouate au *sublimé*; par jour deux pansements méthodiques réguliers; une couche d'ouate sèche à l'orifice.

B. — FISTULE DU CONDUIT — FISTULE DE L'ATTIQUE
FISTULE MASTOÏDE

D'autres fois, le conduit est perméable et large, on reconnaît le tympan entier, non perforé; le pus s'écoule par un trou fistuleux caché souvent par une fongosité saignante, soit au niveau de la paroi supérieure, soit plutôt au niveau de la paroi postérieure ou mastoïdienne du conduit; on le reconnaît au moyen du stylet fin coudé aseptisé qui s'y engage et indique si l'os est dénudé à ce niveau. Ainsi s'explique l'otorrhée nocturne; le réservoir du pus est intra-mastoïde et se vide par ce trou dans le conduit; le foyer mastoïdien est bien isolé, et doit être attaqué directement par l'ouverture des cellules mastoïdiennes. Quand la fistule est située au-dessus du cadre tympanal, le pus coule de l'attique; c'est tout d'abord à travers le tympan qu'il faut lui faire son chemin, et au besoin à travers le « mur de la Jogette ». (Voir plus loin.)

C. — FISTULE TYMPANIQUE

La voie ouverte, on explore le tympan, qu'on trouve en général perforé dans les otorrhées, mais très inégalement. Si le tympan est perforé largement, ce n'est pas de ce côté qu'il faut chercher la cause de la persistance de la suppuration otique: elle siège derrière lui dans l'attique, aux osselets, ou plus souvent du côté de l'antre, ou bien dans des lésions osseuses des parois tympaniques. Mais très souvent on trouve une perforation insuffisante, avec rétraction, soudure du marteau, etc. Le pus ne traverse plus une cavité comme la caisse du tympan, mais bien un trajet fistuleux, tortueux, inégal de forme et de niveau, et de largeur, où il stagne et s'amasse, ne prenant issue que par regorgement, où la moindre fongosité en se développant, où le pus concrété en masses compactes caséeuses l'arrêtent et causent la rétention si dangereuse par

moments, mais surtout amènent l'incurabilité de la suppuration : c'est une fistule tympanique.

D'ailleurs, en pareilles conditions, les soins sont illusoires; rien ne pénètre au foyer du mal; les irrigations banales lavent le conduit où il n'est pas.

Il faut ouvrir largement le chemin et découvrir le foyer; s'il est intra-tympanique, la cure ne s'obtiendra durable qu'à ce prix; les pansements ne seront actifs qu'appliqués directement sur les points malades.

Derrière ce tympan épais, déformé, fistuleux, adhérent par places, existent des osselets cariés, des fongosités, etc., que la chirurgie auriculaire sait atteindre avec succès. (Voir plus loin ces indications.) Nous étudions successivement les cas divers qui peuvent se présenter et les indications opératoires qui en résultent.

1° Nettoyage par le conduit auditif. — Irrigations. — Pansements.
Liquides médicamenteux.

Les voies ouvertes, libres du côté du conduit auditif, on explore le terrain, après un premier nettoyage à sec, avec une boulette d'ouate hydrophile au bout du stylet, soit après un lavage; mais on asséchera ainsi toujours le fond pour que l'inspection soit facile et complète, ou au cours même de celle-ci faite avec le spéculum et le miroir.

On ordonne aux otorrhéiques des irrigations, lavages, injections par le conduit, destinés à balayer doucement les exsudats, puis à aseptiser les surfaces profondes. Un bol, un récipient quelconque est placé sous le pavillon; celui-ci est attiré en arrière et en dehors pour ouvrir le plus possible le conduit et le redresser: il est quelquefois utile de placer le spéculum auris pour obtenir un bon résultat.

L'instrument dont on se sert est soit un injecteur à boule en caoutchouc facile à aseptiser, soit un siphon de Weber à boule et à robinet, soit une seringue de verre de 125 à 250 grammes.

On peut utiliser un embout ou spéculum à deux tubulures, qui reçoit le liquide d'en haut et le laisse écouler par un orifice inférieur auquel un tube de caoutchouc est adapté; c'est un moyen à choisir pour les irrigations à grande eau. Chez les enfants, s'il y a de la sténose, ou si le sujet appréhende le vertige ou la douleur, je conseille d'introduire dans le conduit un tube à drainage adapté à la pointe d'une canule conique de verre reliée à l'injecteur, soit un tube de gomme à pavillon évasé, de calibre très inférieur à celui du canal à traverser.

