

Les exostoses peuvent se présenter isolément ou en nombre dans un conduit auditif. Il n'est pas rare de trouver deux exostoses, qui réduisent la lumière du méat à une fente ou à une ouverture en forme de sablier. Parfois une exostose plus petite est placée sur une plus grosse (MOOS). Les exostoses bilatérales sont assez fréquentes, cependant elles ne sont pas toujours placées symétriquement sur la même place du méat. J'ai vu une fois à gauche deux exostoses, à droite trois exostoses, dans la partie osseuse, qui provenaient de la paroi antérieure, supérieure et postérieure; il y avait surdité grave et de forts bourdonnements d'oreilles depuis trente et un ans, à la suite de couches. Comme modifications simultanées de l'organe auditif, j'ai trouvé le plus fréquemment un catarrhe chronique de l'oreille moyenne, sans connection évidente avec l'excroissance osseuse, puis une suppuration chronique de l'oreille moyenne avec ou sans formation de polypes dans le conduit auditif (CASSELS), une otite externe chronique, avec une légère sécrétion desquamative et un eczéma chronique. Rarement, on trouve en même temps des exostoses en d'autres parties du corps. Chez un Grec de quarante-quatre ans, qui n'avait jamais eu la syphilis, il y avait, à côté d'une exostose fermant presque complètement le conduit auditif gauche, une tumeur osseuse de la grosseur du poing sur la tempe gauche, qui avait atteint cette grosseur peu à peu en vingt-quatre ans.

La production d'exostoses dans la caisse du tympan se présente rarement. ZAU-FAL (*Arch. f. Ohr.*, II) a trouvé sur le crâne macéré d'un enfant de neuf ans des exostoses symétriques des deux côtés dans les cavités tympaniques, avec fermeture partielle de la fenêtre ronde. L'exostose occupait l'espace compris entre l'éminence pyramidale, la niche de la fenêtre ronde et la membrane tympanique. MOOS (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, II) a décrit plusieurs cas d'hyperostoses congénitales et acquises du temporal (voir pag. 303 de ce livre).

Les *symptômes subjectifs*, qui accompagnent les exostoses du conduit auditif, sont dus plus souvent à des maladies simultanées de l'oreille moyenne et du méat, qu'à l'excroissance osseuse elle-même. En particulier, de petites exostoses, non obturatrices, ne sont presque jamais accompagnées de symptômes subjectifs. Au contraire, de grosses tumeurs osseuses peuvent, par pression sur la paroi opposée du conduit auditif, provoquer une inflammation douloureuse avec suppuration, qui atteint aussi l'exostose elle-même. J'ai vu une fois, dans un cas de ce genre, se produire une espèce de décubitus sur l'exostose.

Pour ce qui concerne les *suites des exostoses*, de petites tumeurs peuvent persister toute la vie sans aucun inconvénient pour l'organe auditif. De grosses tumeurs peuvent être pernicieuses, en tant que, en dehors de la surdité, en obstruant le conduit auditif, elles favorisent l'accumulation de cérumen et de masses épidermiques dans les parties profondes, elles empêchent l'écoulement de l'exsudat, quand il y a une suppuration simultanée de l'oreille moyenne, et gênent l'enlèvement opératoire des polypes qui peuvent se former.

Le *diagnostic* des exostoses n'offre pas de difficultés quand on a quelque expérience, à cause de l'aspect caractéristique. Seulement si le revêtement du méat est enflammé et tuméfié, la tumeur rouge, suppurante peut être prise pour la peau du conduit auditif soulevée ou pour un polype. Mais la résistance de la tumeur à la pression de la sonde ne permet aucun doute sur sa nature.

Traitement. — Les badigeonnages locaux avec la teinture d'iode et les solutions de pierre infernale, recommandés pour amener la résorption de l'excroissance, non seulement se montrent inutiles, mais ils peuvent aussi provoquer une inflammation et ulcération douloureuse du revêtement cutané de l'exostose. L'usage interne des préparations iodées et mercurielles n'est indiqué que quand l'affection a une base syphilitique probable.

