

fondeur, il convient de favoriser la pénétration du caustique en faisant, au couteau du galvano-cautère, des tranchées dans la tumeur.

Badigeonner la surface cruentée au pinceau, avec la solution arsenicale.

Laisser sécher et n'appliquer *aucun pansement*.

Suites.

Ces badigeonnages seront renouvelés *tous les deux jours*.

Entre le cinquième et le huitième jour, la croûte se détache aisément, et on trouve dessous une surface blanche, si tout le tissu morbide a été détruit ; ou une surface marbrée de rouge et de gris jaunâtre, s'il reste de l'épithélioma. Dans ce dernier cas, il faut recommencer des séries de badigeonnages comme précédemment.

Lorsque la *douleur* est vive — ce qui est rare — on peut saupoudrer la surface avec de la poudre d'orthoforme.

Dans certains cas, une forte *réaction inflammatoire*, rappelant l'érysipèle, se produit au voisinage de la lésion. On recourt dans ce cas aux pulvérisations chaudes de boricine, et aux applications de compresses trempées dans cette solution.

Cette réaction paraît avantageuse au point de vue de la sûreté des résultats.

AFFECTIONS RÉGIONALES

CRANE

PLAIES

PLAIE DU CUIR CHEVELU.

Le cuir chevelu divisé est plus ou moins décollé, saignant.

Pronostic. — A réserver (infection, érysipèle, hémorragies secondaires).

Traitement.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Catgut fin n° 0.

Drain de calibre moyen].

Opération.

Position.

Blessé dans le décubitus dorsal, la tête reposant sur un coussin et maintenue en position favorable.

Exécution.

En cas d'hémorragie, faire l'hémostase en serrant une bande de caoutchouc ou de toile autour de la tête, au-dessus des oreilles.

Raser le cuir chevelu, sur une large surface autour de plaie.

Brosser et savonner énergiquement, puis laver à l'alcool tous les *environs* de la plaie.

Déterger la *plaie* et tous ses recoins par de grands lavages à l'eau bouillie. La régulariser.
Ligaturer les artères un peu grosses qui donneraient. Quant aux artérioles intra-dermiques, les suturer un peu au delà du point saignant, en passant un fil de catgut sous la région et le serrant doucement, mais fortement.

Terminer par quelques *points de suture* au crin, obturant complètement la plaie, si celle-ci ne paraît pas infectée. Dans le doute, il est préférable de laisser un drain en région déclive.

Pansement.

Aseptique sec avec beaucoup d'ouate. Chevestre.

Suites.

Si le blessé n'accuse pas de douleurs, s'il n'y a pas de fièvre dans les jours qui suivent, laisser le pansement et ne l'enlever qu'*au huitième jour*.

En *cas de douleurs*, mettre un pansement humide quotidien.

PLAIE PÉNÉTRANTE DU CRANE.

Les os du crâne et parfois aussi la substance cérébrale sont intéressés.

Pronostic. — Variable, mais d'habitude grave. Il dépend de deux facteurs : d'une part, l'infection possible précoce ou tardive, d'autre part le degré de destruction de la substance nerveuse.

Traitement.

Procéder au plus vite à l'intervention qui suit :

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.]

Drain de calibre moyen.

Anesthésique.

Général : Chloroforme ou éther.

Aides.

Au moins un (pour l'anesthésie)].

Opération.

Position.

Décubitus dorsal, tête en situation favorable, sur un coussin.

Exécution.

Laver, raser, nettoyer minutieusement à l'eau bouillie chaude toute la région.

