

trer même dans le conduit, oblitérer sa lumière, et apparaître enfin sur la face postérieure du pavillon en contournant le bord de l'hélix. Son début est toujours marqué par de violentes douleurs s'accompagnant d'un sentiment de tension, de chaleur des parties atteintes.

B. — TRAITEMENT

Quelle conduite tenir en face d'un hématome? Si l'on se trouve en présence d'un othématome spontané ou d'une très petite tumeur peu ou point douloureuse, le mieux sera d'attendre la résorption spontanée que l'on pourra favoriser par de simples applications de compresses froides, en évitant soigneusement de froisser les parties par l'application d'un bandage trop serré ou d'une pratique intempestive de massage ou de compression, dans la crainte de voir se reproduire l'épanchement sanguin.

Par contre, si la tumeur est volumineuse, douloureuse, on doit intervenir. L'intervention se fera de quatre à cinq jours après le début; on incisera très largement la tumeur; on évacuera les caillots, on pratiquera le nettoyage aseptique ou antiseptique de la poche, dont on pourra aviver les parois s'il paraît nécessaire. Puis on suturera et on appliquera un pansement antiseptique compressif; la réunion devra se faire par première intention.

Malheureusement, quel que soit le mode de traitement employé, la guérison s'obtient généralement avec la persistance de déformations caractéristiques, que l'on peut constater sur les statues antiques de gladiateurs.

XI

Tumeurs sébacées.

Les tumeurs sébacées (tumeurs molluscoïdes de Toynbee) du conduit s'observent surtout chez les vieillards.

On les fera disparaître en vidant le kyste de son contenu et en extirpant ou en cautérisant la poche.

XII

Exostoses.

Les exostoses du conduit sont généralement des exostoses de développement, bien que l'on puisse incriminer souvent la diathèse goutteuse ou rhumatismale, la syphilis, et surtout les longues otorrhées.

Si l'exostose est petite et ne donne lieu à aucun trouble, il faut la respecter. Mais si, par leur volume excessif ou leur multiplicité, elles obturent complètement le conduit, causant la surdité, ou si elles sont une menace perpétuelle de rétention du pus, au cours d'une otorrhée coexistante, mieux vaut alors intervenir; elles sont le plus souvent formées d'un tissu spongieux peu adhérent à l'os.

On essaiera tout d'abord des méthodes de douceur; la dilatation lente et progressive qui, le plus souvent, restera sans effet. Alors, sans trop tarder, on fera sauter l'obstacle à la gouge, préférable au perforateur.

On peut aussi dans certains cas employer avec succès l'électrolyse ou le galvano-cautère, pour creuser un tunnel à travers la tumeur et rétablir le calibre du conduit.

XIII

Polypes du conduit.

Les polypes du conduit s'insèrent la plupart du temps dans la caisse ou sur le tympan; ce n'est que très rarement qu'ils s'implantent sur les parois mêmes du conduit, où ils viennent sortir à travers des fistules de la paroi mastoïdienne.

Les petits polypes, véritables fongosités, seront traités par le morcellement, l'abrasion, puis par la cautérisation, après le