

précautions de propreté afin de protéger l'oreille mal formée. C'est ainsi qu'avant de mettre l'enfant au bain, ou de lui appliquer des compresses froides sur l'oreille, il sera bon de placer dans le conduit un peu d'ouate non hydrophile, qui empêchera la pénétration du liquide jusque dans la caisse.

Les anomalies portant du côté du labyrinthe sont encore assez fréquentes et coïncident souvent avec celles que nous venons de décrire; parfois elles existent seules. Nous les étudierons dans un chapitre à part, lorsque nous parlerons de la surdi-mutité. Il est bon de remarquer, en terminant, que les différents vices de conformation de l'oreille externe, moyenne et interne, s'associent très souvent entre eux et coïncident même avec d'autres difformités portant du côté de la voûte palatine (gueule-de-loup, etc.). Toutefois, les anomalies congénitales de l'oreille sont beaucoup moins fréquentes que celles du voile ou du palais osseux lui-même.

MALADIES DU PAVILLON

Nous n'étudierons pas dans ce chapitre les diverses plaies, brûlures ou contusions susceptibles d'atteindre les oreilles des enfants; ces lésions ressemblent à toutes les plaies de même nature atteignant la surface du corps, et nécessitent par conséquent, comme elles, un traitement local en rapport avec la nature et l'étendue du mal. Si la contusion peut devenir chez l'adulte le point de départ de tumeurs sanguines (othématomes), on sait que cette lésion est extrêmement rare, on peut même dire tout à fait exceptionnelle chez l'enfant dont l'oreille est pourtant exposée à des traumatismes fréquents et quelquefois même très violents.

ECZÉMA AIGU ET CHRONIQUE

L'eczéma du pavillon est assez fréquent chez l'enfant; se produisant d'abord très souvent après la naissance, il apparaît généralement vers l'âge de 8 à 10 mois, coïncidant à cette époque avec l'impétigo de la face ou du cuir chevelu. Un peu plus tard, il se localise souvent au pavillon de l'oreille, soit en avant, soit en arrière, et surtout dans le sillon rétro-auriculaire; ce dernier peut même être à peu près complètement effacé, au point que l'oreille se trouve absolument accolée à la tête. Le diagnostic de cette lésion n'offre du reste aucune difficulté, l'eczéma revêtant ici la même allure et offrant le même aspect qu'il a sur toutes les autres surfaces du corps. Le traitement même n'offre rien de particulier, et ce qui nous a paru réussir le mieux dans ces cas ce sont des lavages à l'eau bouillie boriquée ou à l'eau blanche, et l'application sur les parties exulcérées de pommade d'après la formule ci-dessous :

Goudron de hêtre. Ichtyol.	de 0,50 à 0,50 centig.
Oxyde de zinc.	1 gramme
Vaseline ou lanoline	15 grammes

S'il existe un suintement visqueux un peu abondant, il sera bon parfois de saupoudrer simplement la partie malade avec de la poudre d'amidon mé-

langée au quart d'acide borique finement porphyrisé ou de salicylate de bismuth et acide borique à parties égales. Il faut aussi autant que possible empêcher les enfants de se gratter, d'enlever les croûtes, toutes causes d'irritation, ou plutôt d'infection de la plaie, qui retardent sa guérison. Il est également bon, si l'enfant a 4 ou 5 ans, de prescrire un traitement général consistant en administration de sirop d'iodure de fer alterné avec de l'huile de foie de morue ou autres toniques, tout en conseillant, une fois que la guérison est obtenue, une hygiène convenable qui devra surtout consister en une propreté excessive du pavillon et du conduit. Très souvent, du reste, l'affection gagne le conduit auditif, arrive jusqu'au conduit osseux et même à la membrane du tympan, nécessitant alors des soins de propreté d'autant plus considérables qu'ils sont plus difficiles à appliquer. Dans ces cas, c'est le médecin lui-même qui doit pratiquer le lavage et la désinfection des parties enflammées, de manière à bien s'assurer que toutes ces régions sont parfaitement propres; il faut aussi y appliquer la pommade dont nous avons parlé, tout en continuant de temps à autre les lavages du conduit qui seront faits alors soit avec de l'eau de goudron extrêmement légère, soit avec de l'eau bouillie alcoolisée, ou de l'eau blanche. Dans les cas rebelles il sera utile de faire de temps à autre un léger attouchement des surfaces malades avec une solution de nitrate d'argent au 1/5^e ou au 1/10^e, qui constitue un excellent topique contre les eczémas rebelles du conduit auditif.