Là où les exostoses ont atteint un développement tel, que, par suite de l'obstruction complète du conduit auditif, il y a surdité grave, avant de se décider à une opération, on fera des essais de dilatation, qui donnent parfois des résultats très favorables. Si l'on réussit, par l'introduction longtemps continuée de corps solides entre l'excroissance et la paroi du conduit auditif, à produire, par atrophie de pression sur l'exostose, une légère fissure dans la lumière du méat, cela suffit parfaitement pour le passage des ondes sonores. BONNAFONT (*Union médicale*, 1863) décrit trois cas de surdité grave à la suite d'exostoses du conduit auditif, où la fonction normale reparut, après qu'on eût rétabli une fente légère entre l'exostose et le méat par l'introduction prolongée de petites tiges métalliques. v. TRÖLSTCH a vu des exostoses diminuer de grosseur, à la suite de l'introduction pendant de longues années de baguettes de *laminaria*. Dans un cas où un fragment de *laminaria*, resté dans le conduit auditif, fut la cause d'une nécrose superficielle de la paroi, l'enlèvement du petit séquestre élargit beaucoup le canal et l'ouïe reparut.

Le rétrécissement du conduit auditif en forme de fente par l'exostose amène derrière la stricture l'accumulation de masses cérumineuses et épidermiques. Leur enlèvement, au moyen des injections ordinaires, est rarement possible, parce que le jet d'eau ne peut pénétrer par la fente qu'avec une force insuffisante. En pareils cas, on arrive le plus rapidement au but en poussant la pointe de la sonde du tympan (pag. 432) vers le fond, à travers la fente, puis en injectant dix gouttes d'une solution tiède de glycérine sodique, au moyen d'une seringue de PRAVAZ, dont l'ajutage s'adapte à l'extrémité postérieure de la sonde. Les masses ramollies de cette manière peuvent être facilement expulsées le jour suivant, en injectant de l'eau chaude avec une grosse seringue, adaptée à la sonde du tympan. Le même procédé se recommande d'une façon générale dans les cas de strictures membraneuses ou osseuses du conduit auditif, pour enlever, des parties profondes de l'oreille, l'exsudat purulent, épaissi ou caséux.

L'*enlèvement chirurgical* des exostoses est indiqué: 1° quand il y a surdité grave à la suite d'obturation complète du méat par l'exostose; 2° dans les suppurations de l'oreille moyenne, quand l'écoulement du pus est empêché par l'excroissance osseuse. En pareils cas, une intervention rapide est

indiquée d'une manière d'autant plus pressante, si déjà des symptômes de rétention du pus se font remarquer.

Parmi les méthodes opératoires proposées pour l'enlèvement des exostoses, sont à citer : 1° *L'excision au moyen d'un ciseau creux* (HEINECKE, CASSELLS, un cas de l'auteur). Ce procédé a l'avantage d'éloigner rapidement l'excroissance, mais il exige de grandes précautions, à cause de la forte hémorragie, qui empêche de voir le champ de l'opération, et du danger possible d'une blessure des parties profondes par glissement de l'instrument (FIELD). ALDINGER a obtenu, dans un cas, par cette opération, la guérison complète avec rétablissement de l'ouïe. 2° *La perforation de l'exostose à l'aide d'une lime* (BONNAFONT), d'un foret et de la machine à forer des dentistes (MATHEWSON, DELSTANCHE fils, BREMER). Ce procédé est moins violent que le premier, mais le résultat est beaucoup moins sûr, parce que le canal de perforation se ressoude fréquemment malgré l'introduction de petites tiges d'ivoire et de chevilles de plomb. BONNAFONT (*Union médicale*, 1868) décrit un cas de guérison d'une surdité totale par trépanation, à l'aide d'une lime ronde, d'une exostose fermant complètement la partie moyenne du conduit auditif. L'excroissance de 6 à 7 mm d'épaisseur fut percée dans l'espace de dix jours et le canal maintenu ouvert par l'introduction de petites tiges d'ivoire. 3° *L'arrachement au moyen d'une pince à mors* bien construite (J.-P. CASSELLS), qui ne peut s'employer que pour les exostoses pédiculées et situées dans le voisinage de l'orifice externe de l'oreille. Dans un cas opéré par KNORRE, l'enlèvement fut facilité en introduisant l'une des branches de la pince dans un trou percé dans l'exostose, tandis qu'avec l'autre branche la tumeur fut saisie et enlevée. 4° *La destruction galvanocaustique de l'excroissance osseuse*, recommandée par VOLTOLINI et DELSTANCHE; elle est très lente, mais elle offre l'avantage de n'être accompagnée que d'une légère hémorragie et de douleurs modérées. MOOS a obtenu la guérison dans un cas par l'emploi combiné de la galvanocaustique avec l'introduction de tentes de *laminaria*. 5° *L'excision à l'aide d'une scie à chaînette fine* ou la ligature au moyen d'un *fil métallique* ne peuvent être que rarement pratiquées. Pour les excroissances pédiculées, à base étranglée, la *ligature élastique* de v. DITTEL peut se recommander.

