

logiste doit modifier la thérapeutique suivant les indications cliniques.

Nous ajouterons que les irrigations et les pansements ne peuvent être efficaces, que si la perforation du tympan est assez large pour laisser pénétrer les agents médicamenteux dans la caisse. Or, il y a des cas assez rares où l'ulcération tympanique est petite ou masquée par le relief de la paroi antérieure du conduit auditif.

On conçoit alors que la première indication à remplir soit l'agrandissement de la voie d'accès dans la caisse, et celui-ci est d'autant plus nécessaire que le malade est exposé à des accidents de rétention.

On ne peut pas se servir d'un instrument tranchant pour débrider les bords de ces perforations : la plaie chirurgicale du tympan se cicatrise en quarante-huit heures et l'effet de l'intervention est perdu pour le malade. On peut employer une perle d'acide chromique ou une pointe de galvano-cautère. La première est plus facile à manier que la seconde, qui ne peut être manœuvrée sans inconvénient que par une main exercée.

Le résultat suivant est un des plus heureux qu'on puisse obtenir.

Sch..., 23 ans, entré le 25 août à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, salle 13.

Otorrhée depuis 4 ans, avec des intermittences dans l'abondance de l'écoulement. De temps en temps quelques douleurs sourdes dans l'oreille. Eblouissements fréquents. Montre à 0<sup>m</sup>05.

Le tympan est rouge et infiltré. Il paraît bombé en dehors. En avant et en bas, toute petite perforation un peu masquée par la paroi antérieure du conduit.

N'ayant obtenu aucun résultat d'un traitement régulier pendant un mois, nous attribuons à une rétention intratympanique les phénomènes douloureux et la persistance de la suppuration.

Fin septembre, élargissement de la perforation au galvano-cautère.

Après la cautérisation, quelques légères douleurs avec élancements. *Augmentation très notable de l'écoulement*, avec quelques stries sanguines.

Le 12 novembre, l'écoulement est terminé. Le tympan est un peu injecté ; et les bords de la perforation sont accolés à la paroi labyrinthique. Montre à 0<sup>m</sup>10.

Enfin, il faut savoir modifier le pansement, quand il survient

une inflammation du conduit auditif. La gaze iodoformée ou le tampon ouaté, si petit qu'il soit, serait alors mal toléré et pourrait déterminer une obstruction complète du conduit et un obstacle à l'écoulement des liquides.

On doit se borner à de grands lavages du conduit et à l'instillation de glycérine phéniquée. On fait incliner fortement la tête du malade sur l'épaule saine de façon que le conduit auditif devienne à peu près vertical et on l'emplit de glycérine jusqu'au méat. Un gros tampon de coton est ensuite placé dans la conque.

Ainsi que nous l'avons déjà dit : c'est après de nombreux essais que nous nous sommes arrêté aux formules précédentes.

Nous avons tout d'abord employé, comme pansement sec, l'acide borique porphyrisé, suivant les préceptes de Bezold. Quand l'écoulement sero-purulent était réduit à un léger suintement, nous faisons une douche d'air dans la caisse, nous asséchions le conduit auditif avec des tampons de ouate et nous insufflions de la poudre d'acide borique dans le tiers interne du conduit ; le méat était bouché avec de l'ouate antiseptique.

Il a fallu renoncer à ce mode de traitement : les oreilles devenaient douloureuses par rétention de la sécrétion ou les malades se plaignaient de lourdeurs de tête et nous avons la conviction que l'acide borique a occasionné dans un cas une mastoïde suppurée. Ces jours derniers, nous avons eu encore la preuve de l'inconvénient du traitement de Bezold : un malade, pansé de la sorte par un de nos collègues, a été pris de céphalalgie, d'inappétence et d'insomnie, accidents que le nettoyage du conduit auditif a fait disparaître en quarante-huit heures. « Je ne suis pas surpris de souffrir, nous disait le malade, puisque les douleurs apparaissent quand l'écoulement cesse, et s'en vont avec le retour de l'écoulement. Je sens que la poudre boriquée fait un bouchon au fond de l'oreille. »

Nous avons cru un moment trouver dans le naphthol camphré le spécifique des otorrhées. Mais c'est un liquide très irritant pour le conduit auditif. Il produit de la dermatite et souvent des adénites parotidiennes, encore qu'il soit appliqué en très petites quantités et que les tampons aient été pressurés.



