

conseillent, au début, d'essayer la thérapeutique abortive, à l'aide de cautérisations énergiques, soit avec le nitrate d'argent, soit avec une solution forte de sulfate de zinc (2 à 3 p. 100).

Il est préférable, à cette période, de s'adresser aux antiphlogistiques, aux instillations d'eau stérilisée chaude ou de liquides émoullissants ou narcotiques, à des applications de compresses chaudes, renouvelées sans cesse.

En cas de réaction intense, recourir à l'application de sangsues, en avant du tragus.

Mais, règle générale, inciser le furoncle, dès qu'on le pourra : si le pus n'est pas formé, l'incision prévient la tension douloureuse des tissus, si le pus est collecté, la sortie du bourbillon sera facilitée.

La peau du segment cartilagineux est dure, épaisse, le siège de l'abcès profond ; l'incision, faite avec un bistouri droit et pointu, doit, elle aussi, être profonde.

Il faut faire suivre cette incision de fréquents lavages à l'eau boricuée. Il sera bon de conseiller au malade de faire examiner parfois son oreille, afin de prévenir la formation de bouchons de cérumen, causes d'obstruction du conduit, par suite de nouveaux furoncles.

2° Otite externe diffuse.

Nous avons défini l'otite externe diffuse, l'inflammation de la peau du conduit auditif, qui peut être envahi en entier, y compris le revêtement cutané du tympan.

Nombreuses, trop nombreuses sont les divisions suivies par les auteurs dans la description de cette otite externe : les termes ont été multipliés sans raison et la question n'a fait qu'y gagner en obscurité.

Certains ont décrit des otites traumatiques, rhumatismales, dartreuses, exanthématiques, blennorragiques, parasitaires, variétés basées sur l'étiologie ; — catarrhales, purulentes, suivant la nature de l'écoulement ; — cutanées, périostiques, d'après le point de départ de la lésion.

Cette dernière classification, d'abord, repose sur une erreur. Il est bien avéré aujourd'hui que le processus débute toujours par la couche cutanée pour envahir secondairement le périoste. — Peau et périoste forment, dans la moitié interne du conduit, une seule et même membrane et le périoste se détache plutôt de l'os sous-jacent que de la peau, quand on veut disséquer celle-ci. Toute inflammation portant sur la couche cutanée retentira bien vite sur le périoste, et l'otite sera cutanéopériostique.

Quant aux dénominations d'otites catarrhale, purulente, elles ne visent que les degrés de l'affection.

Étiologie. — C'est une affection de tous les âges, fréquente chez

les enfants, même chez le nouveau-né. Chez l'enfant nous trouvons l'influence prédisposante de la dentition ; parfois chaque éruption de dent provoque une poussée d'otite externe.

Nous retrouvons, importante, l'influence des traumatismes : introduction de corps étrangers, tentatives maladroites et brutales pour les extraire, instillation de liquides irritants soit par leur température, soit par leur causticité ; les concrétions cérumineuses, laissées à demeure, peuvent enflammer les parois du conduit.

Toute fièvre éruptive peut envahir le conduit : variole, scarlatine, rougeole, érysipèle ; l'épiderme desquamé : plus de barrière défensive vis-à-vis des éléments microbiens qui vivent à la surface de la peau.

Même rôle prédisposant joué par l'eczéma du conduit auditif : les fièvres graves comptent l'otite externe parmi leur complications. Bordier en a signalé un cas dans le cours du choléra.

On a même décrit une otite externe blennorragique, développée à la suite du transport du pus sur la peau du conduit. Des exemples en ont été rapportés par Hunter et Vigouroux, puis par Itard et Triquet, mais ces observations prêtent à discussion et, pour Duplay, l'otite blennorragique est loin d'être démontrée.

Une dernière variété étiologique intéressante, c'est l'otite parasitaire, la mycomyngite, le myringomycosis, décrite par Mayer, Pachini, Schwartz, Weber, l'élément parasitaire appartiendrait au genre *Aspergillus*, dont les différentes variétés auraient été rencontrées (*penicillatus*, *glaucus*, *flavescens*). Trötsch insiste sur cette variété d'otite, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, et en relate un cas personnel. On discute pour savoir quel est l'élément primordial en jeu : est-ce le parasite qui, installé le premier, provoque toute la série des lésions de l'otite diffuse ? ou bien préexistait-il des troubles de nutrition de la peau, desquamation intense, troubles de sécrétion, obstruction du conduit, qui serviraient de point d'appel au parasite ? Toutefois Siebenmann déclare que l'*Aspergillus* ne devient pathogène que sur une peau déjà malade, altérée dans sa nutrition, à surface ulcérée et le meilleur terrain de culture serait le sérum.