Débrider le cuir chevelu, *enlever les esquilles superficielles*. Au besoin, prolonger ce travail de nettoyage jusqu'à

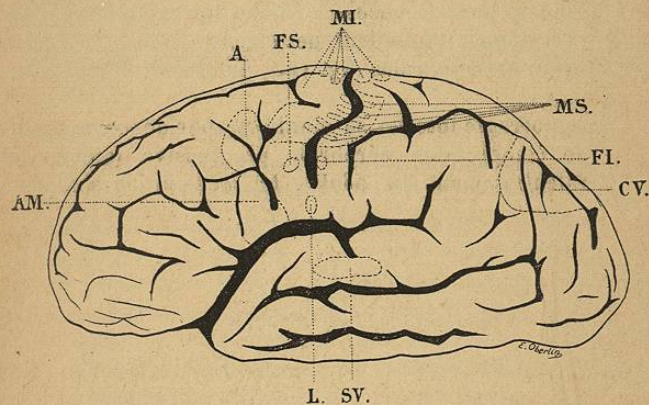


Fig. 124. — Principales localisations cérébrales.
 (Ricard et Launay.)

AM, aphasia motrice. — A, agraphie. — FS, facial supérieur. — FI, facial inférieur. — MI, membre inférieur. — MS, membre supérieur. — CV, cécité verbale. — SV, surdité verbale. — L, hypoglosse.

la dure-mère, jusqu'à la substance cérébrale. *Enlever les corps étrangers*, si on en rencontre.

Laisser un *drain* dans le trajet.

Pansement.

Aseptique sec. Chevestre, monocle, etc., suivant l'emplacement de la plaie.

Suites.

Enlever le drain au bout de *trois à quatre jours*, s'il n'y a pas d'accidents.

Mettre un pansement aseptique sec.

Complications.

Accidents précoces. — La méningo-encéphalite est à redouter. Pour essayer de l'éviter, appliquer à la moindre menace, une vessie de glace sur la tête et administrer des purgatifs.

Accidents tardifs (abcès cérébral, lésions irritatives). Se guider, pour la nécessité d'une intervention, sur les symptômes, la douleur nettement localisée, les localisations cérébrales (fig. 124), au besoin la radiographie.

L'hémorragie interne se manifeste par des symptômes de compression cérébrale progressive (stertor et ralentissement du pouls). La trépanation s'impose.

CEIL

—

PLAIES

Plaie ayant intéressé l'une des membranes de l'œil dans toute son épaisseur (sclérotique ou cornée) ou les trois enveloppes à la fois (sclérotique, choroïde, rétine).

Traitement en général.

Quel que soit le genre de plaie, commencer par *désinfecter rigoureusement l'œil*.

Recourir à des lavages abondants avec une solution chaude de sublimé : 4 pour 5000 (sans alcool et soigneusement filtrée). Le liquide pénétrera dans les culs-de-sac conjonctivaux, dans l'angle interne de l'œil. On nettoiera également la surface externe des paupières, le bord des cils, et aussi toutes les régions avoisinantes (front, nez, pommettes...), pour peu qu'elles aient été souillées.

Le *pansement* sera aseptique sec ou humide, suivant le plus ou moins d'intensité des phénomènes inflammatoires. Le pansement sec consistera en une ou plusieurs rondelles de gaze aseptique de la grosseur de la paume de la main, recouvertes d'un coussinet d'ouate hydrophile aseptique de même dimension, le tout maintenu par une bande de crépon roulée en monocle.

Dans le pansement humide, les rondelles de gaze seront plus nombreuses et imprégnées d'eau bouillie généralement chaude.

PLAIE DE LA CORNÉE.

La conséquence est l'écoulement au dehors de l'humeur aqueuse et la disparition de la chambre antérieure; œil hypotone; souvent l'iris fait hernie. Le cristallin peut être intéressé (cataracte traumatique).

a. *Plaie de la cornée seule.*

Pronostic. — Généralement bénin.

Il subsiste parfois un leucome qui tend à s'éclaircir dans la suite chez les sujets jeunes, ou parfois il se développe de l'astigmatisme.

Traitement (Terrien).

Si la plaie est centrale et le prolapsus irien léger, instiller une goutte ou deux du collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine	0,05 centigr.
Eau distillée	5 grammes.

Agir avec prudence (à cause de l'augmentation de tension provoquée par l'atropine).

Si la plaie est périphérique (généralement avec hernie irienne), instiller deux à trois gouttes du collyre suivant :

Salicylate d'ésérine	0,03 centigr.
Nitrate de pilocarpine	0,10 —
Eau distillée	10 grammes.