Ces instruments aseptisés par un séjour dans la solution de *phéno-salyl* à 1 p. 100 ou dans le *chloroforme*, ou dans l'eau bouillante, permettent de porter au fond le liquide médicamenteux en toute sûreté; il est dès lors inutile de lancer le liquide avec force, ce qui n'est pas sans importance, parce qu'on évite de provoquer le vertige ou de la douleur, causes de suppression des irrigations. On emploie les liquides les plus divers; l'eau bouillie suffit, l'eau salée, l'eau boriquée, l'eau de mer, chaudes; les eaux sulfureuses (*Challes, Saint-Honoré*, etc.); bitumineuses d'*Euzet*, des *Fumades*, de la *Vallière* (goudron); les infusions de plantes aromatiques (*thé noir*), résolutive (*noyer*) ou astringentes (*roses de Provins*). On préférera surtout les solutions de *microcidine* (1 à 2 p. 1000); de *sublimé* au 2000^e; de *trichlorure d'iode* au 2000^e; d'*oxycyanure de mercure* au 500^e; d'*acide chromique* à 1 p. 100 ou 200, etc. Ces dernières injections ne seront point ordonnées si le liquide s'écoule trop facilement vers le pharynx à travers la perforation; de même les solutions calmantes, *morphinées* ou autres, chez les enfants, dans le même cas. Autres formules :

℞ Ichtyol. 10 grammes.
Eau. 100 —
Dissolvez.

ou

℞ Saccharine. 1 gramme.
Bicarbonate de soude. 1 —
Alcool. 200 —
Dissolvez.

Une cuillerée à café par litre d'eau.

Pour peu que la perforation tympanique soit étroite, il faut l'agrandir par des incisions cruciales, suivies d'attouchements avec un pinceau d'ouate fin trempé de *perchlorure de fer*, pour obtenir en deux jours une voie étendue et un découvert suffisant, tant pour un examen plus profond que pour faciliter le contact des liqueurs médicamenteuses avec les surfaces suppurantes.

D'après cette diversité des conditions anatomo-pathologiques, on comprend que ces soins ne peuvent être confiés absolument aux malades; il faut répéter que toute otorrhée qui résiste à ces topiques bien appliqués doit être examinée à nouveau pour modifier les pansements, et surtout pour découvrir la cause de cette incurabilité (soudure, adhérences, caries, fongosités, nécrose, etc.).

Dans le cas de perforation d'étendue moyenne, mais située au-dessus du niveau de l'umbo dans la moitié supérieure du tympan, il faut prendre quelques nouvelles dispositions pour atteindre la caisse et y faire pénétrer les antiseptiques en quantité suffisante; mais il est rare que le sujet puisse les employer lui-même; ce sont là des pansements évidemment médicaux; cependant j'ai pu rencontrer un certain nombre de patients intelligents qui ont guéri grâce à l'application de la canule fine, droite ou coudée (canule d'Hartmann), en métal ou en gomme. On introduit cette canule dans l'aire de la perforation, en s'éclairant avec le miroir et le spéculum auris. Une seringue de 5 à 10 grammes au plus s'y adapte, et l'on introduit ainsi de l'eau oxygénée tiède, des solutions antiseptiques variées; l'effet curatif est rapidement évident quand c'est l'auriste qui opère.

Après le lavage de la caisse et du conduit, on pratique l'asepsie des surfaces nettoyées et détergées. Un pinceau d'ouate hydrophile trempée dans l'eau oxygénée (12 vol.), soit dans la solution de *phéno-salyl* (1/100), de *sublimé* (1 p. 1000) est porté au contact des parties. Helme et Lermoyez se servent d'un pinceau d'ouate trempée d'alcool saturé d'*acide borique*, qui a été flambée et éteinte avant de charbonner: on obtient

ainsi une asepsie aussi complète que possible. On panse ensuite soit avec le même bouchon d'ouate introduite profondément, soit avec la *gaze iodoformée*, soit encore avec l'ouate hydrophile mouillée de *salol camphré*, de *naphtol camphré*, de *glycérine phéniquée*, etc. On laisse ce pansement occlusif à demeure.

Il est recommandé, chez les enfants surtout, de panser en deux temps. Un premier bouchon d'ouate ou de gaze est poussé au fond, et on le recouvre d'une seconde masse distincte.