Le parasite repose sur la couche de Malpighi, où il forme des taches noirâtres, plus ou moins étendues, comparées comme aspect à du papier de journal mouillé : le tympan est souvent envahi.

Symptomatologie. — Les symptômes du début sont constitués par une sensation de démangeaison dans l'oreille, de sécheresse, de chaleur ; le malade souffre d'une envie impérieuse de se gratter, et, bien souvent, la satisfaction de ce désir est douloureuse.

Cette sensation augmente d'intensité, elle devient douleur véritable, analogue à une brûlure, qui se manifeste sous forme d'élançements, gagne en profondeur, devient pongitive, térébrante et s'irradie dans la moitié correspondante de la tête, le long de la mâchoire ; il y a des

bourdonnements d'oreille; le patient perd le sommeil, il a de l'agitation, de la fièvre.

Ces symptômes douloureux augmentent d'acuité au moindre choc subi par le pavillon. Tout mouvement du maxillaire inférieur, l'acte de déglutir, de bâiller, la toux, l'éternuement provoquent une exacerbation et ces phénomènes douloureux seront d'autant plus vifs que l'inflammation aura envahi le cartilage du conduit.

Le pavillon de l'oreille, les lèvres du méat externe peuvent conserver leur aspect normal, mais, le plus souvent, il y a tuméfaction.

La sensibilité est très vive, nous l'avons vu, à tout contact; aussi l'examen de l'oreille, la traction du pavillon arrachent des cris au malade.

Le tympan participe souvent à l'inflammation et cet envahissement se traduit par une abolition plus ou moins complète de l'ouïe.

Si l'on parvient à examiner le fond de l'oreille, on constate une forte injection, une hyperhémie manifeste du tympan et du revêtement cutané de la portion profonde du conduit, la minceur de l'épiderme permet à ce niveau de constater la vascularisation du derme, dans les autres segments du conduit, il y a tuméfaction, boursoufflement, infiltration de la peau.

Telle est la période de réaction inflammatoire, qui dure deux à trois jours, et à laquelle succède la période d'écoulement; en effet, en même temps qu'une détente dans les symptômes douloureux, se produit un écoulement, d'abord séreux, puis muqueux, quelquefois purulent.

Le tympan, les parties profondes du revêtement cutané sont le siège d'une desquamation abondante. Le conduit auditif se remplit de lamelles blanchâtres, humides, et Trölsch raconte que, parfois, il lui est arrivé de retirer du conduit des lames blanchâtres, humides, de la forme et de la grandeur de la membrane du tympan, pourvues d'un prolongement tubuliforme, détaché du fond du conduit. En général, plus la réaction douloureuse a été vive, plus les lames de desquamation sont épaisses.

L'écoulement établi persiste un certain temps, pour disparaître parfois complètement; plus souvent, il tend à la chronicité, surtout si on néglige de le traiter, il peut durer même toute la vie, avec des alternatives d'aggravation et de rémission.

Complications. — L'otite externe n'avait envahi, jusqu'alors, que la couche cutanée, mais l'inflammation peut gagner en profondeur. Le périoste, les couches superficielles de l'os sont attaqués. L'otite est cutanéopériostique, alors la réaction douloureuse présente une acuité particulière.

Toutefois, d'après Duplay, l'otite externe périostique est rare, au moins comme affection isolée. Presque concurremment il y a un catarrhe purulent de la caisse, perforation ou destruction de la membrane tympanique.

Le tympan, au cours de violentes inflammations de l'oreille externe, peut se perforer: il y a myringite, et myringite destructive.

Ou bien le tympan se sclérose en partie: il s'épaissit; un certain degré de surdité en est la conséquence.

Pronostic. — L'otite externe aiguë, dans sa forme légère, comporte un pronostic bénin. Mais dès qu'elle se montre violente, il faut toujours penser aux complications du côté du tympan ou de l'oreille moyenne, à la perte plus ou moins totale de la fonction auditive. Enfin il ne faudra pas oublier qu'elle passe souvent à l'état d'otite chronique.

Diagnostic. — En présence des phénomènes douloureux dont le conduit auditif est le siège, il est souvent difficile de se prononcer entre: furoncle simple et otite externe diffuse. Le rétrécissement du conduit, la sensibilité douloureuse rendent l'examen presque impossible.