MALADIES DU CONDUIT AUDITIF ET DU TYMPAN

Examen. — Avant d'entreprendre l'étude des maladies du conduit auditif et du tympan, il est nécessaire de savoir comment on doit pratiquer l'examen de ces différentes régions. Le procédé le plus simple et le plus commode consiste à réfléchir dans l'oreille, à l'aide d'un miroir concave, des rayons lumineux fournis soit par la lumière diffuse du jour, soit par un éclairage artificiel (lampes, bec de gaz, électricité, etc.). Le foyer des miroirs employés pour l'examen de l'oreille mesure environ de 15 à 20 centimètres, c'est dire qu'il faut se placer à cette distance de l'oreille, afin de projeter un faisceau lumineux suffisant qui éclaire le conduit et le tympan. Suivant que l'on est plus ou moins habitué à manier le miroir avec le front (miroir frontal), ou avec la main, on peut indistinctement se servir de l'un ou l'autre procédé. Nous ferons remarquer toutefois que, pour les débutants, il est beaucoup plus facile de s'éclairer en tenant le miroir à la main qu'en le plaçant sur le front, ce qui gêne toujours un peu la vision. La lumière étant ainsi disposée, on introduit dans l'oreille, en relevant légèrement le pavillon en haut et en arrière, un speculum auris, dont le calibre est adapté au volume du conduit à examiner. A cet effet, la série des spéculums de l'oreille se compose généralement de quatre grandeurs et c'est ordinairement à la plus petite ou à la moyenne qu'il faut avoir recours pour examiner le conduit des enfants. Chez eux, les poils de l'entrée du méat étant peu développés, on ne rencontre aucun obstacle empêchant l'examen.

Nous ne discuterons pas la valeur des différents spéculums d'oreille; ceux qui nous paraissent les plus commodes sont en somme les plus simples; ce sont de petits tubes d'argent, ou de caoutchouc durci à parois très minces ayant la forme d'un entonnoir, dont nous donnons du reste la figure ci-contre. Le spéculum en caoutchouc durci se détériore et se casse plus vite.

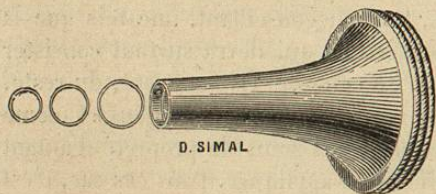


Fig. 1. — Spéculum de l'oreille.

Il nous paraît également moins facile à nettoyer que celui en métal que l'on fabrique aujourd'hui à très bon compte. Il est important, au moment où l'on introduit le spéculum dans le conduit, non seulement de redresser la courbure de ce dernier en attirant le pavillon en haut et en arrière, mais d'introduire lentement l'instrument dans le méat, de manière à ne pas chercher à pénétrer trop avant, ce qui rendrait l'examen douloureux, et découragerait rapidement les enfants. A cet effet, il est bon de savoir que l'extrémité du spéculum ne doit jamais s'engager dans la portion osseuse et pénétrer simplement dans le conduit cartilagineux. Il est bon de maintenir entre l'index et le médius le pavillon relevé, pendant que le même index et le pouce tiennent le spéculum dans la situation voulue pour permettre l'éclairage du fond du conduit. Pendant ce temps, la main opposée projette le faisceau lumineux dans l'intérieur de l'oreille. S'il s'agit d'opérer dans l'oreille, le miroir frontal (à lunettes ou à bandeaux) est de toute nécessité. Chez les jeunes enfants non seulement le conduit auditif est étroit, mais le tympan, encore incomplètement relevé, occupe une situation presque horizontale. Il en résulte que chez le nouveau-né, en particulier, cette membrane forme avec les parois inférieures un angle très aigu, tandis qu'il se continue presque en ligne droite avec la paroi supérieure. Très souvent, peu de temps après la naissance, on trouve dans le conduit des amas épidermiques encore imprégnés de liquide amniotique formant un amas de matières caséuses composé d'épiderme macéré qu'il est bon d'enlever à l'aide d'un petit lavage. La plupart du temps, cependant, ces amas arrivent à se dessécher et à s'exfolier par eux-mêmes sans qu'il soit besoin d'intervenir.