A répéter plusieurs fois par jour.

En cas d'échec, et si les phénomènes inflammatoires ne cèdent pas rapidement, ne pas s'attarder longtemps à ces moyens et recourir à l'excision du prolapsus, l'œil étant au préalable anesthésié avec quelques gouttes de solution de cocaïne à $\frac{1}{20}$, et en employant les pinceaux bien aseptisés.

Recouvrir d'un pansement aseptique sec. Monocle.

Suites.

Si malgré le traitement, la plaie s'infecte (kératite suppurée) arroser l'œil quatre fois par jour et largement avec une solution de sublimé à $\frac{1}{1000}$, puis appliquer de la pommade iodoformée (Valude).

b. *Plaie intéressant la cornée et le cristallin.*

Caractères. — Aspect laiteux du champ pupillaire. Hypertonie.

Évolution. — Différente, suivant l'état de septicité de l'agent vulnérant, l'étendue de la blessure, l'âge du blessé (chez les jeunes sujets, la résorption spontanée de la cataracte est fréquente), l'état d'intégrité des autres parties du globe oculaire.

Traitement (Terrien).

Essayer du *traitement médical* : trois à quatre sangsues à la tempe.

Application sur l'œil de compresses trempées dans l'eau de sureau bouillie et très chaude et renouvelées fréquemment.

Instillation de collyre à l'ésérine et la pilocarpine (p. 452). Au besoin, injection sous-cutanée de morphine à la tempe; à l'intérieur, antipyrine.

En cas d'échec de ces moyens, il faut procéder à l'extraction du cristallin.

Quelle que soit la plaie, instiller tous les jours dans l'œil quelques gouttes de collyre au bleu de méthylène :

Bleu de méthylène chim. pur	0,05 centigr.
Eau distillée	25 grammes.

et introduire dans le cul-de-sac conjonctival gros comme un grain de riz de la pommade suivante :

Iodoforme pulvérisé	0,20 centigr.
Vaseline pure	10 grammes.

Recouvrir l'œil d'un *pansement aseptique sec* ou humide, suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a des phénomènes inflammatoires. Monocle.

PLAIE DE LA SCLÉROTIQUE.

Pronostic. — Généralement bénin. Pourtant l'infection peut y développer la cataracte, l'irido-choroïdite ou même la panophtalmie.

Traitement.

En cas de *plaie sous-conjonctivale*, appliquer un pansement aseptique sec et mettre le blessé au repos absolu.

Si la plaie intéresse la *conjonctive et la sclérotique*, une intervention est nécessaire.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[*Instruments.*

Ciseaux très fins (fig. 125).



Fig. 125.
Ciseaux fins.

Ecarteurs petits (ou blépharostat).

Aiguille courbe fine.

Pince fine, à iridectomie.

Pince à forcipressure ou porte-aiguille.

Catgut n° 00.

Anesthésique.

Local : solution de cocaïne à $\frac{1}{20}$ pour instillations.

Aides.

Au moins un].

Opération.

Position.

Blessé dans le décubitus dorsal, la tête en pleine lumière.

Instiller quelques gouttes de solution de cocaïne dans le cul-de-sac inférieur.

Exécution.

Au bout de quelques minutes, pendant que l'aide — à moins que l'on ne possède un blépharostat — écarte les paupières, laver soigneusement la plaie et les culs-de-sac à l'eau bouillie.

Réséquer s'il est nécessaire, la hernie de la choroïde, d'un coup de ciseau au ras de la cornée.

Suturer la conjonctive, sans toucher à la sclérotique, avec quelques points de suture au catgut.

Pansement.

Aseptique sec.

Monocle.

Repos absolu au lit pendant quelques jours.

PLAIE DES TROIS ENVELOPPES DE L'OEIL (Sclérotique, choroïde, rétine).

