

correspondant de la tête. Les douleurs sont quelquefois tellement violentes qu'elles empêchent tout sommeil, déterminent une agitation continuelle et même du délire. Il existe alors presque toujours un mouvement fébrile léger.

Les troubles fonctionnels sont variables et en rapport avec l'intensité de l'inflammation et les complications qui peuvent survenir du côté des parties profondes de l'oreille. En général, les malades se plaignent d'une surdité plus ou moins marquée, de pulsations et de bourdonnements continuels.

Si l'on examine à cette période le conduit auditif (ce qu'il faut toujours faire avec de grands ménagements en raison des douleurs provoquées par l'exploration), on constate un rétrécissement marqué produit par le gonflement de la peau qui présente, surtout vers les parties profondes du conduit, une rougeur intense. Celle-ci est quelquefois masquée, principalement dans la portion cartilagineuse du canal, par une exfoliation épidermique abondante; c'est ce qu'on observe en particulier dans l'eczéma du conduit.

Il est de règle que la membrane du tympan participe à l'inflammation diffuse du conduit; aussi peut-on constater les signes objectifs de la myringite qui seront décrits plus tard.

Après une durée moyenne de deux à trois jours, les symptômes s'amendent en même temps qu'il se produit par l'oreille un écoulement séro-purulent, puis franchement purulent. On devra pratiquer l'analyse bactériologique du pus qui contiendra des microbes divers, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, etc., des micro-organismes non pathogènes, tétragènes, pyocyaniques, etc. (1). La quantité de liquide est très variable: quelquefois elle est assez considérable pour constituer une forme d'otorrhée, c'est ce qu'on observe principalement dans les otites de causes externes; dans d'autres cas, et surtout dans la forme eczémateuse, l'écoulement est assez peu abondant pour passer presque inaperçu. Mais si l'on examine à ce moment le conduit, on trouve ses parois tapissées par des lamelles épidermiques, blanchâtres, comme macérées, quelquefois assez abondantes pour obstruer complètement la lumière du canal. Cette accumulation de lamelles épidermiques existe surtout vers les parties profondes, au voisinage de la membrane du tympan qui contribue par l'exfoliation de sa face externe à la production de ces masses.

C'est dans cette variété d'otite externe qu'on a constaté dans quelques cas l'existence de parasites que Mayer (2), Pacini (3), Schwartze (4), Wreden (5), Weber (6), et d'autres (7) ont décrits comme se rapportant au genre *Aspergillus* (*A. penicillatus*, *glauca*, *flavescens*, *nigricans*, etc.); d'où la création d'une variété nouvelle d'otite, désignée sous le nom d'*otite parasitaire*, de *mycomyringite* ou de *myringomycosis*. Ces productions parasitaires préexistent-elles à l'inflammation dont elles pourraient être considérées comme la cause déterminante, ou ne se développent-elles que secondairement, lorsque déjà la sécrétion du conduit est altérée? C'est ce qu'on n'a pu encore déterminer exactement. Mais

(1) VOY, *Bactériologie des sécrétions de l'oreille*, p. 41.

(2) MAYER, *Beobachtungen von Cysten und Fadenpilzen aus dem äusseren Gehörgange*. Müller's Arch., 1844, p. 401.

(3) PACINI, *Supra una muffa parasita (mucedo) del condotto auditivo esterno*. Firenze, 1851.

(4) SCHWARTZE, *Pilzwucherung (Aspergillus) im äusseren Gehörgang*. Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. II, p. 5.

(5) WREDEN, *Sechs Fälle von Myringomycosis (Aspergillus glaucus)*. Arch. für Ohrenheilkunde, Bd. III, p. 1.

(6) WEBER, *Ueber Parasiten im äusseren Ohr (Otitis parasitica)*. Monats. f. Ohrenheilkunde.

(7) VOY, Arch. für Ohrenheilkunde, t. IV, p. 162, et t. V, p. 164 et 197.

il est certain que les parasites en se multipliant incessamment doivent, à un moment donné, devenir une cause d'irritation qui entretient la maladie à l'état chronique et est susceptible de la faire passer de temps à autre à l'état aigu.