Cependant, dans un cas, la localisation de la tuméfaction, de l'infiltration, de la douleur, la possibilité d'apercevoir la saillie furonculaire, de la toucher avec le stylet, sont autant d'éléments qui imposeront le diagnostic: abcès folliculaire du conduit.

Dans l'autre, la tuméfaction généralisée, la participation de tout le conduit, de la membrane tympanique même plaident pour l'otite diffuse.

Avec celle-ci, la suppuration est plus rapide, la lésion superficielle. Le furoncle est profond, en plein derme, et le pus apparaît plus tard.

Il serait avantageux de pouvoir diagnostiquer les complications qui peuvent apparaître, en pleine période aiguë, du côté du tympan. On pourrait, en connaissance de cause, réserver son pronostic, mais il est impossible de voir l'état du tympan, et ce n'est qu'en tenant compte de l'intensité des phénomènes locaux et généraux que l'on peut présumer des désordres graves, survenus dans le fond du conduit.

Traitement. — Il faut faire appel aux antiphlogistiques, sous forme de saignée locale.

L'application de quelques sangsues au-devant du tragus exerce une influence sédative très nette sur la douleur.

Beaucoup d'auteurs préconisent l'instillation de quelques gouttes d'huile additionnée d'un antiseptique. Il est préférable de recourir aux bains d'oreille: on fait incliner la tête du malade du côté sain et on lui verse dans l'oreille malade de l'eau boriquée chaude ou de la décoction de pavots. On laisse en contact pendant une dizaine de minutes.

Duplay préconise, dans les formes très douloureuses, l'instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/25.

On renouvelle les bains d'oreille toutes les heures. Dans l'intervalle, on appliquera les compresses d'eau bouillie, maintenues toujours humides.

Le traitement chirurgical n'est pas de mise, il ne donne que de mauvais résultats.

La période aiguë terminée, l'écoulement se produit. Il faut assurer l'antisepsie relative du conduit par des lavages tièdes. Il faut agir avec douceur et bien recommander de redresser la courbure du conduit, en portant le pavillon en haut et en arrière.

Si le conduit reste encombré de lames de desquamation, on fera bien de les enlever avec des pinces.

Enfin, si le microscope révèle l'existence de parasites de mucédinées, recourir aux instillations d'alcool pur ou additionné de 2 à 4 p. 100 d'acide salicylique.

3° Otite externe chronique.

Étiologie. — Elle peut être l'aboutissant d'une otite externe aiguë, mal soignée, ou bien peut évoluer telle d'emblée, chez les sujets entachés d'une diathèse, chez les scrofuleux, les arthritiques, les eczémateux. La femme adulte y paraît spécialement prédisposée.

On a décrit une otite externe chronique consécutive au développement de plaques muqueuses de l'entrée du conduit.

Symptomatologie. — Quand l'otite externe chronique s'installe, précédée d'une phase aiguë, on assiste à la disparition de tous les signes de réaction inflammatoire. Il ne persiste qu'un état légèrement douloureux du conduit, avec un écoulement plus ou moins abondant.

Dans la forme chronique d'emblée, le début est insidieux. L'affection se crée lentement, sans tapage, sans que le malade puisse préciser à quel moment l'oreille a été prise.

Cette forme, selon Tröltzsch, s'observe le plus souvent, chez les enfants, et quand on la constate chez les adultes, bien souvent il s'agit du réveil d'une otite datant des premières années de l'existence.

Bref, le seul symptôme, traduisant ce trouble morbide, c'est une sensation de démangeaison, d'agacement, de tension dans l'oreille avec surdité plus ou moins accentuée.

Quelquefois même il n'existe aucun phénomène subjectif; le seul signe de l'otite chronique, c'est l'écoulement.

Cette otorrhée est très variable, quant à sa nature et à son abondance.

Elle peut ne se manifester que par quelques gouttes de sérosité claire ou muco-purulente, qui humectent le méat externe. C'est, plutôt alors à une forme douloureuse que l'on a affaire. Les malades se plaignent de bourdonnements, de cuisson, de tension pénible. A l'examen au spéculum, gêné souvent par un rétrécissement du conduit, on aperçoit une surface cutanée, recouverte de lames épider-

miques blanchâtres, humides, imbibées de sécrétions purulentes, ces lames de desquamation, parfois peu adhérentes, se détachent, encombrant la lumière du conduit et forment corps étranger, ou bien elles adhèrent solidement à la paroi: leur extraction est douloureuse, le derme est ulcéré et saigne.