La guérison est assez facile quand la plaie est aseptique et que l'humeur vitrée est sortie en faible quantité. Dans le cas contraire, redouter la chorio-rétinite. L'acuité visuelle peut être dans tous les cas plus ou moins altérée.

Traitement.

Le même que pour les plaies de la sclérotique.

Suturer exactement la conjonctive au-devant de la plaie profonde.

Repos absolu au lit pendant une huitaine de jours.

PAUPIÈRES.

Traitement.

Si la division est *incomplète*, nettoyer la plaie aseptique-

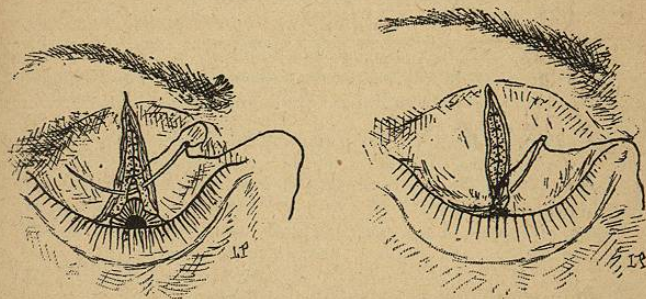


Fig. 126. — Réunion d'une plaie de la paupière (d'après Lejars).

*A gauche, surjet muqueux ; à droite, réunion cutanée.

ment et mettre un petit pansement aseptique sec (peu serré).

Si la division est *complète*, réunir comme suit.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Aiguille courbe fine.
Catgut fin n° 00 ou 0].

Opération.

Réunir par un *surjet de catgut* fin les deux lèvres muqueuses (fig. 126).

Réunir le bord libre par un point *traversant le cartilage* tarse.

Achever la *réunion de la peau* de bas en haut.

Pansement.

Aseptique sec.
Monocle.

Suites.

Supprimer le pansement au *huitième jour*.

BRULURES DE L'ŒIL

Ces brûlures qui intéressent la conjonctive ou la cornée, ou les deux membranes à la fois, sont dues à des corps surchauffés liquides ou solides, à des agents chimiques (phosphore, chaux), au vitriol, etc.

Pronostic. — Réservé, les lésions étant souvent plus profondes que les symptômes du début ne le font soupçonner. La cornée peut être perforée par un processus nécrotique et le globe oculaire perdu consécutivement.

Toutes proportions gardées, la fonte, le fer, l'acier, le cuivre à points de fusion très élevés, brûlent plus profondément que le plomb, le zinc, l'étain, et ceux-ci plus profondément que le phosphore, la chaux vive, les paillettes métalliques.

Traitement.

Si la brûlure est due à un *agent liquide*, laver abondamment l'œil et les culs-de-sac à l'eau bouillie ou, au besoin, à l'eau froide.

Si la brûlure est due à un *corps solide* (plomb fondu, fer, acier en fusion...) enlever d'abord à la pince tous les débris restants et procéder ensuite à un lavage abondant. Lorsqu'il s'agit de la *chaux* en particulier, laver

l'œil à l'eau sucrée (saccharate de chaux insoluble). Dans un cas comme dans l'autre, introduire ensuite de la vaseline stérilisée *entre les paupières* et recouvrir celles-ci d'une compresse de gaze ou d'ouate hydrophile imprégnée d'eau bouillie tiède, compresse que l'on renouvellera toutes les heures.

Suites.

Surveiller les paupières par des visites *quotidiennes*. Introduire tous les jours de la vaseline stérilisée dans les culs-de-sac que l'on *mobilisera* par des tractions dans tous les sens. Au besoin, glisser dans les culs-de-sac de fines lanières de gaze enduite de vaseline.

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒIL

I. — CORPS ÉTRANGER DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE

Grains de poussière, de charbon, éclats de verre, etc., logés la plupart du temps à la face interne de la paupière supérieure.

Caractères. — Douleurs, photophobie, conjonctivite, larmoiement.

Diagnostic. — Exploration du cul-de-sac inférieur, puis du cul-de-sac supérieur (dire au malade de regarder en bas, prendre le bord ciliaire entre le pouce et l'index droits, déprimer avec l'index gauche la partie inférieure de la paupière supérieure, et faire basculer le tarse de bas en haut) (fig. 127).