Les proches du malade doivent être dressés à exécuter ces pansements d'une façon antiseptique et intelligente.

Le nombre des pansements est en rapport avec l'abondance des sécrétions. On peut se contenter le plus souvent de changer le soir l'ouate mise le matin, après lavage égal. Les pansements occlusifs au sublimé, à l'iodoforme, etc., peuvent être, l'hiver, éloignés, en cas d'excitation des parties ou d'éveil de douleurs.

Il est important, pendant qu'on procède aux lavages, d'aseptiser tout le pavillon et les régions péri-otiques en les frottant vivement avec de l'ouate trempée de la solution chaude de sublimé (1 p. 1000) ou de phéno-salyl.

La solution de sublimé peut être coupée de deux, quatre, cinq fois autant d'eau (bouillie) chaude.

Solution. . .	}	℥ Sublimé 1 gramme. Acide tartrique. 4 — Eau 1 litre.
Dissolvez.		

2° Lavages de la caisse à travers la trompe. —
Liquides et solutions à injecter. — Pulvérisations.

Suivant le siège et l'étendue de la petite perforation tympanique, il est des régions de la caisse qui restent difficilement abordables du côté du conduit.

Pour toucher ces points difficiles à laver, on fait l'injection

à travers la trompe au moyen du cathéter, quand la perforation assure le départ du liquide.

On peut employer l'eau bouillie pure, l'eau légèrement salée, tièdes. On agit en balayant le pus de l'attique, ou partie sus-tympanique de la caisse, et on peut également injecter ainsi des solutions médicamenteuses dans le but de modifier les surfaces et de tarir les sécrétions.

On injecte ainsi les solutions suivantes :

L'hydrate de chloral à	1 p. 400
L'iodure de potassium à	1 p. 40
Le bicarbonate de soude à	1 p. 30
Le trichlorure d'iode à	1 p. 2000
Le phéno-salyl à	1 p. 200
L'alcool boriqué	en solution étendue.
Le lysol	en solution à 1/2 p. 100
La résorcine	2 à 3 p. 100, etc., etc.
La microcidine	en solution de 1 à 2 p. 1000.

Dans les flux, Politzer emploie la *térébenthine* (essence) (20 gouttes) dans l'eau (Lermoyez).

On pourrait pulvériser les solutions au moyen de mon pulvérisateur intra-tympanique. Les injections, avec la sonde d'Hartmann, des mêmes liquides seront pratiquées alternativement.

3° Bains prolongés de la caisse, avec pression tragienne. — Position du patient pour le bain. — Liqueurs médicamenteuses employées.

Le patient se couche sur l'oreille saine; l'opérateur soulève le lobule, et verse dans la conque et le conduit, au moyen d'une cuiller chaude, ou d'un compte-gouttes, la liqueur choisie, tiédie.

On exécute alors un Politzer, sans bouger la tête du sujet; l'eau est agitée par les bulles d'air; puis, de la pulpe du doigt appuyée sur le tragus, on ferme le méat, et on le déprime par petites secousses, qui refoulent le liquide inclus dans les diverses directions. Quand la perforation est élevée, il est néces-

saire que le sujet renverse fortement la tête en bas et en arrière pour aider à la pénétration du liquide.

On se sert des liquides précédents, soit de liqueur de *van Swieten*, soit d'alcool boriqué au 20°, ou phéniqué au 30°, ou à l'acétal au 20° (ce dernier chez les tuberculeux) (Politzer).

Urbantschitsch emploie la *glycérine phéniquée* à 3 p. 100 chez les enfants, et à 5 p. 100 chez l'adulte; avec avantage, j'ai remplacé l'acide phénique par le *phéno-salyl*.

Je ne saurais trop recommander, en irrigations et en bains, les solutions d'*azotate d'argent* à 1 p. 1000 jusqu'à 1 p. 200. (On a soin de graisser le méat et la conque avec la vaseline avant d'user d'azotate d'argent.)

J'ai eu souvent à me louer, dans les récidives par infections secondaires de la caisse ou du conduit, des lavages avec la *teinture d'iode* étendue, et des badigeonnages profonds avec cette liqueur pure ou coupée.

4° Irrigations de l'antre mastoïde par la trompe au moyen de la sonde intra-tympanique.

