

Laver le nez du malade avec la solution boricuée tiède (s'écoulant du bock).

Suites.

Le malade replacé dans son lit, on lui mettra des tampons d'ouate dans les oreilles. On lui donnera une serviette pour qu'il puisse y cracher ou se moucher très doucement.

S'assurer au bout d'un quart d'heure, en abaissant la langue, qu'il n'y a pas d'hémorragie dans le pharynx. En cas d'hémorragie, appliquer de nouveau de l'eau oxygénée. Si l'hémorragie ne cesse pas, faire le tamponnement postérieur double.

Alimentation liquide pendant les deux premiers jours. Lever le lendemain ; chambre pendant huit jours.

OREILLES

CORPS ÉTRANGERS

Corps variables introduits généralement par des enfants, en jouant (pois, crayons d'ardoise...), parfois petits animaux vivants, larves, mouches, insectes.

Caractères. — a) Accident récent : symptômes peu accusés, à peine légère gêne ; diminution de l'ouïe.

b) Accident ancien : conduit auditif externe gonflé, rouge, ulcéré, saignant, avec écoulement purulent. Surdité, maux de tête. Bourdonnements. Parfois otite moyenne avec mastoïdite.

Pronostic. — A réserver, surtout s'il y a eu des tentatives précédentes d'extraction. Il peut se développer une otite aiguë capable de se propager au tympan et à la caisse et de passer à l'état chronique. Parfois, complications cérébrales (méningite, abcès) qui peuvent emporter le malade.

Diagnostic. — Commémoratifs. — Examen direct en pleine lumière, le pavillon redressé en arrière. — Examen à l'otoscope de Toynbee (fig. 138), avec lumière réfléchie par le miroir frontal. S'il existe de l'inflammation du conduit, commencer par des lavages biquotidiens pour le dégonfler et mieux y voir.

La coexistence de symptômes généraux (frissons, fièvre, délire, convulsions, avec ou sans localisation mastoïdienne), devra faire penser à un corps étranger de la caisse.

Traitement.

I. — LE CORPS ÉTRANGER EST DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Le traitement varie suivant que l'accident est récent (conduit non enflammé) ou qu'il date de quelques jours (conduit généralement enflammé).

A. **Accident récent.** — Le conduit est libre.

Si le corps étranger est vivant (mouches, insectes) commencer par le tuer en remplissant le conduit auditif d'huile d'olive ordinaire tiède, le malade tenant sa tête penchée du côté opposé.

1^{er} MOYEN. — Extraction indirecte par l'injection forcée.

Préparatifs.

Matériel.

Bock laveur avec canule de verre à orifice de dimension

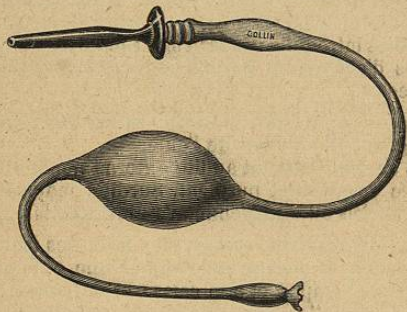


Fig. 135. — Injecteur, dit énéma.

moyenne ou seringue à hydrocèle, ou injecteur dit énéma (fig. 135).

Cuvette ordinaire.

Liquide.

Eau bouillie tiède.

Opération.

Position.

Sujet assis, la tête inclinée du côté lésé; la cuvette maintenue au-dessous de l'oreille par un aide quelconque.

Exécution.

L'opérateur attirant de la main gauche, en arrière et en haut, la partie supérieure du pavillon, dirige le jet sur la *paroi postéro-supérieure* du conduit (si l'on

emploie le bock, le placer à environ 1 mètre de hauteur).

Recommencer en employant trois à quatre seringues,

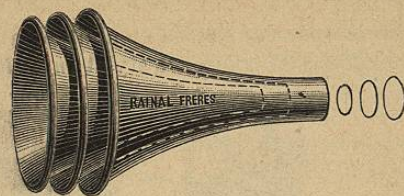


Fig. 136. — Jeu de spéculums de Toynbee.

ou en épuisant le contenu d'un nouveau bock, ou celui d'une cuvette (énéma).