Traitement.

Si le corps est dans le cul-de-sac supérieur, essayer de l'enlever en le poussant avec une feuille de papier enroulée.

S'il ne se mobilise pas, recourir à l'intervention suivante.

Préparatifs.

I. — Avant l'opération.

Instruments.

Une pince fine.

Une paire de ciseaux courbes.

Liquides.

Solution d'eau boriquée à 30 p. 1000.

Solution de chlorhydrate de cocaïne à $\frac{1}{20}$, de fraîche préparation, avec un compte-gouttes.

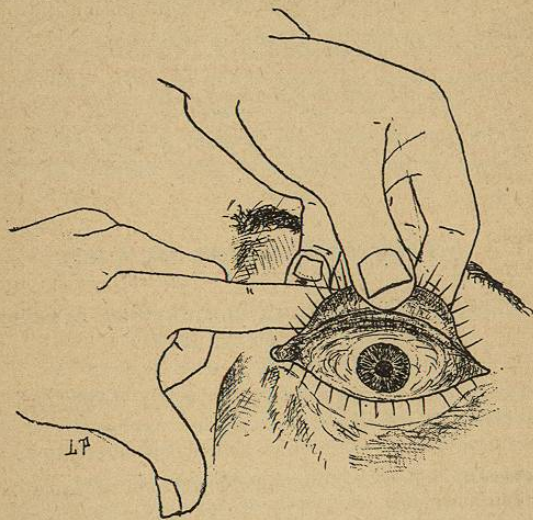


Fig. 127. — Retournement de la paupière pour l'exploration du cul-de-sac supérieur.

Matériel de pansement.

Ouate hydrophile.

II. — *Préparatifs de l'opération.*

Instruments, matériel.

Stériliser les instruments (p. 24) et faire tiédir l'eau boriquée au bain-marie.

Malade.

Instiller dans le grand angle de l'œil, quelques gouttes

de solution de cocaïne, le sujet conservant la tête renversée en arrière.

Attendre trois à quatre minutes.

Opération.

Position.

Sujet assis en face de l'opérateur, en pleine lumière.

Exécution.

Essayer d'enlever le corps étranger *avec la pince*.

En cas d'échec, *exciser d'un coup de ciseaux courbes* le corps étranger avec la muqueuse sous-jacente.

Laver l'œil avec un tampon imprégné d'eau boriquée tiède.

Pas de pansement.

Suites.

Le malade évitera l'air vif, les poussières, la lumière intense, pendant deux jours. Il se lotionnera l'œil plusieurs fois par jour à l'eau boriquée tiède.

II. — CORPS ÉTRANGER DE LA CORNÉE

Grains de poussière, de charbon, pailles d'acier, etc...

Caractères. — Douleur, photophobie, blépharospasme, kérato-conjonctivite, larmoiement.

Pronostic. — Réservé : complications graves possibles (hypopyon, panophtalmie), si le corps a contusionné fortement la cornée ou s'il était chargé de produits septiques. Les dangers d'infection de la plaie seront bien plus grands si la dacryocystite, une conjonctivite muco-purulente, la cachexie alcoolique viennent compliquer le traumatisme. D'où extraction nécessaire le plus vite possible.

En tous cas, il reste parfois à la suite de certains corps étrangers (éclats de fonte chez les ébarbeurs), même enlevés rapidement, un leucome avec perte plus ou moins étendue de l'acuité visuelle.

Diagnostic. — Le diagnostic de la situation du corps étranger (qui peut être à la surface de la cornée, dans l'épaisseur de cette membrane ou dans la chambre antérieure), se fait grâce à l'*éclairage oblique* (faire converger sur la cornée avec une loupe les rayons d'un foyer lumineux latéral).

Traitement.

A. Corps étranger à la surface de la Cornée (cas le plus fréquent).

Préparatifs.**I. — Avant l'opération.****Instruments.**

Une aiguille à cataracte (fig. 128) (à son défaut, on peut prendre une grande aiguille de couturière).