L'ATRÉSIE ACQUISE du conduit auditif externe est amenée : 1° Par le contact direct des parois du méat dépouillées d'épiderme, dans le cours d'otites externes secondaires, provoquées par des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. 2° Par carie et nécrose combinées de l'apophyse mastoïde et des parois du méat; à la suite de la chute d'un ou de plusieurs séquestres, le tissu de granulation pénétrant dans le conduit auditif se soude avec les parois de ce dernier et se transforme ensuite en tissu connectif fibreux ou en tissu osseux. En pareils cas, il n'est pas rare de trouver, à côté de l'atrésie osseuse du méat, des dépressions cicatricielles sur l'apophyse mastoïde. 3° Par adhérence de granulations considérables, partant des parois de la partie osseuse et en remplissant complètement la lumière, après que le contact prolongé des excroissances a détaché leur épithélium. Ici aussi le tissu conjonctif qui bouche le conduit auditif se transforme en une masse fibreuse ou en tissu osseux. Dans un cas, où un polype pédiculé atteignait jusqu'à l'ouverture externe de l'oreille et où l'opération fut refusée, je trouvai plus tard à l'exploration une atrésie du conduit auditif, due à la soudure du polype avec ses parois de tous les côtés. 4° Par lésions traumatiques (SAMUEL SEXTON), corrosion, brûlure et ulcération des parois du méat. En pareils cas, la

soudure est amenée, soit par le contact des parois dépouillées, soit par le contact des granulations se produisant sur les surfaces ulcérées. 5° Par inflammation périauriculaire, phlegmoneuse, s'étendant au conduit auditif, avec formation d'une masse adhérente de tissu connectif dans le méat cartilagineux (LADREIT DE LACHARRIÈRE).

L'atrésie conjonctive est produite soit par un *septum membraneux*, tendu généralement à l'entrée de l'oreille ou dans la partie osseuse, soit par une masse de tissu connectif prolongée sur une épaisseur variable. L'atrésie osseuse, généralement d'une grande épaisseur, siège le plus souvent dans la portion interne du conduit auditif osseux, plus rarement le canal est rempli en entier par la masse osseuse.

Les symptômes objectifs de l'atrésie varient avec son siège et son extension. Aussi bien dans les atrésies conjonctives que dans les atrésies osseuses, les parois du conduit auditif se continuent dans la partie adhérente sans ligne de démarcation, ce qui donne au canal l'aspect d'un cul-de-sac. Plus l'atrésie s'étend en dehors et plus le canal auriculaire apparaît court. C'est là une circonstance importante pour le diagnostic de l'atrésie. Quand elle est limitée à la portion la plus interne du méat osseux, la surface de la partie adhérente pourrait être prise pour la membrane tympanique. Mais l'effacement de toute démarcation entre les parois latérales et le fond, l'absence de la courte apophyse et du manche du marteau, et la distance plus courte du fond à l'orifice externe de l'oreille, comparativement à celle de l'autre côté, fournissent des points de repère suffisants pour le diagnostic de l'atrésie.