Si le corps étranger ne vient pas, instiller quelques gouttes de glycérine dans l'oreille, mettre un tampon d'ouate, recommander au malade de se coucher sur cette oreille.

Suites.

Recommencer le lendemain, le surlendemain..., les injections forcées.

2^e MOYEN. — Extraction directe.

Préparatifs.

Instruments.

Spéculum de Toynbee (fig. 136), avec miroir frontal et source lumineuse (p. 206).



Fig. 137. — Stylet mousse recourbé du bout en crochet.

Stylet mousse recourbé du bout en crochet (fig. 137).

Anesthésique.

Général : chlorure d'éthyle (si l'on a affaire à des enfants indociles).

Opération.**Position.**

Décubitus dorsal, la tête sur un coussin.

Exécution.

Introduire le spéculum et, le conduit bien éclairé par le miroir (fig. 138), glisser le stylet *en arrière* du corps

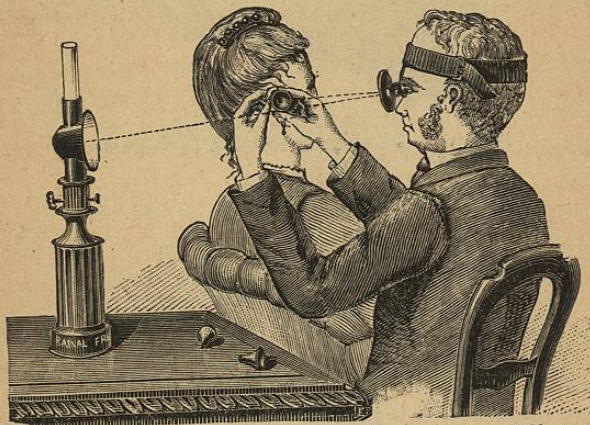


Fig. 138. — Position d'examen du conduit auditif.

étranger. Mobiliser celui-ci et essayer de le ramener au dehors. (On pourrait recourir encore avec avantage aux injections d'eau, comme plus haut).

Enfin, en cas d'*impossibilité absolue* d'extraction par les voies naturelles (volume, forme spéciale, enclavement), recourir au décollement du pavillon (p. 182).

B. Accident ancien. — Le conduit est enflammé.

Préparatifs.**Instruments.**

Spéculum de Toynbee, avec miroir frontal et source lumineuse.

Stylet mousse recourbé du bout (ne pas employer de pince), que l'on stérilisera en le passant dans la flamme du gaz ou d'une lampe à alcool.

Anesthésique.

Général : chlorure d'éthyle presque toujours nécessaire chez les adultes, toujours chez les enfants.

Malade.

Préparer l'oreille pendant quelques jours par des injections avec deux litres d'eau bouillie tiède (le bock placé à 50 centimètres au-dessus de l'oreille), répétées deux à trois fois par jour.

Après chaque injection, instiller quelques gouttes de glycérine phéniquée à 1/20. Puis mettre une boule d'ouate à l'entrée du conduit.

Opération.**Position.**

Décubitus dorsal, la tête bien fixée dans une position telle que le fond de l'oreille soit bien éclairé.

L'opérateur est assis et projette la lumière du miroir dans le fond du conduit.

Exécution.

A travers le spéculum, passer le stylet ; tâcher de le glisser entre le corps étranger et la paroi, puis le retourner entre les doigts pour ramener le crochet en arrière du corps, que l'on refoulera doucement d'arrière en avant.

Procédés divers pour corps étrangers spéciaux (Lejars).

Corps mous : les saisir avec une épingle incurvée à son extrémité et portée par une pince à forcipressure.

Perle de verre : introduire dans le trou une fine tige de laminaire, verser de l'eau bouillie dans le conduit : un quart d'heure après, tirer sur la tige qui, gonflée, entraîne le corps.

Bouton de bottine : essayer d'accrocher l'œillet avec l'épingle recourbée.

Crayon d'ardoise. — Introduire un morceau de bois (allumette) enduit à son extrémité de glu ou de colle forte ;

OPÉRATIONS JOURNALIÈRES.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.

appliquer cette extrémité contre le corps étranger.
Au bout d'un quart d'heure on tire et tout vient.

Pansement.