D'après les recherches expérimentales de Siebenmann (1), l'*aspergillus* ne se développerait pas sur la peau du conduit normal, ou lorsqu'il existe une sécrétion purulente. Le meilleur terrain de culture serait le sérum; aussi l'otomycosis s'observe-t-il exclusivement dans les cas d'eczéma du conduit auditif ou d'otorrhée séreuse succédant à l'otite purulente.

La couche parasitaire repose à la surface de la couche de Malpighi; elle forme des taches noirâtres, plus ou moins étendues, tapissant les parois du conduit et la surface de la membrane du tympan. Ces taches ont été comparées comme aspect à du papier de journal mouillé.

L'inflammation du conduit auditif externe peut encore revêtir la forme *croûpale* ou *diphthérique*. Le plus souvent cette otite succède à la propagation d'une diphthérie naso-pharyngienne à l'oreille moyenne et au conduit auditif. Cependant, divers auteurs, tels que Wreden, Moos, Bezold, ont observé et décrit des cas dans lesquels la diphthérie était primitivement développée dans le conduit auditif externe.

Dans l'otite herpétique, l'examen laisse voir sur la surface rouge et tuméfiée du conduit, des petites vésicules remplies d'un liquide séreux qui finissent par se dessécher et par former des croûtes.

Après une durée variable, mais qui ne dépasse pas généralement deux ou trois septénaires, l'écoulement diminue, puis cesse complètement; la douleur, les bourdonnements, la surdité, déjà considérablement amoindris au moment où la suppuration est survenue, disparaissent entièrement, et l'on constate que la peau du conduit a perdu sa rougeur. Il reste encore, pendant un temps assez long, un léger épaissement de la couche épidermique, principalement dans la forme eczémateuse, avec absence de sécrétion cérumineuse.

La marche de l'otite externe aiguë n'est malheureusement pas toujours aussi simple ni aussi bénigne. Au lieu de cette guérison complète assez commune dans les inflammations, suite de traumatisme léger, ou dans l'inflammation rhumatismale, on voit la maladie se prolonger indéfiniment et passer à l'état chronique. C'est là une terminaison des plus fréquentes. Dans d'autres cas, l'inflammation s'étend aux parties profondes et gagne la membrane du tympan qui se perforé de dehors en dedans, en sorte que l'otite externe se complique de catarrhe purulent de la caisse.

Il se peut aussi que l'inflammation se propage de la peau au périoste et aux couches superficielles de l'os; d'où la variété décrite par les auteurs sous le nom d'*otite périostique*. Je dois dire que, d'après mon observation personnelle, l'otite périostique est extrêmement rare, du moins comme affection isolée. Presque toujours, sinon même toujours, elle coexiste avec un catarrhe purulent de la caisse, accompagné d'une perforation ou même d'une destruction complète de la membrane du tympan. Enfin l'ostéite périostique ne survient jamais primitivement, mais succède toujours à une inflammation de la peau du conduit, persistant déjà depuis un certain temps. Son histoire appartient donc plutôt à celle de l'otite externe chronique, et nous y reviendrons plus loin.

Indépendamment de ces complications, résultant de l'extension de l'inflam-

(1) Cité par HARTMANN, *Maladies de l'oreille*, p. 111.

mation aux parties sous-jacentes, il en est d'autres qui peuvent se montrer dès le début et qui, le plus souvent, reconnaissent la même cause qui a produit l'inflammation du conduit. Il est fréquent de voir la myringite, le catarrhe aigu de l'oreille moyenne, coïncider avec l'otite externe aiguë. Ces complications entraînent nécessairement avec elles une aggravation dans les symptômes et rendent le pronostic plus sérieux.