Dans les cas où l'oreille externe est enflammée, il faut savoir que l'introduction du spéculum peut être excessivement douloureuse, tellement les parois du conduit sont accolées; il faut alors introduire l'instrument avec une minutie extrême, sans chercher à le faire pénétrer très avant, afin de ne pas provoquer des douleurs inutiles qui rendraient ensuite les examens ou les traitements ultérieurs difficiles, ou même impossibles à pratiquer.

Si le conduit est obstrué par des sécrétions cutanées ou des débris cérumineux généralement très mous, ayant à peine la consistance et la couleur du miel, il suffit de quelques petites injections très douces à l'eau bouillie légèrement boriquée pour débarrasser l'oreille de ces différents amas et, par conséquent, rendre par ce fait l'ouïe normale. Cette accumulation de débris épithéliaux et épidermiques est très souvent la cause de la soi-disant

surdité des nouveau-nés, que l'on a comparée à celle des animaux naissant avec les oreilles imperforées. Lorsque ces amas épidermiques du conduit ne s'enlèvent pas facilement à l'aide d'une injection, il suffit d'instiller pendant 3 à 4 jours dans l'oreille quelques gouttes d'une solution de glycérine boratée (à 0^{gr},10 pour 10 grammes), pour ramollir ces exsudats et les enlever ensuite à l'aide de l'injection.

OTITE EXTERNE CIRCONSCRITE; FURONCLE.

Les inflammations circonscrites du conduit auditif chez l'enfant, ainsi que le furoncle, sont des lésions relativement rares; elles ne présentent pas chez lui des symptômes différents de ceux que l'on observe chez l'adulte; tout comme chez ce dernier, l'affection a son point de départ dans l'inflammation d'un follicule pileux, d'une glande, ou d'un groupe de follicules et de glandes situés les uns près des autres. Cette forme de furunculose occupe généralement la portion cartilagineuse du conduit et très souvent l'entrée du méat auditif.

Étiologie. — La folliculite du conduit chez l'enfant reconnaît généralement pour causes des exanthèmes aigus comme la rougeole, la scarlatine, la variole, ou des résidus d'exanthèmes chroniques, tels que l'eczéma et diverses herpétides de cette région; toutefois il est parfaitement démontré aujourd'hui, depuis les recherches de Loewenberg, que cette inflammation folliculaire est toujours la conséquence d'une infection locale due à la pénétration et à la pullulation dans les points contaminés de micro-organismes plus ou moins nombreux. Il en résulte que toute cause susceptible de produire une infection locale, telle que les irritations du conduit consécutives à des grattages, à des injections de liquides septiques dans une oreille dont la peau a été plus ou moins ramollie par le séjour de liquides dans son intérieur, le grattage avec le doigt, le cure-oreilles ou des instruments malpropres, déterminent l'apparition de l'inflammation circonscrite ou de la folliculite du conduit, aussi bien du reste chez l'enfant que chez l'adulte. Il n'est pas rare de voir les parents, dans le but de nettoyer les oreilles de leurs enfants, gratter l'intérieur de leur conduit soit avec des épingles à cheveux mal recouvertes d'un linge toujours infecté, ou bien à l'aide de cure-oreilles ou d'une éponge portant des germes qui ne cherchent que l'occasion de se développer. L'existence de corps étrangers, les instillations d'huiles variées, de lait de nourrice, l'emploi de solutions astringentes, etc., sont autant de causes qui favorisent encore l'éclosion de la maladie. Citons encore le passage du pus venant de la caisse ou les desquamations séjournant un temps plus ou moins long dans le conduit. Dans d'autres cas, c'est à une sorte de séborrhée chronique du canal auditif qu'il faut attribuer l'apparition de l'otite externe circonscrite.

Symptômes. — a) *Symptômes fonctionnels.* — Les symptômes fonctionnels varient suivant que l'inflammation est superficielle et qu'elle occupe la partie externe du conduit cartilagineux ou sa profondeur. Commencant d'ordinaire par une petite douleur accompagnée de démangeaisons assez

vives, l'affection ne tarde pas à occasionner bientôt des douleurs beaucoup plus violentes, souvent spontanées, se traduisant par des élancements pulsatiles augmentant peu à peu et rayonnant dans toutes les portions de la tête et du cou; les mouvements provoqués du pavillon sont particulièrement douloureux; c'est ainsi qu'il est impossible, sans arracher des cris de douleur à l'enfant, de soulever le pavillon, d'appuyer sur le tragus; les mouvements de mastication eux-mêmes sont la cause de douleurs assez violentes pour que les enfants préfèrent se passer d'aliments solides.