Dans les affections otorrhéiques rebelles, il est difficile d'atteindre l'*aditus ad antrum*, surtout si l'enclume persiste, et quand le vestige du tympan déprimé s'est accolé au promontoire; on peut parvenir cependant à laver et aseptiser l'attique et même l'antre mastoïde au moyen de la sonde intra-tympanique, conduite à travers le cathéter, placé à l'orifice tubaire, ainsi qu'il a déjà été dit. Les liquides lancés par cette sonde de gomme, qui aboutit à l'orifice tympanique de la trompe, et peut être poussée dans la caisse même, vont balayer tout le haut de la caisse et toucher l'antre à travers l'orifice tympano-mastoïde. Le patient, couché, sera tenu la tête renversée en arrière et très basse pour aider à l'introduction du liquide modificateur.

5° Pansements avec la poudre d'acide borique, la poudre d'iodoforme et la gaze iodoformée, etc.

L'insufflation de poudre fine d'*acide borique*, remplissant en totalité la cavité tympanique, a été préconisée par Bezold. On lui a reproché de se concréter et de former un corps dur et d'extraction difficile et susceptible d'amener la rétention des exsudats; les pansements fréquents et faits par l'auriste éloignent cette complication. Politzer insuffle une couche légère de poudre et obtient de bons résultats quand l'otorrhée n'est pas trop ancienne.

Cet auteur et Urbantschitsch disent que très vite ce pansement perd son activité, et proposent de modifier sa composition de quinze en quinze jours. Politzer donne cette formule :

Acide borique.	50 grammes.
Acide phénique cristallisé.	0 ^{gr} ,25

M. s. a.

Gruber ordonne la poudre de *borax*; on peut aussi employer la poudre d'*iodoforme*; certains auteurs conseillent de remplir la caisse et le conduit de gaze iodoformée, tassée méthodiquement dans toutes les dépressions; cela suppose l'existence de larges perforations (Urbantschitsch, Gradenigo). D'autres poudres encore, *l'aristol*, le *dermatol*, l'*iodol*, sont très recommandables. Ces pansements doivent en somme être variés, et faits par le médecin auriste. Pour atteindre toutes les cavités, j'ai pulvérisé, avec une canule fine spéciale introduite à travers la perforation, de l'*éther iodoformé saturé*; par ce moyen, on couvre toutes les surfaces intérieures les plus éloignées d'une couche égale de poudre d'iodoforme; même dans les cas subaigus, cette pulvérisation intra-tympanique a été bien tolérée. Zaufal panse avec des fragments de gaze au *sublimé* (Lermoyez).

6° Eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène).

Nous avons employé l'eau oxygénée à la toilette aseptique du conduit, pour chasser, détacher, décoller les exsudats for-

mant un enduit adhérent, cholestéatomateux; le bain d'*eau oxygénée* est excellent, et le nettoyage avec l'ouate imbibée de cette eau très facile, très propre et rapide. J'emploie l'eau oxygénée à 12 volumes. Cette application sera faite sans pression, lâche; et dès que l'effervescence se produit, on changera la ouate qui ramène l'exsudat; excellent procédé pour expulser le magma mousseux qui s'est détaché du fond; on évitera les vertiges et la douleur en laissant l'issue facile aux bulles de gaz oxygène qui se dégagent. L'eau oxygénée peut être légèrement échauffée sans se décomposer. Le bioxyde à 20 volumes est plus actif et rougit les surfaces, mais il est facilement supporté.

7° Autres topiques modificateurs de la muqueuse tympanique.

Quand la caisse est à demi comblée par l'hypertrophie de la muqueuse, on peut obtenir son dégorgeement rapide au moyen des solutions d'*alun*, d'*acide borique*, de *sous-acétate de plomb*, de *sulfate de zinc*, d'abord légères, puis concentrées. Le bain d'*alcool absolu boriqué* de Politzer est classique. La poudre d'alun est recommandée par Politzer et Urbantschitsch dans les états fongueux du revêtement cavitaire; il faut surveiller ces applications actives. J'ai dit ce que je pense des solutions argentiques. D'après Urbantschitsch, quand la solution caustique d'*azotate d'argent* donne lieu à de violentes douleurs, cela indique l'existence d'une lésion de nature tuberculeuse: il se sert de solution au 15° et au 20° dès le début, et injecte ensuite un peu d'eau tiède pour balayer l'excédent.

8° Polypes. — Fongosités superficielles, profondes. — Curettage.