Il faut en outre faire le sondage de la place adhérente, pour déterminer si l'on a devant soi une soudure conjonctive ou osseuse. Dans le dernier cas, le fond donne la sensation de la dureté d'un os. Il est plus difficile de distinguer un septum membraneux d'une adhérence conjonctive prolongée, en particulier si la membrane tendue est un peu épaisse et résistante.

En pareils cas, l'épreuve de l'ouïe donne parfois des renseignements sur l'épaisseur de l'atrésie. Dans l'atrésie osseuse ou les soudures conjonctives prolongées, il y a généralement surdité ou dureté grave de l'ouïe; quand l'oblitération est membraneuse (formation d'un septum), au contraire, il peut y avoir encore une distance d'audition considérable pour le langage. Mais, comme la perception du langage à haute voix se fait en partie par les os de la tête, il convient de se servir d'un tube acoustique pour l'épreuve du langage. Dans les cas de soudures osseuses ou d'adhérences connectives prolongées, la parole n'est pas comprise ou l'est difficilement par le tube acoustique. Dans le cas d'une oblitération membraneuse de faible épaisseur, au contraire, même la parole à voix basse est bien perçue, pourvu que l'appareil tympanique et le labyrinthe n'aient pas subi d'altérations profondes. Là où le langage murmuré est compris par le tube acoustique, on peut donc conclure avec grande vraisemblance à la présence d'un septum très mince, et cela est d'autant plus important au point de vue pratique, que, en pareil cas, on pourra se décider immédiatement à faire le traitement chirurgical de l'atrésie, tandis qu'il faut s'abstenir de toute opération dans les cas où le langage n'est pas compris par l'intermédiaire du tube acoustique.

Comme exemple de ce qui précède, je puis rapporter ici l'histoire abrégée d'un cas instructif, emprunté à ma pratique. Une jeune fille de douze ans fut affectée à l'âge de deux ans d'une otorrhée du côté gauche et deux ans plus tard aussi d'une suppuration de l'oreille droite. A l'âge de neuf ans, la suppuration cessa des deux

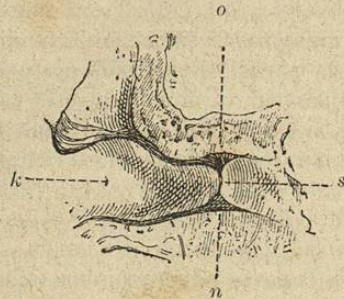


FIG. 216. — *k*, conduit auditif cartilagineux. — *s*, septum dans la partie osseuse. — *on*, partie périphérique épaisse du septum.

côtés. Tandis que, d'après le dire de sa mère, elle entendait bien avant l'arrêt de l'otorrhée, il survint une forte dureté d'oreille quand elle eut cessé. L'exploration montra une fermeture symétrique, en forme de cul-de-sac, des deux méats, à peu près vers le milieu de la partie osseuse. (Voir la représentation schématique du conduit auditif droit dans la fig. 216.) Le fond blanc-jaunâtre cède un peu au contact de la sonde. Distance de l'audition à droite et à gauche, pour l'acoumètre 1 cent, pour le langage à haute voix, 15 cent. Par le cornet acoustique, le langage murmuré est parfaitement bien entendu des deux côtés.

Appuyé sur ces résultats de l'épreuve de l'ouïe, je procédai à l'incision du septum avec l'aiguille à paracentèse. Il survint aussitôt une amélioration considérable de l'audition à droite, 8 cent. pour l'acoumètre et 5 mètres pour le langage, à gauche le septum se montra beaucoup plus épais et résistant, et l'amélioration de l'ouïe fut également moindre qu'à droite. Après l'opération, des chevilles de plomb furent introduites pour empêcher une adhérence nouvelle¹ et furent laissées en place pendant plusieurs semaines avec de courtes interruptions. Le résultat fut le suivant : à droite persistance de l'ouverture par formation d'une peau sur les bords séparés du septum et amélioration persistante de l'ouïe, à gauche légère réaction sur la place incisée et plus tard adhérence nouvelle des parois du méat.