Si l'affection n'est pas superficielle et si l'otite externe tend à évoluer, les ganglions rétro-auriculaires, mastoïdiens, cervicaux et même ceux situés en avant du tragus, se tuméfient, il existe même un certain degré de torticolis, l'enfant a des accès de fièvre pouvant, dans certains cas, faire craindre une affection beaucoup plus grave, n'était le gonflement extérieur qui se produit du côté du méat, du conduit et de la rainure du pavillon.

Si l'enfant est assez grand pour expliquer les sensations qu'il éprouve, on constatera qu'il existe une sensation de plénitude et une série de bruits subjectifs ressemblant généralement au bruit du coquillage ou du vent dans les feuilles. L'ouïe est plus ou moins altérée, souvent même à peu près abolie; seule la perception crânienne à la montre persiste sur tous les points du crâne, mais l'audition par la voie aérienne est souvent à peu près nulle et il faut presque accoler la montre sur le pavillon pour que le tic tac soit perçu; à l'examen au diapason ce dernier mis en vibration sur le vertex (expérience de Weber) se latéralise très nettement du côté malade.

b) *Symptômes locaux.* — A l'examen, suivant que la lésion siège à la partie externe ou dans la profondeur du conduit, et suivant qu'elle est superficielle ou profonde, on constate un gonflement limité au méat (parois inférieure, postéro-supérieure, supérieure ou antéro-supérieure), la peau ayant conservé sa coloration normale mais étant simplement boursoufflée dans le point contaminé. Si la maladie est un peu plus avancée, on peut même trouver, au sommet de la portion tuméfiée, une sorte de pointe acuminée qui est l'extrémité du furoncle, mais il n'est jamais aussi saillant ici que sur les autres parties du corps; la peau est un peu rouge et quelquefois, au toucher, il est possible de constater une fluctuation superficielle ou profonde, suivant les cas. Les deux parois du conduit, par suite du gonflement des deux côtés, sont en quelque sorte accolées et sa lumière se trouve réduite à une fente assez étroite. L'introduction du spéculum, extrêmement douloureuse, doit être faite avec beaucoup de précautions. Il n'est pas rare, si la folliculite occupe la partie postérieure, de voir le gonflement s'étendre jusqu'au sillon rétro-auriculaire et même à la partie mastoïdienne au point de simuler au premier aspect une inflammation de cette région.

Marche. Durée. Terminaison. — Alors qu'au début le gonflement est assez peu marqué pour qu'il soit à peine perceptible à l'examen direct et que ce soit plutôt par la sensation douloureuse éprouvée par le malade au moment de l'introduction du spéculum, que l'on peut faire le diagnostic du siège exact de la lésion, après 1 jour ou 2, la région contaminée se boursouffle d'une manière suffisante pour permettre de reconnaître le point où va se

former l'abcès; toutefois, ce n'est qu'après 8 ou 10 jours de douleurs plus ou moins violentes, qu'abandonné à lui-même le pus arrive à se faire jour à l'extérieur au niveau du point le plus saillant de la tumeur; souvent même, à ce moment-là, on voit poindre en face une lésion analogue qui est le début d'un furoncle commençant à évoluer lorsque le précédent commence à suppurer. Loewenberg a insisté avec raison sur cette auto-contagion de certains malades qui arrivent à avoir, pendant plusieurs mois, des séries de folliculites du conduit auditif; il faut reconnaître toutefois que cette furonculose à répétition est beaucoup plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Généralement, chez ce dernier, il s'agit plutôt d'otite externe circonscrite se guérissant ordinairement assez vite pour ne plus reparaitre si les causes d'infection ont été supprimées. Dans quelques cas, l'abcès se termine par résolution; il reste alors pendant un temps assez long un simple gonflement de la paroi du conduit; mais, dans ces cas, le point infecté reste en quelque sorte à l'état latent, ne demandant qu'une occasion pour s'enflammer à nouveau. Une fois l'abcès ouvert, soit par le bistouri, soit spontanément, les douleurs se calment aussitôt pour ne reparaitre que s'il se fait une nouvelle éclosion de furoncles. Lorsque le pus est évacué, il reste encore à la place occupée par la folliculite une légère infiltration qui laisse le conduit tuméfié pendant 15 jours à 1 mois, suivant l'intensité de la phlegmasie; d'autres fois même on voit se développer dans le pertuis par lequel s'est fait jour la suppuration des sortes de fongosités, véritables polypes ou granulations fongueuses qui nécessitent un traitement spécial. Il faut savoir qu'une attaque de furonculose du conduit crée une prédisposition réelle à des infections ultérieures et qu'il est de la plus haute importance dans ces cas d'aseptiser convenablement la région contaminée afin d'éviter le retour du mal.