Fig. 128.
Aiguille à cataracte.

Liquides.

Solution boriquée à 30 p. 1000.

Solution fraîche de chlorhydrate de cocaïne à $\frac{1}{20}$, avec compte-gouttes.

Matériel de pansement.

Ouate hydrophile.

II. — Préparatifs de l'opération.**Instruments, matériel.**

Stériliser l'aiguille à cataracte (p. 21).

Faire tiédir l'eau boriquée au bain-marie.

Malade.

Instiller quelques gouttes de la solution de cocaïne dans le grand angle de l'œil du sujet qui tiendra la tête renversée en arrière pendant trois à quatre minutes.

Opération.**Position.**

Sujet couché sur une table, dans le décubitus dorsal, la tête reposant sur un coussin, l'opérateur derrière la tête.

Exécution.

Passer doucement la pointe de l'aiguille à la surface de la cornée, en la faisant agir bien obliquement, et entraîner le corps étranger.

On pourrait employer un aimant ordinaire, si le corps était en fer ou en acier.

Laver l'œil à l'eau boriquée.

Pas de pansement.

Suites.

Le sujet évitera pendant quelques jours la lumière vive, l'air violent et les poussières.

B. Corps étranger dans l'épaisseur de la Cornée.**Préparatifs.****I. — Avant l'opération.****Instruments.**

Une aiguille à cataracte (ou une grande aiguille ordinaire).

Une pince fine.

Solutions.

Solution de sublimé à 1/5000.

Solution fraîche de chlorhydrate de cocaïne (à 1/20) avec un compte-gouttes.

Solution de sulfate d'ésérine (à 10 centigrammes pour 20 grammes).

Objets de pansement.

Quelques tampons d'ouate hydrophile.

Un tampon d'ouate assez épais, de l'étendue d'une paume de main recouvert de gaze aseptique.

Une bande de crépon ou de toile ordinaire de 4 à 6 mètres de longueur sur 5 à 6 centimètres de largeur.

II. — Préparatifs de l'opération.**Instruments.**

Stériliser l'aiguille et la pince fine (p. 21).

Malade.

Instiller dans le grand angle de l'œil du sujet, dont la tête est renversée, quelques gouttes de solution de cocaïne.

Au bout de trois à quatre minutes, laver soigneusement

l'œil *extra et intus*, en y faisant couler avec les tampons la solution de sublimé.

Opération.

Position.

Sujet dans le décubitus dorsal, la tête sur un coussin, l'opérateur derrière la tête.

Exécution.

Creuser la cornée par *raclages* successifs avec l'aiguille autour du corps étranger, de façon à pouvoir soulever ce dernier, en l'abordant par derrière avec la pointe de l'instrument : le cueillir avec la pince.

Au cas où il y aurait des *taches de rouille* aux environs du corps étranger, enlever ces tâches par grattage discret.

Si les délabrements ont été importants, il sera bon de faire une instillation de une à deux gouttes de collyre au sulfate d'ésérine.

Pansement.

Tampon d'ouate recouvrant une rondelle de gaze stérilisée. Monocle très légèrement compressif.

Suites.

Enlever le pansement au bout de *quarante-huit heures*. Le malade évitera pendant quelques jours la lumière intense, l'air vif et les poussières.

Si des phénomènes *inflammatoires* apparaissent (kératite infectieuse) appliquer un pansement aseptique humide que l'on renouvellera tous les jours — et traiter la kératite ou les autres complications par les moyens de la spécialité ophtalmologique.

ÉNUCLÉATION

Ablation du globe de l'œil, avec conservation des parties molles de l'orbite. Préférable à l'éviscération qui consiste dans l'enlèvement du globe oculaire et de toutes les parties molles intra-orbitaires.

Indications. — Phénomènes inflammatoires graves, compromettant l'œil opposé (ophtalmie sympathique). Phlegmon, panophtalmie (pus ayant perforé en arrière le globe oculaire).