Quand la fermeture cicatricielle du conduit auditif cartilagineux a lieu dans le voisinage de l'orifice externe de l'oreille, surtout si le septum a une grande épaisseur, la simple incision suivie de l'introduction de chevilles de plomb ne suffit pas, et il convient en pareils cas, avant de placer ces dernières, d'enlever une partie du tissu cicatriciel (LADREIT DE LACHARRIÈRE, SAMUEL SEXTON).

Il y aurait encore à parler ici de ces soudures partielles du conduit auditif externe, qui résultent du contact immédiat de granulations dépouillées d'épiderme, situées en face l'une de l'autre. Dans un cas de furonculose du conduit auditif, observé par ENGELMANN (*Arch. f. Ohr.*, IV), il se forma, par adhérence de deux granulations se faisant face au milieu du méat cartilagineux, un pont en forme de corde, traversant la lumière du conduit auditif, qui se rompit plusieurs jours après par resserrement spontané. BING (*Wiener med. Blätter*, 1879) a observé la formation d'un cordon semblable, à la limite entre la partie cartilagineuse et la partie osseuse du méat, dans le cours d'une otite externe consécutive, qui disparut après l'incision chirurgicale, suivie de la cautérisation des surfaces séparées avec la liqueur de fer muriatique.

¹ L'introduction de tubes de plomb de grosseur convenable serait préférable à celle des chevilles, en ce que le patient pourrait entendre aussi pendant que le tube est en place.

VI. — CORPS ÉTRANGERS DANS L'OREILLE

On sait que des corps étrangers s'observent le plus fréquemment dans le conduit auditif externe des enfants, qui y introduisent les choses les plus diverses, telles que : des pois, des haricots, des morceaux de papier, des noyaux de cerise, des grains de café, des graines de caroube, de petits cailloux, des perles de verre, des billes de bois, des graines de fruit, de la cire à cacheter et des bouts de crayon, des boutons de métal, des grains de plomb, etc. Chez les adultes, les corps étrangers pénètrent généralement par accident dans le méat. Ce sont le plus souvent, d'après mes observations, des morceaux de camphre et d'ail, qui sont introduits dans le conduit auditif pour apaiser des douleurs de dents et d'oreille ; en outre, des objets employés pour gratter l'intérieur de l'oreille, en particulier fréquemment les têtes en os ou en porcelaine des crayons à prendre des notes, plus rarement des boulettes de papier, cure-dents, allumettes et cure-oreilles. En outre, il n'est pas rare que des tampons de coton, des feuilles et des fragments de branches, des débris de racines, des grains de froment et de millet, de la balle d'avoine et d'orge, pénètrent dans le conduit auditif.

Les symptômes provoqués par la présence de corps étrangers dans l'oreille n'ont pas autant d'importance qu'on l'admettait autrefois. L'expérience montre plutôt, que les conséquences attribuées aux corps étrangers sont, sauf dans de rares exceptions, amenées par des essais d'extraction maladroits, entrepris par une main non exercée.