Le tympan est caché par les mêmes lamelles de desquamation, nombreuses, épaisses. Si on parvient à les détacher on voit une membrane rouge injectée, épaissie, laissant à peine voir le manche du marteau.

Dans la seconde forme, la forme humide, l'otorrhée est considérable, presque continue, variable aussi dans ses caractères; ou bien c'est un pus épais, bien lié, ou bien un liquide séreux, clair. — Quelquefois il exhale une odeur nauséabonde.

L'examen montre la surface interne du conduit, cachée par un enduit purulent; par places on aperçoit des croûtes brunâtres qui, après leur chute, laissent voir un derme ulcéré, fongueux. Le tympan est injecté, épaissi. Le conduit est parfois uniformément rouge, et ressemble à la muqueuse conjonctivale atteinte de granulations.

Marche. — **Durée.** — L'otite externe chronique est désespérante par sa ténacité, le malade passe par des alternatives d'aggravations et de rémissions; le froid, l'humidité provoquent une accentuation des symptômes.

Les malades négligent souvent les soins nécessaires à la guérison, excités en cela par quelques médecins qui partagent ce préjugé que la suppression d'un écoulement peut être nuisible pour la santé, ou que, s'il s'agit d'un enfant, la guérison se fera d'elle-même, par les progrès de l'âge.

L'affection devient alors presque incurable, et suit le malade jusqu'à la mort, bien heureux s'il ne survient pas quelques complications pouvant mettre sa vie en danger.

Complications. — Au cours d'une poussée aiguë, le tympan peut s'ulcérer, se perforer même, l'infection gagne la caisse et l'otite moyenne est constituée avec toutes ses conséquences. La perforation du tympan peut se faire peu à peu, le pus, séjournant dans le fond du conduit, macère la membrane et détermine sa fonte purulente. Sur les parois enflammées du conduit des bourgeons charnus se développent, ils partent quelquefois de la surface cutanée du tympan. Ces masses polypeuses augmentent de volume, ferment le conduit et déterminent de la surdité, en même temps qu'elle provoquent des hémorragies et un écoulement plus abondant.

Nous savons que le périoste et la couche cutanée sont intimement unis à la partie profonde du conduit, aussi la participation du périoste et de l'os au processus inflammatoire n'a rien qui doive surprendre. Cette ostéopériostite complique très souvent le catarrhe purulent de la caisse; toutefois elle existe parfois seule, et s'ajoute à l'otite

externe. Dès que le périoste est envahi, le symptôme douleur s'accuse avec des caractères particuliers : d'abord sourdes au début, profondes, les douleurs deviennent vives et térébrantes, avec exacerbations nocturnes. Le conduit se tuméfie davantage, son calibre se rétrécit, la paroi supérieure paraît s'abaisser. Cette tuméfaction du conduit est œdémateuse; la peau est rosée plutôt que rouge; enfin le contact du stylet ne réveille de douleurs que si l'on appuie fortement.

Ainsi installée, cette ostéopériostite peut s'arrêter et guérir sans suppuration, ne laissant comme trace qu'un épaissement de la paroi supérieure du conduit, ou bien il se fait des poussées aiguës avec formation de pus, la peau s'ulcère, des parcelles d'os se nécrosent, des séquestres tendent à s'éliminer, et le spéculum montre le conduit rempli de fongosités baignant dans le pus.

L'ostéopériostite peut ne pas pousser aussi loin ses lésions destructives, mais s'étaler, gagner en superficie. Le périoste de la mastoïde se prend, la région devient douloureuse, tuméfiée et rouge. Plus rarement, l'écaïlle du temporal se laisse envahir. Tous les degrés peuvent s'observer dans l'intensité de l'inflammation, depuis la tuméfaction douloureuse guérissant vite, jusqu'à la formation d'abcès périostiques.

Si la périostite descend, elle envahit l'articulation temporo-maxillaire, qui devient le siège d'une arthrite purulente.

Enfin il est une complication, redoutable au premier chef et qui assombrit le pronostic de l'ostéopériostite du conduit, c'est la propagation possible aux méninges et au cerveau. En effet, la paroi supérieure du conduit auditif osseux, formée d'une lame peu épaisse, répond à la fosse cérébrale moyenne. Chez l'enfant, cette lame est très mince et, de plus, creusée, comme chez l'adulte, de canaux qui permettent aux vaisseaux veineux et lymphatiques de transporter dans le crâne les germes infectieux venus du conduit.