Il n'est pas jusqu'aux solutions de nitrate d'argent si bien supportées par toutes les muqueuses que nous n'ayons utilisées à des titres divers. Si elles ne font pas mal, elles ne font aucun bien, c'est tout ce qu'on en peut dire.

Nous avons été heureux de constater longtemps après l'adoption définitive des modes de traitement précédents que plusieurs otologistes étaient arrivés aux mêmes conclusions. C'est ainsi que Hamon du Fougeray (*Annales des maladies de l'oreille*, 1896, p. 558), emploie également la gaze iodoformée, à peu près dans les conditions que nous avons exposées. Mais notre distingué collègue n'insiste pas sur la différence de valeur de ce pansement dans les cas de sécrétions liquides et de sécrétions grasses et épaisses. Nous pouvons affirmer que la gaze iodoformée ne donne pas de bons résultats dans ces derniers cas.

Au début de notre pratique, nous faisons de temps en temps une insufflation d'air dans la trompe pour faciliter l'expulsion du pus. Mais nous y avons renoncé : le bénéfice que les malades en tiraient n'était pas en rapport avec l'ennui du passage de la sonde dans les fosses nasales.

Telles sont les règles de thérapeutique que nous suivons depuis trois années, et qui nous ont donné de très bon résultats.

Mais nous devons reconnaître que le choix des agents médicamenteux est moins important que les soins avec lesquels le traitement est dirigé. Il faut procéder avec prudence et douceur. L'oreille se révolte facilement contre les manœuvres violentes, et l'on peut amener des complications graves chez des sujets, qui n'avaient, depuis plus de vingt ans, que l'inconvénient apparent d'un léger suintement dans le conduit auditif. Nous avons été témoin de quelques faits regrettables causés par les premiers essais de médecins inexpérimentés.

Si l'on veut guérir une otorrhée, il faut la traiter chirurgicalement avec les précautions qu'on apporte au traitement des plaies découvertes, et aussi avec la conscience qu'impose la confiance du malade.

Il est à peine besoin de dire qu'il est nécessaire de joindre au traitement local une désinfection du rhino-pharynx, si celui-ci

est le siège de lésions susceptibles de réchauffer l'inflammation de la caisse.

L'exploration des fosses nasales et de la gorge est un complément obligatoire de l'examen de l'oreille; et en admettant même que le malade ne soit que très peu incommodé par l'état pathologique de la muqueuse rhino-pharyngée, il faut lui faire comprendre les rapports qui relient cette muqueuse à l'oreille, et l'importance du traitement simultané des deux régions. Nous n'énumérerons pas ici les altérations du rhino-pharynx si fréquentes chez les otorrhéiques, ni les moyens thérapeutiques qu'on leur oppose : là encore s'imposent les deux principes de rendre la perméabilité aux conduits nasaux pharyngés et de désinfecter la muqueuse.

Enfin, l'état général doit être l'objet de l'attention du médecin; il y a des otites qui ne sont que des maladies locales, et d'autres qui sont des manifestations d'un mauvais état général. Il faut faciliter la réparation de ces dernières en fortifiant l'organisme. Le docteur Gellé a lu au Congrès international de Florence (septembre 1895) un remarquable mémoire sur ce sujet. Les toniques, les reconstituants, la vie au grand air surtout doivent être prescrits aux lymphatiques et aux tuberculeux. On peut leur donner des amers, des solutions arsenicales, et de l'huile de foie de morue créosotée.

Nous avons l'habitude de conseiller aux malades un peu pâles, aux chaires molles qui sont aptes aux écoulements de toutes les muqueuses, des lotions froides faites chaque matin au réveil. Elles ne nécessitent ni appareils ni dépenses : une éponge et une serviette suffisent à leur application; ce qui manque le plus, c'est la persévérance.

#### B. — Traitement des polypes.

Le seul traitement des polypes est leur ablation.

L'ablation des polypes est indiquée dès leur apparition ou leur constatation. Elle exige deux précautions préliminaires : l'anesthésie et l'antisepsie du conduit auditif. On assure l'anesthésie locale avec une solution de cocaïne au 1/15 dont on emplit le conduit auditif du malade, dix minutes avant l'opération.