Si au lieu d'être granuleuse, la muqueuse a bourgeonné, est couverte de saillies fongueuses, je verse dans le conduit un bain de la solution de *perchlorure de fer* (à 30° Beaumé), que l'on garde dix à quinze minutes; on essuie le conduit, on panse à

l'ouate sèche. Deux jours après, on enlève les détritrus par un courant d'eau tiède; puis on recommence une à deux fois la semaine; en deux à trois applications, le tapis de grosses granulations a disparu et la cavité s'est reformée; les vestiges des osselets et du tympan réapparaissent. On peut, si la fongosité est isolée, la toucher au pinceau trempé de la même liqueur, soit de quelques gouttes d'*acide chloracétique*, soit d'une solution au 20^e d'*acide chromique* ou d'*acide phénique* cristallisé: 9 grammes, et alcool: 3 grammes (Hayem); l'*acide picrique* (solution saturée) sèche rapidement la muqueuse granuleuse suintante; ces attouchements ne sont pas douloureux, si l'on ne touche que les fongosités. Si les végétations forment une masse résistante, on peut la détruire avec le *cautére électrique* dont l'action est vive et rapide.

Lermoyez recommande son emploi dans les cas de fongosités au niveau du mur de la logette ou de la membrane de Schrapnell; on peut également l'utiliser pour détruire les végétations abondantes masquées en partie par un vestige du tympan atrophique ou au contraire fongueux lui-même. Toutes ces applications doivent être surveillées les jours suivants. Je recommande, après de Trœltsch, de respecter la fongosité qui souvent cache l'étrier, ou au moins d'opérer avec légèreté à ce niveau; enfin, je conseille de toucher avec vigueur au-dessous du sourcil du promontoire et en arrière pour dégager la fenêtre ronde.

On applique volontiers les procédés de la grande chirurgie à l'otiatricque, sans trop réfléchir aux conditions anatomiques toutes particulières de la cavité tympanique, anfractueuse et traversée par des organes importants. On se sert de la curette tranchante de Wolf pour la caisse. Le curettage est déjà plus simple et facile quand tympan et chaîne ont disparu; mais il exige toujours beaucoup de légèreté de main, et une grande prudence. Il doit toujours être précédé et accompagné d'une inspection des parois au moyen du stylet boutonné aseptique, qui reconnaît les séquestres, les caries, les osselets déplacés ou masqués sous les fongosités.

Pour curetter l'attique, on emploie de fines curettes coudées, et l'on doit enlever les têtes des osselets au besoin. Mais comment ne pas craindre le curettage de la voûte ou paroi méningée de la caisse? Ou de gratter au-dessus de la fenêtre ovale, au niveau du canal de Fallope? Et sur la paroi inférieure, au confluent veineux? Le curettage est plus brillant que sûr. Avec beaucoup d'auristes, je préfère un peu plus de lenteur, associée à un peu de ténacité et de continuité dans les soins qui n'offrent aucun danger (bains, attouchements, etc.), après l'ablation des plus grosses masses. Quand la paroi interne de la caisse est devenue plane, continue, par l'effet des ostéites anciennes, il n'y a plus rien qui s'oppose à un curettage complet. Le chloroforme est un bon aide, en pareil cas, pour faire bien.

9^o Polypotomes. — Serre-nœuds de Wilde, de Gruber, etc.

L'oreille coule d'une façon continue, souvent intermittente; c'est une fongosité polypiforme qui bouche inégalement le conduit, ou la perforation tympanique, ou la fistule mastoïde. La tumeur libre, mobile, pédiculée, est enlevée avec le serre-nœud, dont l'anse métallique est glissée entre elle et la paroi du conduit, jusqu'au point d'insertion, lequel est le plus souvent dans la caisse. On serre l'anse, sans traction; léger écoulement de sang; on extrait la tumeur, si elle ne vient pas avec l'instrument; on panse à sec, puis on touche le pédicule avec un pinceau trempé de *perchlorure de fer*, ou l'on verse un bain, s'il y a des fongosités, dans la caisse: pansements antiseptiques simples; traitement de l'otorrhée, s'il y a une lésion de la cavité (*alcool boriqué* en bain; ouate et *phéno-salyl*).

Les récidives sont faciles si l'on cesse ces soins consécutifs; défendre les bains de mer, ordonner le *sirop iodotannique* et l'air de la campagne; opérer les adénoïdes pour lutter contre la tendance à végéter tenace chez les enfants.