Dans un très grand nombre de cas, examinés pour d'autres altérations de l'ouïe, j'ai rencontré dans le conduit auditif les objets les plus divers, dont les malades n'avaient aucun soupçon et qui certainement devaient séjourner depuis longtemps dans l'oreille. J'ai trouvé une fois un morceau de crayon long de trois centimètres, qui, au dire du malade âgé de soixante-dix ans, était depuis cinquante ans déjà dans le méat. Comme le malade ne ressentait aucun malaise, il ne s'en préoccupa pas, jusqu'à ce que la dureté de l'ouïe, causée par un bouchon cérumineux, l'ait amené à rechercher l'assistance d'un médecin. — LUCAS enleva, en même temps qu'un bouchon de cérumen, un noyau de cerise gisant dans l'oreille depuis quarante ans. — Un cas semblable, où le noyau de cerise était dans l'oreille depuis quarante-deux ans, a été publié par ZAUPEL (*Prag. med. Wochenschr.*, 1881). — Chez un de mes auditeurs, qui, à propos d'une leçon sur les corps étrangers, me fit savoir qu'un morceau de crayon, introduit vingt-deux ans auparavant dans son oreille, était sorti spontanément, j'ai trouvé le bout de crayon, long de 1 cent., collé par du cérumen au milieu de la paroi inférieure du méat. — REIM a décrit un cas, où une molaire atteinte de carie séjourna quarante ans dans le conduit auditif, sans amener aucune altération. — BARR (*Glasg. med. Journ.*, XV) a observé un cas, où un pois était resté deux ans dans l'oreille, sans provoquer ni douleur ni inflammation. — MARCHAL (*Rev. méd. franç. et étrang.*, 1844) a extrait, sur un officier de cinquante ans, un grain de corail d'un chapelet, qui avait pénétré dans l'oreille lorsqu'il n'avait que cinq ans. — Un grand nombre d'observations semblables se trouvent décrites dans la littérature spéciale ancienne et récente.

Parfois pourtant des corps étrangers produisent non seulement de violents phénomènes réflexes sur le trajet des nerfs trijumeau et vague, qui four-

nissent des rameaux au conduit auditif externe, mais encore des attaques nerveuses générales, prolongées, qui ne disparaissent qu'après l'enlèvement des corps étrangers.

La littérature des maladies d'oreilles est riche en exemples de ce genre, dont je ne citerai que quelques-uns des plus intéressants. ARNOLDT (cité par MOOS) a trouvé chez une jeune fille, comme cause d'une toux longtemps persistante avec vomissements fréquents, la présence de deux haricots dans les conduits auditifs. Après l'enlèvement des corps étrangers, elle se remit complètement. — Dans un cas de TOYNBEE (*l.c.*), une toux opiniâtre cessa après l'extraction d'un morceau d'os sequestré. J'ai observé un cas analogue dans ma pratique. — FABRICIUS VON HILDEN (cité par v. TRÖLTSCH) a guéri une jeune fille atteinte d'épilepsie, de toux sèche, d'anesthésie de toute la moitié du corps et d'atrophie du bras gauche, par l'enlèvement d'un grain de verre, introduit depuis huit ans dans le conduit auditif. — HEYDENREICH (*Arch. f. Aug. und Ohr.* VI) a observé, dans un cas où des graines de soleil séjournaient depuis neuf ans dans le méat, par suite d'irritation des branches du trijumeau, des attaques mensuelles d'hémicrânie du côté opposé, avec sensation simultanée de piqure et de chaleur dans l'oreille affectée. — MACLAGEN (cité par WILDE) aurait guéri un cas d'épilepsie et de surdité par l'enlèvement d'un corps étranger de l'oreille.

En somme pourtant, les conséquences fâcheuses du séjour des corps étrangers dans l'oreille sont amenées par des tentatives d'extraction irrationnelles, violentes. Par là, non seulement le conduit auditif est blessé et parfois aussi la membrane tympanique, mais en même temps le corps étranger, généralement placé dans la partie cartilagineuse, pénètre dans la partie osseuse, où il s'enclave dans la portion la plus étroite, ou est poussé dans la cavité tympanique après déchirure de la membrane du tympan.

Ces blessures, accompagnées généralement de fortes hémorragies de l'oreille, provoquent une otite externe traumatique et parfois aussi une otite moyenne purulente, avec un vertige violent, à la suite desquelles le conduit auditif est tellement rétréci par gonflement et formation de granulations, que le corps étranger échappe à la vue et que son extraction devient très difficile ou tout à fait impossible.