**Diagnostic.** — L'inflammation diffuse du conduit auditif pourrait être confondue avec l'otite furonculaire ou l'hydradénite, lorsque le gonflement est assez considérable pour oblitérer la lumière du conduit. Cependant, la distinction est facile à faire entre les deux affections; car si l'inflammation diffuse a quelquefois pour effet d'amener l'oblitération du canal, il est aisé de voir que cette oblitération est due au gonflement uniforme de toutes les parois qui y prennent une part à peu près égale, tandis que, dans l'inflammation circonscrite, la tuméfaction n'occupe qu'une paroi et oblitére le canal en marchant à la rencontre de la paroi opposée.

Il serait bien utile de reconnaître dès le début les complications qui peuvent exister du côté de l'oreille moyenne. Ce diagnostic n'est pas impossible si le gonflement des parois du conduit n'est pas assez prononcé pour s'opposer à l'exploration de la membrane du tympan dont les altérations révèlent l'existence du catarrhe aigu de la caisse. Si, au contraire, l'examen de la membrane est impossible, le diagnostic doit être réservé, et c'est seulement d'après la gravité plus grande des phénomènes locaux et généraux, d'après l'intensité des troubles de l'ouïe, qu'on est en droit de présumer quelque complication inflammatoire vers l'oreille moyenne.

**Pronostic.** — L'otite externe aiguë, dans sa forme légère, guérit le plus souvent sans laisser de traces. Mais pour peu qu'elle revête un certain degré d'intensité, on doit se montrer très réservé dans le pronostic, en raison des complications qui peuvent survenir : quelle que soit d'ailleurs sa gravité primitive, on doit en outre se rappeler que, dans bien des cas, l'inflammation aiguë du conduit auditif passe à l'état chronique.

**Traitement.** — Le traitement de l'otite externe aiguë doit être franchement antiphlogistique au début. Quelques sangsues, au nombre de cinq ou six, seront appliquées au-devant du tragus et non, comme on le prescrit indifféremment dans toutes les affections de l'oreille, derrière l'apophyse mastoïde. Le lieu d'application des sangsues dans les affections de l'organe auditif n'est pas, en effet, sans importance, et Wilde a le premier fait remarquer que, dans les otites externes, un petit nombre de sangsues placées en avant du tragus soulagent plus les malades qu'un nombre quelquefois double appliqué derrière l'oreille. On doit chercher la raison de ce fait dans le trajet parcouru par les vaisseaux qui se distribuent à la membrane du tympan et à la peau du conduit auditif externe.

Un des meilleurs moyens de calmer la douleur et de modérer l'inflammation à son début consiste dans l'usage fréquemment répété de bains d'oreilles chauds. Le malade ayant la tête inclinée du côté sain, on lui verse dans l'oreille de l'eau chaude, ou mieux de l'eau boriquée chaude qu'on laisse en contact pendant cinq à dix minutes.

L'emploi de l'eau chaude est de beaucoup préférable à celui d'une foule de

liquides qu'on prescrit par routine dans toutes les affections douloureuses de l'oreille, et dont l'utilité paraît plus que contestable. Les huiles, en particulier, ont l'inconvénient de s'altérer et de devenir irritantes.

Dans certains cas, l'usage d'une solution de cocaïne à 1/25, dont on verse quelques gouttes dans l'oreille, réussit à calmer les douleurs, mais, en général, cette amélioration n'est pas de longue durée.

Dans l'intervalle des instillations chaudes, il est bon d'entretenir une douce température autour de l'oreille; les cataplasmes sont souvent prescrits dans ce but. On les remplacera avantageusement par l'application de compresses imbibées d'un liquide chaud et qu'on renouvellera très fréquemment. A défaut de ce moyen, les malades devront se couvrir l'oreille avec une compresse ou de l'ouate.

Conjointement avec ces moyens locaux, on doit encore, pendant la période initiale, prescrire un léger purgatif, quelques révulsifs sur les membres inférieurs; le malade gardera le repos et observera une diète modérée. Dans le cas où les douleurs sont extrêmement vives, les narcotiques pourront être administrés. Les injections hypodermiques de morphine au pourtour de l'oreille réussissent quelquefois très bien à calmer les douleurs.