Diagnostic. — Le diagnostic de la furonculose, ou de l'otite externe, ne présente aucune sorte de difficulté; il nous suffira de rappeler que les douleurs provoquées par les mouvements du pavillon ou du conduit et le gonflement limité à l'entrée du méat empêchant l'examen sont déjà des signes suffisants pour permettre de poser le diagnostic exact de la lésion. Lorsqu'il existe du gonflement en arrière du pavillon, au niveau de l'apophyse mastoïde, on pourrait au premier abord prendre cette inflammation pour une suppuration des cellules, mais la marche de la maladie, l'absence d'otorrhée antérieure, l'effacement du pli rétro-auriculaire, en un mot l'évolution aiguë de la maladie ne permettraient pas une longue hésitation; il est bien entendu toutefois que l'otorrhée, par exemple, peut être compliquée d'otite externe, et, dans ces cas, les symptômes de cette dernière primeraient tous les autres au point de faire penser à une inflammation du conduit, alors qu'en réalité la lésion serait beaucoup plus profonde. Somme toute, cette erreur de diagnostic serait peu préjudiciable au malade, puisque les doutes seraient bientôt levés par l'inefficacité du traitement habituel employé en pareil cas et par l'examen direct de l'oreille. Du reste, nous pensons que l'otite externe circonscrite, ou la furonculose, sont en général beaucoup trop limitées pour être confondues avec une affection plus grave.

Traitement. — Étant donné ce que nous avons dit au sujet de l'étiologie

et de la pathogénie de la folliculite du conduit, le traitement nous paraît facile à exécuter. Il ne faudra pas, comme on le faisait autrefois, appliquer sur le pavillon des cataplasmes chauds et septiques, dans le but de favoriser l'évacuation du pus; on sait que cette sorte de traitement a l'inconvénient grave de trop ramollir les tissus, de favoriser la diffusion du pus dans les parties voisines et de transformer souvent une otite circonscrite en une inflammation diffuse, parfois même en un véritable phlegmon de la région par inoculation à côté des produits microbiens.

Les fumigations elles-mêmes ne devront être employées qu'avec beaucoup de circonspection, toujours dans le but d'éviter le ramollissement des parois du conduit ou du pavillon et de faciliter par conséquent la pénétration des germes infectieux; par contre, il est indiqué de favoriser et de hâter le plus possible l'évacuation du pus, et dans ce but le meilleur des traitements est certainement l'incision précoce qui, si elle arrive trop tôt, a une action locale favorable, et, si elle est faite au moment où le pus est formé, permet à ce dernier de s'écouler au dehors, et par conséquent au malade de guérir rapidement. Il ne suffit pas d'inciser superficiellement la peau du conduit dans le point où se trouve la tumeur, il faut pratiquer l'ouverture des couches profondes en allant jusque sur le cartilage, de manière à être sûr qu'on a bien mis à nu toute l'épaisseur des parties malades. Il est important au préalable d'aseptiser la région soit à l'aide de lavages au sublimé, soit plutôt avec de l'alcool boriqué; de même le bistouri, droit ou en forme de croissant, doit être stérilisé avant d'être plongé dans les tissus. Faisant ensuite tenir solidement la tête du patient par un aide, on relève doucement le pavillon en haut et en arrière, puis on enfonce directement la pointe dans le conduit de manière que, si l'enfant fait un mouvement pour s'éloigner de l'opérateur, il se trouve faire exécuter lui-même l'incision qu'on voulait pratiquer. Ceci fait, il est important de vider complètement l'abcès à l'aide de pressions sur les parties latérales, d'enlever le bourbillon lorsqu'il s'agit d'un furoncle et d'aseptiser le fond de la plaie à l'aide de tampons imprégnés d'alcool à 95° saturé d'acide borique. Il faut aussi, pour empêcher la fermeture rapide des deux lèvres de l'incision, placer dans l'intérieur un petit drain ou mieux encore une petite lanière de gaze iodoformée faisant fonction de drain, qui permet à l'abcès de se vider complètement avant que la cicatrisation trop rapide n'ait enfermé des produits infectieux qui deviendraient le point de départ d'une nouvelle folliculite¹.