Dans le cours de ces inflammations, le gonflement du conduit auditif peut disparaître spontanément ou par un traitement approprié, et alors l'enlèvement du corps étranger est facilité. Mais fréquemment l'inflammation et la suppuration sont entretenues par la présence du corps retenu, jusqu'à ce que celui-ci soit chassé spontanément avec le pus ou extrait. Là où la lésion et l'inflammation sont limitées au conduit auditif externe, la guérison se produit généralement, même après une longue durée de la maladie. Mais si la membrane tympanique est blessée et s'il se produit une suppuration de l'oreille moyenne, il reste souvent des destructions considérables de la membrane avec une grave dureté de l'ouïe. Dans un de mes cas, outre de forts bourdonnements d'oreilles non interrompus, il y avait hyperesthésie acoustique et céphalalgie persistante.

Que des essais brutaux d'extraction puissent amener aussi des complications dangereuses pour la vie, c'est ce que démontrent les cas publiés, où il

y a eu issue funeste par suite de méningite et d'abcès du cerveau (WEINLECHNER, FRENKL, WENDT, LUCAE, ZAUFAL).

Dans l'exploration du conduit auditif, il faut avant tout s'assurer de la présence du corps étranger, car il arrive assez souvent que sur des enfants, qui disent s'être introduit un corps étranger dans l'oreille, on n'en peut découvrir aucune trace. Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai trouvé le conduit auditif blessé par des tentatives violentes d'extraction faites auparavant. PILCHER (cité par TH. BAAR) et SZOKALSKY ont même observé une issue fatale, à la suite de tentatives de ce genre entreprises à l'étourdie, par méningite et corrosion de la carotide; LUCAE a observé une fois une blessure et carie de la paroi interne de la caisse avec surdité complète.

Après avoir constaté la présence du corps étranger, on a à se renseigner sur sa grandeur, sa forme, sa consistance et sa position. Fréquemment, il suffit d'un coup d'œil pour reconnaître le corps, mais fréquemment aussi, en particulier quand le corps est situé profondément ou couvert de sang extravasé et d'exsudat, l'appréciation est d'autant plus difficile, que des enfants ne sont souvent même pas en état d'indiquer quelle sorte de corps étranger ils ont introduit dans le méat.

La méthode d'enlèvement du corps étranger dépend de son siège, de sa consistance, de ses dimensions et de sa forme, et de l'état dans lequel se trouve l'oreille au premier examen, suivant qu'aucun essai d'extraction n'a encore été fait ou que le conduit auditif est déjà blessé, enflammé et gonflé par des tentatives violentes.

L'enlèvement des corps étrangers de l'oreille, sauf de rares exceptions, est très simple et très facile, dans le cas où des tentatives antérieures maladroites d'extraction n'ont pas créé des obstacles tels, que la sortie soit devenue difficile ou impossible. Malheureusement cela est si fréquent, que, d'après mes notes, c'est à peine si 10 % des cas viennent intacts au spécialiste. Dans la plupart des cas, par l'intervention des parents inquiets eux-mêmes ou du médecin le plus proche, qui n'a pas l'expérience de la chose, le corps est plutôt poussé dans le fond, enclavé, et en même temps le conduit auditif et la membrane tympanique sont blessés.

Le procédé le plus sûr et conduisant généralement au but, pour enlever les corps étrangers de l'oreille, consiste à faire de fortes injections tièdes, au moyen d'une grande seringue anglaise, dont le bout est relié avec un tube court de caoutchouc (LUCAE) ou mieux avec le tube représenté pag. 426. En poussant ce dernier jusqu'au corps étranger, la force du jet d'eau est notablement augmentée et le corps est chassé d'autant plus vite et plus sûrement. VOLTOLINI recommande, pour les corps lourds, par exemple les grains de plomb, de faire coucher le malade sur le dos et de lui faire renverser la tête en arrière pendant les injections, ce qui rendrait plus facile la sortie du corps étranger du sinus formé par la paroi inférieure du conduit auditif.

Si aucun essai intempestif d'extraction n'a été fait, comme cela arrive malheureusement si souvent, c'est à peine si l'on aura besoin d'avoir recours à un autre procédé qu'à celui des injections. Elles ne sont contre-indiquées que pour les têtes de crayon de note, si l'ouverture de la tête se