Contrairement à ce qu'on observe pour l'otite circonscrite, l'incision des parois gonflées par l'inflammation ne produit que de mauvais résultats.

Lorsque la première période d'acuité est passée et que l'écoulement est survenu, l'indication principale consiste à prévenir l'accumulation du pus et à faciliter son écoulement à l'aide d'injections tièdes. Ces injections devront être faites avec douceur, et en ayant soin de redresser la courbure du conduit, en attirant le pavillon de l'oreille en haut et en arrière. Faute de cette précaution, le liquide injecté ne pénètre pas jusqu'au fond du conduit qui reste baigné par le pus. A la suite de ces lavages qui seront répétés deux ou trois fois par jour, on prescrira des instillations d'un liquide légèrement astringent (solution de sulfate de zinc, de cuivre, de tannin, d'alun). Je me suis bien trouvé, principalement dans les formes eczémateuses, de liquides composés à parties égales d'eau et de glycérine.

Lorsqu'on constate la présence de microphytes, on devra, en même temps qu'on traite l'inflammation, s'efforcer de détruire les masses parasitaires. On parvient souvent à les détacher avec le stylet, mais elles se reproduisent rapidement. Les antiseptiques sont généralement inefficaces; pour les détruire, l'agent le plus sûr est l'alcool pur ou additionné de 2 à 4 pour 100 d'acide salicylique (Bezold) qu'on emploie sous forme d'instillations.

#### b. — INFLAMMATION CHRONIQUE (OTITE EXTERNE CHRONIQUE)

**Étiologie.** — L'otite externe chronique est une terminaison fréquente de l'otite aiguë. Cependant elle se montre souvent d'emblée et reconnaît alors pour cause habituelle une influence diathésique comme la scrofule, l'herpétisme, la syphilis. Les otites externes scrofuleuses et herpétiques sont celles qu'on observe le plus fréquemment, la première chez les enfants et les jeunes gens, la seconde chez les adultes, les vieillards et plus particulièrement chez les femmes, à l'époque de la ménopause. De même que pour l'eczéma aigu du conduit, l'otite eczémateuse chronique peut exister en même temps qu'un eczéma chronique de la face, du pavillon de l'oreille, ou bien constituer une affection exactement limitée au conduit.

Quant à l'otite externe syphilitique, elle est assez rare, et coïncide avec l'apparition de plaques muqueuses à l'ouverture du conduit auditif.

**Symptomatologie.** — Lorsque l'otite externe chronique succède à l'état aigu, on voit persister indéfiniment les symptômes que nous avons décrits dans la seconde période de l'otite aiguë, symptômes qui consistent dans un écoulement plus ou moins abondant accompagné de quelques troubles fonctionnels.

L'otite externe chronique d'emblée se montre avec un ensemble symptomatologique qui diffère de celui qui caractérise l'état aigu par une intensité moindre. La douleur, à peine marquée, est plutôt remplacée par des démangeaisons, une sensation de tension et de plénitude dans l'oreille. Enfin dans certains cas, et surtout chez les enfants, le début est plus insidieux encore et la maladie se traduit seulement par un écoulement de pus.

Quel que soit le mode de début de l'otite chronique, la maladie se présente sous deux formes, suivant qu'il existe un écoulement plus ou moins abondant, ou suivant que celui-ci manque ou est à peu près nul.

Dans la première forme, l'otorrhée est le phénomène principal; c'est elle qui attire l'attention du malade par sa persistance et l'engage à consulter un médecin. La quantité de l'écoulement est extrêmement variable. Je doute fort qu'elle atteigne jamais la mesure donnée par Tröltsch, qui l'évalue à 5 ou 4 onces par jour, et je pense qu'elle ne devient aussi abondante que dans les cas où il existe en même temps un catarrhe purulent de la caisse, avec perforation de la membrane du tympan. Le liquide sécrété présente aussi de grandes différences dans ses caractères physiques; tantôt épais, jaunâtre ou verdâtre, semblable au muco-pus sécrété par l'urètre, ou au pus louable d'une plaie en voie de cicatrisation; tantôt plus liquide, plus clair, comme séreux; quelquefois au contraire d'une odeur repoussante.