Comme traitement consécutif, il sera bon de faire quelques injections dans le conduit malade, 1, 2 ou 3 par jour au début, puis 1 ou 2 seulement ensuite, avec une solution de sublimé aux 1/5000, et de recommander aux parents de placer dans l'oreille de l'enfant un tampon de ouate aseptique imprégnée de liqueur de van Swieten mitigée ou d'alcool boriqué. Il est rare que, sous l'influence de cette médication, les douleurs ne cessent rapidement et que l'abcès ne guérisse également très vite. Nous préférons de beaucoup le traitement chirurgical que nous venons d'indiquer à tous les autres moyens

(1) Si l'on redoute les mouvements de l'enfant, on peut l'anesthésier au bromure d'éthyle, au chlorure d'éthyle ou au somnoforme pendant les quelques minutes que dure l'opération.

tels que : instillations de glycérine morphinée, injections d'eau de guimauve, huile chaude, etc., et tous autres topiques préconisés contre les douleurs d'oreilles; toutefois, à la place du sublimé ou de l'alcool boriqué, on peut aussi employer la glycérine phéniquée au 1/10^e ou 1/5^e, dont on imprègne la ouate introduite dans le conduit et avec laquelle on écouvillonne le fond de la plaie après l'incision. S'il est impossible de pratiquer l'ouverture artificielle de l'abcès, soit parce que l'enfant est trop effrayé, soit parce que les parents redoutent le bistouri, on devra alors se borner à un traitement antiseptique qui consistera surtout en lavages du conduit avec la solution de sublimé, la glycérine phéniquée ou mieux encore l'alcool boriqué tel que nous l'avons préconisé, tout en recommandant encore de placer dans l'intérieur du conduit de la ouate imprégnée de l'une de ces différentes solutions.

Un point assez important dans le traitement de la furonculose, c'est, une fois l'abcès guéri, ou en voie de guérison, de ne pas trop multiplier les injections de manière à ne pas favoriser le ramollissement de la paroi du conduit, ce qui aurait l'inconvénient grave de favoriser la pénétration facile de nouveaux micro-organismes et par conséquent la réinfection de la région. Il faut donc, aussitôt que le gonflement a presque disparu, arrêter les lavages, pour arriver sinon à les suspendre tout à fait, du moins à ne les faire que de temps à autre, c'est-à-dire deux fois par semaine d'abord, puis une seule fois; mais il est important de ne pas les abandonner complètement de manière à laisser toujours le conduit parfaitement propre et, dans une certaine mesure, à l'abri de nouvelles poussées infectieuses. A ce titre-là les injections d'eau de guimauve devront être abandonnées aussitôt que les douleurs seront calmées, c'est-à-dire 48 heures ou 3 jours au plus après l'incision, pour être remplacées alors par des injections de sublimé au 1/5000^e, ou d'alcool boriqué à la dose d'une cuillerée à soupe — d'alcool à 95° saturé d'acide borique — par 1/2 litre d'eau bouillie tiède. Il est utile de recommander de faire des injections avec des instruments parfaitement propres et surtout avec un embout qui n'a pas trainé dans des tiroirs ou des cabinets de toilette plus ou moins septiques. A cet effet, nous avons fait construire une canule en verre qui est conservée, dans les moments où elle ne sert pas aux injections, dans un tube de verre parfaitement clos et rempli d'alcool boriqué au milieu duquel elle baigne constamment. En un mot, des soins extrêmes de propreté doivent être la base du traitement local. Il est inutile de dire que, si l'otite externe était la conséquence d'une inflammation suppurative de la caisse ou d'une inflammation herpétique du conduit, il serait important de soigner cette complication afin d'éviter de nouvelles poussées.

OTITE EXTERNE DIFFUSE.

L'otite externe diffuse se rapproche beaucoup par ses symptômes de celle que nous venons de décrire; elle reconnaît les mêmes causes : on peut dire même que très souvent c'est la folliculite qui en est le point de départ. Il suffit, en effet, de négliger le traitement de l'inflammation circonscrite ou de la soigner par l'un des moyens que nous avons proscrits tout à l'heure,