Sans lésion aucune du tympan et de la caisse, il peut donc se développer une complication encéphalique ou méningée, à la suite d'une simple otite externe chronique. Trölsch pense même que cette complication est plus fréquente qu'on ne le pense. A l'autopsie, on trouve les lésions habituelles, abcès du cerveau, méningite purulente, thrombose du sinus latéral, du sinus transversal. Toynbee, Gall rapportent des cas nettement confirmatifs.

Pronostic. — On peut donc dire qu'une affection qui comporte de tels dénouements est d'un pronostic des plus sombres. Cependant un traitement bien dirigé et persévérant peut prévenir ces accidents. L'otite externe chronique n'en reste pas moins une affection grave par sa résistance au traitement.

De plus, à côté de complications graves, mortelles, l'otite externe peut amener des rétrécissements du conduit, des lésions de l'oreille moyenne qui provoquent la surdité.

Diagnostic. — Le tableau clinique est assez net pour permettre un diagnostic facile : otorrhée plus ou moins abondante, symptômes douloureux vagues, augmentant de temps en temps, longue durée de l'affection, constatation des lésions au spéculum.

L'ostéopériostite, point de départ des complications graves, a des caractères propres qui permettent de la reconnaître.

Traitement. — Le traitement général est des plus importants, car l'otite est souvent sous l'influence d'une diathèse. L'huile de foie de morue, les préparations iodées seront prescrites aux lymphatiques, aux enfants surtout. Les eczémateux se trouveront bien l'usage des préparations arsenicales. Un traitement spécifique sera donné aux syphilitiques.

Le traitement local peut se résumer en un mot : antiseptie persévérante du conduit sous forme de lavages, d'instillations.

En première ligne, on devra recourir aux grands lavages de l'oreille, faits plusieurs fois par jour, avec une solution chaude légèrement antiseptique. Ces lavages de l'oreille seront faits sans violence, de crainte de blesser le tympan souvent ramolli, et de propager ainsi l'infection à la caisse.

Après avoir ainsi nettoyé le conduit par quatre ou cinq lavages par jour, on cherchera à modifier l'état des parois par des instillations de liquides astringents ou légèrement caustiques et antiseptiques.

Les insufflations de poudres sont un moyen peu recommandable; elles forment, avec le pus qui séjourne dans le conduit, des magmas plus ou moins denses, difficiles à enlever, et vont à l'encontre du but que l'on se propose.

Si, malgré ce traitement rationnel, des complications périostiques ou osseuses surviennent, il ne faudra pas trop s'attarder aux moyens révulsifs, souvent recommandés, mais plutôt chercher, par une intervention chirurgicale, à limiter le processus, à donner au pus une issue à l'extérieur, après avoir nettoyé et cureté le foyer osseux.

Exostoses du conduit auditif. — Ces tumeurs osseuses du conduit auditif, étudiées d'abord par Toynbee, ont été examinées ensuite par Triquet, Welcker, Bonnafont.

Étiologie. — Le chapitre étiologie est cependant plein d'obscurités. Toynbee rattache ces exostoses à la diathèse gouteuse, Triquet à la syphilis.

Duplay et Urbantschitsch rejettent cette origine et les attribuent à un vice de développement; ce dernier auteur appuie son opinion sur la constatation suivante : sur la paroi supérieure du conduit, immédiatement en avant du tympan, on trouve, chez quelques sujets, deux renflements osseux, situés l'un en haut et en avant, l'autre en haut et en arrière, et cela des deux côtés, symétriquement; ces deux saillies répondent aux points de soudure primitifs de l'anneau tympanique avec le temporal et se développeraient sous l'influence d'une

irritation quelconque, pendant l'enfance, peut-être la sécrétion purulente de l'oreille moyenne.

Seeligmann aurait observé que ces tumeurs se rencontraient fréquemment chez certains crânes américains dolichocéphales.

Anatomie pathologique. — C'est à la partie profonde du conduit qu'elles se développent, et à la paroi postéro-supérieure.

On en trouve une seule parfois assez volumineuse pour obstruer tout une partie de la lumière, ou bien le conduit est hérissé en divers points d'exostoses de grosseur variable.

Wilde et Bonnafont les décrivent unilatérales, Tröltzsch, bilatérales. Elles sont sphériques, sessiles ou pédiculées, elles peuvent encore se développer sous la forme plan-convexe, pouvant atteindre une grande surface.

Quant à la structure histologie, peu de chose de précis : il s'agit de tissu compact et rarement de tissu aréolaire, voilà tout.