Si l'on examine les parties, on trouve le conduit auditif légèrement tuméfié; sa surface interne est recouverte d'une couche purulente et de quelques croûtes brunâtres ou jaunâtres, qui, une fois enlevées, laissent souvent à nu le derme ramolli, comme macéré et ulcéré par places. Vers les parties profondes du canal, on observe une injection plus ou moins marquée, étendue de la peau du conduit à la surface externe de la membrane du tympan qui est en même temps opaque. Quelquefois l'injection de la peau est telle que la surface du conduit paraît uniformément rouge et ressemble à la muqueuse conjonctivale atteinte de granulations.

Dans une autre forme d'otite externe chronique, il existe à peine un léger écoulement séro-purulent. Mais les malades se plaignent de démangeaisons, de chaleur, de cuissons; l'ouïe est légèrement altérée; il y a quelques bourdonnements. L'examen du conduit montre un rétrécissement souvent assez marqué pour rendre l'exploration difficile. La peau est épaissie, et sa surface est recouverte par des lamelles épidermiques, blanchâtres, macérées, mélangées par places à la sécrétion purulente. Dans certains points, le derme, mis à nu, est rouge, injecté, ulcéré à sa surface. Quelquefois les lamelles épidermiques sont peu adhérentes, et en se détachant obstruent en partie la lumière du canal; d'autres fois, elles adhèrent solidement, et leur ablation détermine de la douleur et un léger écoulement sanguin. La membrane du tympan participe aux mêmes lésions: sa surface externe est revêtue par des couches épidermiques épaisses, inégales, qui se soulèvent et se détachent; le derme est épaissi, injecté, surtout

au niveau du manche du marteau qui tend de plus en plus à disparaître, et cesse même d'être visible.

La partie bactériologique a été traitée page 795.

**Marche. — Durée. — Terminaisons.** — L'otite externe chronique est généralement d'une grande ténacité; elle peut même durer toute la vie, en présentant des alternatives d'améliorations et de rechutes provoquées par quelques circonstances occasionnelles, comme l'action du froid et de l'humidité. D'ailleurs, il faut bien reconnaître que souvent la maladie est entretenue par la négligence des malades ou par l'ignorance des médecins qui partagent ce préjugé, répandu dans le public, que la suppression d'un écoulement d'oreille peut être nuisible pour la santé, ou que, s'il s'agit d'un enfant, la maladie guérira d'elle-même par les progrès de l'âge. On ne saurait trop s'élever contre cette opinion; car il est tout à fait faux que la suppression d'une otorrhée par un traitement rationnel puisse être nuisible; et s'il arrive quelquefois que la maladie guérisse spontanément à l'époque de la puberté, on doit reconnaître qu'il est loin d'en être toujours ainsi et qu'en attendant cette heureuse terminaison, on laisse les lésions acquérir une plus grande gravité au point qu'elles peuvent devenir incurables. Enfin, la persistance d'une otite externe chronique, abandonnée à elle-même, peut donner lieu, ainsi que nous allons le voir, à des lésions profondes, capables non seulement d'altérer les fonctions de l'ouïe, mais encore de mettre en danger les jours du malade.

**Complications.** — L'inflammation chronique du conduit auditif externe peut se propager à l'oreille moyenne à la suite de l'ulcération graduelle ou de la fonte purulente de la membrane du tympan. Le pus séjournant dans le fond du conduit s'altère, se décompose; la membrane du tympan, macérée dans ce liquide, finit par se détruire en tout ou en partie, et le pus pénétrant dans la caisse ne tarde pas à déterminer une inflammation de l'oreille moyenne avec toutes ses conséquences.