Le corps extrait, procéder à un lavage de l'oreille à l'eau bouillie, avec le bock placé à une hauteur de 50 centimètres. Mettre ensuite un tampon d'ouate.

Suites.

En cas de phénomènes *inflammatoires*, laver l'oreille deux fois par jour à l'eau boriquée tiède et instiller ensuite quelques gouttes de glycérine phéniquée à 1/20. Mettre un tampon d'ouate dans le conduit.
Faire ce traitement pendant plusieurs jours, jusqu'à cessation de toute inflammation.

II. — LE CORPS ÉTRANGER EST DANS LA CAISSE

Il faut décoller le pavillon, pour aller chercher le corps étranger.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[Instruments.

Un bistouri.
Une paire de ciseaux droits.
Une rugine.



Fig. 139. — Gouge étroite.

Une gouge étroite (fig. 139).
Un maillet (fig. 140).
Une pince à griffe.
Une sonde cannelée de Nélaton.
Douze pinces hémostatiques.
Une aiguille courbe.
Catgut n° 0 et 1.

Crins de Florence.

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Au moins deux, dont un pour l'anesthésie].

Opération.**Position.**

Sujet couché sur l'oreille opposée.

Exécution.

Faire dans le pli rétro-auriculaire une *incision courbe*

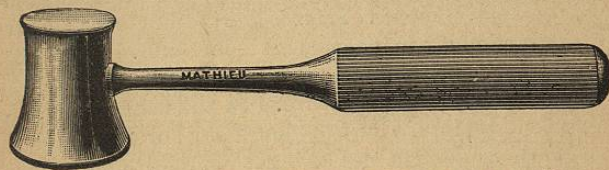


Fig. 140. — Maillet en bronze et à manche cannelé.

de 2 centimètres et demi chez l'enfant, de 4 centimètres et demi chez l'adulte.

Isoler la paroi membraneuse du conduit auditif; avec la rugine la *décoller du conduit osseux* le plus loin possible, jusqu'au tympan.

A cette profondeur, inciser la paroi membraneuse *verticalement*. Refouler le pavillon en avant.

Si le corps étranger n'est pas rencontré dans le cul-de-sac tympanique ou à travers le tympan déchiré, *évider* à la gouge et au maillet la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif osseux *vers l'axe* du conduit.

Extraire les corps étrangers avec des bouts de compresses sèches et montées, nettoyer la caisse des débris de sang qu'elle renferme.

Fendre en long la paroi membraneuse pour prévenir l'atrésie. Enfoncer une lanière de gaze aseptique qui ressortira par le conduit auditif rabattu.

Placer quatre à six *points de suture* rétro-auriculaires au crin, réunissant le pavillon aux téguments de la région mastoïdienne.

Pansement.

Aseptique sec, un peu serré. Chevestre.

Suites.

Ne faire le pansement que le *septième ou huitième jour*, si possible, et en profiter pour enlever les fils. Le conduit sera lavé à l'eau bouillie. Une nouvelle lanière de gaze sera remplacée dans le conduit jusqu'à la cicatrisation complète, qui aura lieu vers le quinzième jour. Si des phénomènes *inflammatoires* (douleurs, fièvre) apparaissent, le pansement sera enlevé immédiatement et, s'il est nécessaire, on fera sauter un ou plusieurs points de suture. Des pansements humides seront appliqués tous les jours sur l'oreille. On pratiquera également des lavages d'oreille quotidiens à l'eau bouillie chaude (bock placé à 50 centimètres au-dessus de la tête et renfermant deux litres de liquide).

OTITE PÉRIOSTIQUE

Suppuration de la muqueuse de la caisse propagée jusque sous le périoste du conduit auditif, qui se continue avec celui de l'apophyse mastoïde et de l'écaille temporale.

Signes. — Fièvre, douleur et gonflement rougeâtre, parfois œdémateux au niveau de la région rétro-auriculaire : sillon effacé, oreille tuméfiée et refoulée en avant. D'habitude, fluctuation perceptible.

Diagnostic. — Avec mastoïdite : dans la mastoïdite, le gonflement est localisé à l'apophyse, l'oreille n'est pas soulevée, le sillon rétro-auriculaire est conservé.