Technique.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[I. *Instruments.*

Deux écarteurs petits (ou un blépharostat)

Une paire de ciseaux courbes.

Une pince à griffes.

Un stylet coudé à angle droit, à son extrémité.

Matériel de pansement.

Gaze iodoformée à 10 p. 100.

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Deux (un pour l'anesthésie).

II. *Malade.*

Laver l'œil (paupières et globe) avec la solution de sublimé à 1/5000].

Opération.

Position.

Malade dans le décubitus dorsal, la tête sur un coussin. Opérateur à droite du malade (s'il s'agit de l'œil droit), ou à gauche (œil gauche) ; un aide du côté opposé.

Exécution.

1. *Section de la conjonctive.* — Les paupières maintenues écartées, la conjonctive est saisie avec la pince à griffes à 6 à 7 millimètres du bord externe de la cornée, au niveau du diamètre transverse ; ouvrir le pli formé d'un coup de ciseaux et agrandir l'incision autour de la cornée, de façon à bien découvrir le tendon blanc et plat du droit externe.

2. *Section du droit externe.* — Le stylet coudé poussé sous l'insertion du tendon du muscle, ce dernier est sec-

tionné par les ciseaux à [quelques millimètres de son attache à la sclérotique.

3. *Section du nerf optique.* — Saisissant dans les mors de la pince le moignon restant du tendon droit externe, luxer l'œil en dedans et sectionner dans la profondeur le nerf optique.

4. Saisir le pôle postérieur du globe oculaire; l'attirant au dehors et en avant, *sectionner progressivement les insertions des autres muscles droits, puis des deux obliques.*

Pansement. — Tamponner la cavité à la gaze iodoformée. Pansement aseptique sec. Monocle.

Suites.

Le lendemain, enlever la gaze; laver la cavité avec une solution d'eau boricuée ou de sublimé à 1/3000. Y placer des tampons d'ouate aseptique.

Supprimer les pansements *au bout de cinq à six jours.*

Continuer les lavages pendant environ *trois semaines.*

Alors, seulement, quand la cavité n'est plus irritée et ne secrète plus, s'occuper de la mise en place d'un *œil artificiel* poli, sans rugosités, de volume correspondant à celui de la cavité. Cet œil sera enlevé tous les soirs, essuyé soigneusement avec de l'ouate hydrophile stérilisée, puis placé dans un verre rempli de solution boricuée tiède (à 40 pour 4000). — Ne le manipuler qu'avec des mains très propres.

FOSSES NASALES

CORPS ÉTRANGERS

Corps de nature variée; généralement introduits par l'orifice antérieur des fosses nasales et arrêtés à la partie antérieure du méat inférieur. Dans les rares cas de pénétration postérieure, ils s'arrêtent dans le méat moyen.

Symptômes. — Parfois, ces corps étrangers passent inaperçus: d'autres fois, douleur, gêne dans une narine, obstruction nasale, modification de la sécrétion (muco-purulente, fétide), gonflement et rougeur du nez accusés d'un seul côté.

Diagnostic. — Se fait au moyen des commémoratifs, de l'unilatéralité des lésions, du spéculum nasi, aidé de la projection de la lumière d'un miroir frontal. Chez les enfants, où il est difficile d'introduire ce spéculum, insinuer doucement un stylet le long du méat inférieur et recueillir la sensation du heurt contre le corps étranger.

Traitement.

On peut recourir à deux modes d'extraction.

A. Extraction directe (personnes dociles, corps étranger bien accessible).

B. Extraction indirecte (enfants, corps étranger difficilement accessible).

A. **Extraction directe.**

Préparatifs.

I. — *Avant l'opération.*

Instruments.

Spéculum de Duplay (fig. 129).

Miroir frontal avec source lumineuse (p. 206).

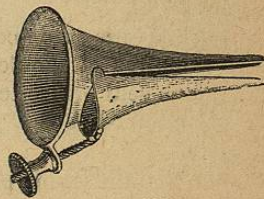


Fig. 129.

Spéculum de Duplay.