Lorsque l'otite chronique dure depuis longtemps, il n'est pas très rare de voir se former aux dépens du derme des masses polypeuses, qui remplissent peu à peu le conduit, contribuent à augmenter la sécrétion purulente par suite de l'irritation qu'elles déterminent, deviennent la source d'hémorragies, et augmentent la surdité qui existait déjà. Ces polypes prennent quelquefois naissance, comme nous le verrons, à la surface cutanée du tympan. Nous nous bornerons à indiquer ici cette complication de l'otite externe chronique, devant étudier plus tard d'une manière générale les polypes de l'oreille dont l'origine est variable.

La périostite et l'ostéite du conduit que j'ai déjà signalées comme complications de l'otite externe aiguë se rencontrent plus souvent dans l'otite externe chronique. Je répéterai d'ailleurs ici que l'ostéo-périostite du conduit me paraît très rarement exister à l'état de complication isolée, et qu'elle coïncide le plus souvent avec le catarrhe purulent de la caisse, soit que ce dernier ait été consécutif à l'otite externe aiguë ou chronique, ou qu'il se soit développé primitivement et que l'inflammation du conduit ait été secondaire.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation du périoste et de l'os sous-jacent s'accuse par un retour des douleurs qui, d'abord sourdes et profondes, deviennent bientôt très vives, térébrantes, avec exacerbations nocturnes et retentissements dans tout le côté correspondant de la tête. Le gonflement du conduit devient consi-

dérable, et souvent tel que les parois opposées arrivent au contact et oblitérent complètement le canal qui prend la forme d'une fente verticale. L'examen à l'aide du spéculum est alors impossible. Mais les caractères de ce gonflement ne laissent aucun doute sur la nature de la complication. La peau est, en effet, rosée plutôt que rouge, et l'impression fournie par le toucher, à l'aide d'une sonde ou d'un stylet, est celle d'une résistance œdémateuse plutôt que phlegmoneuse. Enfin la pression avec l'instrument, très supportable lorsqu'on agit légèrement, ne devient douloureuse que lorsqu'on appuie avec force.

L'ostéo-périostite du conduit auditif peut persister longtemps à l'état chronique et guérir même sans suppuration, en laissant seulement à sa suite un épaississement considérable des parois et un rétrécissement notable du conduit.

Plus souvent, on voit de temps à autre se développer des poussées inflammatoires et la maladie repasse à l'état aigu. Dans ces cas, il ne tarde pas à se former des abcès, des ulcérations de la peau du conduit, avec production de fongosités qui remplissent le canal; et si l'on examine les parties malades, on constate l'existence d'un ou plusieurs séquestres, dont la séparation finit par se faire, au bout d'un temps variable mais en général fort long.

L'ostéo-périostite du conduit peut s'étendre aux parties avoisinantes, et se compliquer de périostite des régions mastoïdienne et écailleuse du temporal. Cette dernière complication, qui coïncide le plus souvent avec un catarrhe purulent de la caisse, sera étudiée plus tard.

Au lieu de s'étendre en arrière et en haut, l'ostéo-périostite peut se propager du côté de la paroi antéro-inférieure, et comme l'on sait que cette paroi du conduit auditif constitue en même temps la cavité de réception du condyle de la mâchoire, on comprend comment l'inflammation, se propageant à l'articulation temporo-maxillaire, donne bientôt lieu à tous les symptômes de l'arthrite fongueuse. J'ai déjà signalé ailleurs ce mode de développement de la tumeur temporo-maxillaire.