Symptomatologie. — La symptomatologie fonctionnelle, la seule qui attire l'attention du malade est tardive. C'est la diminution de l'acuité auditive, quelquefois la douleur du fond de l'oreille, qui engage le malade à consulter.

L'exostose seule ou l'exostose doublée d'une couche de cérumen et de squames épidermiques obstrue le conduit.

Duplay raconte l'observation d'un jeune homme, porteur d'une exostose oblitérant complètement le conduit auditif, et dont les premiers symptômes avaient été de vives douleurs, irradiant à tout le côté de la tête, et revêtant l'aspect d'accès névralgiques.

Le siège de l'exostose paraîtrait jouer un rôle dans la réaction douloureuse : plus elle est profonde, plus la douleur serait vive.

A l'examen de l'oreille on voit l'une des parois du conduit auditif, en général la postéro-supérieure, hérissée d'une, de plusieurs saillies mamelonnées, recouverte d'une peau saine sans injection, quelquefois un peu rouge.

Le stylet renseigne sur la consistance de cette tumeur qui est dure, d'une dureté ligneuse, peu sensible ; il peut y avoir en même temps otite externe concomitante par rétention du cérumen, et infection par saprophytes venus du dehors, trouvant, dans cette rétention cérumineuse, un milieu de culture.

Marche. — L'exostose peut s'arrêter dans son développement. Mais jamais elle ne rétrocede et se manifeste par sa tendance à envahir toute la lumière du conduit.

Alors, si on l'abandonne à elle-même, l'otite externe se développe, puis la myringite et l'inflammation de la caisse, avec toutes ses conséquences.

Diagnostic. — Il est facile, en général. Le malade se plaint de surdité, de bourdonnements. On constate aisément, dans le fond du conduit, à sa paroi supérieure, la petite tumeur mamelonnée, faisant hernie, et cause de tout le mal.

S'il y a accumulation de cérumen, si l'exostose est recouverte de débris épidermiques, on peut hésiter. A ce simple examen, on croit à un furoncle, à une hydrosadénite.

Mais le stylet renseigne sur la consistance, sur l'état de sensibilité.

Le lavage de l'oreille permet de constater l'absence de zone d'injection : on se trouve bien en présence d'une tumeur ligneuse, indolore et recouverte de peau saine.

Traitement. — Tant que l'exostose, par ses petites dimensions, ne gêne pas la fonction auditive, s'abstenir de tout traitement : il faudra simplement assurer la propreté du conduit par les lavages quotidiens qui préviendront l'accumulation de cérumen.

Mais dès que la lumière est oblitérée de telle façon que la fonction est compromise, dès que l'exostose s'accompagne d'irradiations douloureuses, dès que l'on redoute l'inflammation du tympan, et par suite de l'oreille moyenne, il faut intervenir chirurgicalement, enlever ou diminuer la tumeur.

Si l'on remarque que la peau doublant l'exostose est très épaisse, l'ablation de plusieurs couches épidermiques pourra soulager le malade : le traitement se bornera là.

Toynbee avait recours au traitement iodé : teinture d'iode ou glycérine iodée, en badigeonnages.

Quelques résultats heureux, obtenus par Wreden, plaident en faveur de l'efficacité de ce procédé médical.

On a préconisé l'emploi de tiges de *laminaria*, de bâtonnets d'ivoire, qui dilatent le conduit en exerçant une compression assez forte sur l'exostose pour causer la nécrose et l'élimination des parties superficielles de l'os.

Ces procédés sont douloureux et ouvrent la porte à l'infection.

Le procédé le plus sûr, le plus rapide, c'est l'ablation avec la gouge fine et le maillet.

Les exostoses limitées se détachent facilement avec quelques coups de marteau.

Pour celles à large base, à l'entrée du méat, il est bon de détacher d'abord la peau et le périoste : dans le cas d'exostose plus profonde, de décoller le pavillon et le méat cartilagineux.

L'ébranlement du labyrinthe par les coups de marteau peut déterminer le développement d'une surdité nerveuse qui disparaît d'ordinaire complètement par l'application de révulsifs sur la mastoïde.

Si le conduit est totalement oblitéré, il est préférable de creuser un véritable tunnel dans le massif osseux, et de rétablir un nouveau conduit. On s'est servi, dans ce but, du perforateur des dentistes américains. Deux opérations, pratiquées par les D^{rs} Mallhewson et Field, ont donné de bons résultats.