Enfin il est extrêmement important qu'on sache bien que l'inflammation chronique de la peau du conduit, en se transmettant au périoste et à la paroi osseuse, peut déterminer du côté des méninges et du cerveau des accidents graves et même mortels. On est trop habitué à croire que ces complications encéphaliques sont seulement à craindre dans les inflammations de la caisse. Il suffit de se rappeler que la paroi supérieure du conduit auditif osseux répond à la fosse cérébrale moyenne, et que la lame osseuse qui forme cette paroi ne présente qu'une assez faible épaisseur. On comprend dès lors qu'une inflammation propagée de la peau du conduit au périoste et à l'os sous-jacent puisse se communiquer aux méninges et au cerveau, sans qu'il existe aucune lésion du côté de la membrane ni de la caisse du tympan. C'est, en effet, ce qu'on a pu observer quelquefois, et je suis tout disposé à accepter l'opinion de Trötsch qui suppose que cette complication est peut-être beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, chez les enfants, et qu'elle doit être la cause de certaines morts attribuées à des méningites dont la cause reste plus ou moins confuse et ignorée parce qu'on n'a pas l'habitude d'aller la chercher dans une affection, en apparence peu grave, de l'oreille. Toynebee (\*) rapporte même un cas de méningite purulente survenue assez rapidement, dans l'espace d'un mois environ, à la suite d'une otite externe avec ostéo-périostite non suppurée.

(\*) TOYNEBEE, *Diseases of the Ear*, p. 65.

Un autre danger réside dans le voisinage du sinus transverse qui n'est séparé de la paroi postérieure du conduit que par une mince lame osseuse, et qui, par le même mécanisme, peut devenir le siège de phlébite, de thrombose, suivie de pyohémie, ainsi que Gull (\*) en a cité un exemple.

On devra surtout craindre ces complications encéphaliques dans les cas où l'inflammation chronique a amené la nécrose de la paroi supérieure.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'otite externe chronique est très facile. Les complications si fréquentes du côté de la caisse se reconnaîtront aux signes que nous indiquerons plus tard.

J'ai suffisamment insisté sur les caractères propres à l'ostéo-périostite pour qu'il soit inutile d'y revenir. Quant aux complications diverses que celle-ci peut entraîner, telles que : abcès de l'apophyse mastoïde, tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire, méningo-encéphalite, thrombose du sinus transverse et pyohémie; elles se reconnaîtront aux symptômes qui ont été déjà donnés ailleurs ou qui le seront ultérieurement.

**Pronostic.** — L'otite externe chronique est une maladie grave. Sa durée est longue, et elle laisse le plus souvent à sa suite diverses lésions, telles que : rétrécissements du conduit, lésions de la membrane du tympan et de la caisse, qui peuvent gêner l'exercice de l'ouïe, et qui seront plus tard l'objet d'une description spéciale. Enfin elle peut donner lieu à des complications plus ou moins sérieuses et même mortelles.

A ces divers points de vue, on voit donc que l'otite chronique est d'un pronostic beaucoup plus grave qu'on n'a coutume de le penser, et que loin de partager l'opinion du vulgaire et même de l'entretenir, le médecin doit faire tous ses efforts pour obtenir la guérison de la maladie, surtout chez les enfants dont le conduit auditif présente des parois extrêmement minces, très poreuses, et traversées par des vaisseaux qui sont en communication directe avec ceux de la dure-mère.

**Traitement.** — Le traitement général a certainement une grande importance. Chez les lymphatiques et les scrofuleux, les amers, l'huile de foie de morue, etc., devront être prescrits. Un traitement spécifique conviendra également dans les cas où l'otite externe se montre chez un sujet en puissance de la diathèse syphilitique. Enfin, dans l'eczéma du conduit, les préparations arsenicales feront partie obligée du traitement, et rendront souvent les plus grands services.

Mais c'est surtout au traitement local, beaucoup trop négligé généralement, qu'il faudra donner tous ses soins, non seulement pour aider à la guérison, mais aussi et surtout pour prévenir le développement des accidents et des complications dont j'ai parlé.

Au premier rang, il faut placer les lavages fréquents à l'eau tiède additionnée d'un antiseptique, lavages qu'on devra pratiquer largement, mais sans violence, dans la crainte de blesser le tympan, et avec la précaution de redresser le conduit en tirant le pavillon en haut et en arrière. Ces grandes injections, lorsqu'elles sont convenablement faites, empêchent le pus de séjourner dans les parties profondes, de se décomposer, d'acquies de la fétidité et de devenir ainsi

(\*) GULL, *Med. Chir. Transact.*, XXXVIII, p. 157.