Traitement.

Incision hâtive.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[*Instruments.*

Un bistouri.

Une sonde cannelée.

Une paire de ciseaux droits.

Cinq à six pinces à forcipressure.

Quelques pinces de Kocher.

Un drain, de calibre moyen.

Anesthésique (chez les enfants).

Général : chlorure d'éthyle].

Opération.

Position.

Sujet dans le décubitus dorsal, la tête appuyée du côté sain, sur un coussin.

Exécution.

Incision profonde *jusqu'à l'os*, à un demi-centimètre en arrière du pavillon. — Le pus évacué, laisser un drain.

En cas de section de l'artère auriculaire postérieure jeter une pince sur chaque bout et faire l'hémostase par torsion.

Pansement.

Aseptique sec. Chevestre.

Suites.

Pansement *tous les jours*.

Instiller dans le conduit auditif, matin et soir VIII à X gouttes de glycérine phéniquée à 1/20.

PARACENTÈSE DU TYMPAN

Incision de la membrane du tympan, destinée à livrer passage au pus retenu dans la caisse.

Indications. — Otite moyenne suppurée, lorsque la perforation du tympan tarde à se faire (douleurs atroces, complications à craindre du côté de la mastoïde ou des méninges).

Préparatifs.

I. — *Avant l'opération.*

Instruments.

Spéculum de Toynbee.

Miroir frontal et source lumineuse (p. 206).
Bistouri pointu très étroit ou aiguille à cataracte.
Bock laveur.

Récipients.

Une casserole pour stériliser le bistouri ou l'aiguille.

Liquides.

Eau boriquée tiède à 30 p. 1000.
Glycérine phéniquée à 1/20.

Matériel de pansement.

Ouate hydrophile.

Anesthésique.

Local : cocaïne en instillation avec la solution à 1/20.

II. — De l'opération.**Instruments.**

Stériliser le bistouri ou l'aiguille (p. 21). Verser l'eau qui aura bouilli dans le bock, pour le nettoyer.

Malade.

Quelques minutes avant l'opération, instiller quelques gouttes de la solution de cocaïne dans l'oreille malade, la tête inclinée de l'autre côté.

Opération.**Position.**

Sujet assis.
L'opérateur, également assis, projette dans l'oreille la lumière du jour ou celle d'une lampe réfléchie sur le miroir frontal.

Exécution.

Introduire le spéculum de la main droite, tandis que la main gauche relève le pavillon en haut et en arrière : le tympan bombe en arrière généralement.

Confier le spéculum à un aide. Sous le contrôle de la vue glisser le bistouri à travers le spéculum, *perforer de sa pointe* le tympan *en arrière* et agrandir la plaie en prolongeant l'incision de 2 à 3 millimètres vers le bas.

Terminer par un *lavage d'oreille* à l'eau boriquée tiède.

Pansement.

Instiller quelques gouttes de glycérine phéniquée à 1/20. Tampon d'ouate dans le conduit.

TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

Indications. — Absès mastoïdien en rapport avec un écoulement d'oreille, se traduisant soit par une tuméfaction nette, fluctuante, douloureuse sur l'apophyse, soit par un empatement peu épais, mais avec douleur très vive à la pression au niveau de la moitié antérieure de l'apophyse et de sa pointe. Phénomènes généraux (fièvre...).

Diagnostic. — Avec otite périostique. Dans ce cas, le pavillon épais, rougeâtre, est refoulé en avant par une voussure effaçant le sillon rétro-auriculaire, tandis que dans la mastoïdite le gonflement est limité à l'apophyse et le sillon rétro-auriculaire intact.

Repères anatomiques.

— La trépanation doit porter sur la moitié supérieure du bord postérieur du conduit, au niveau d'un triangle délimité par : en avant, le bord postéro-supérieur du conduit et l'épine rétro-méatique ; en arrière la crête mastoïdienne ; en haut, la ligne temporale (séparant la fosse temporale des parties sous-jacentes). Le cerveau est au-dessus de cette ligne, le nerf facial en dessous de la limite inférieure de la surface indiquée, enfin, le sinus latéral en arrière (fig. 141, 142, 143).

Technique.**Préparatifs.**

De l'opération en général (p. 13).

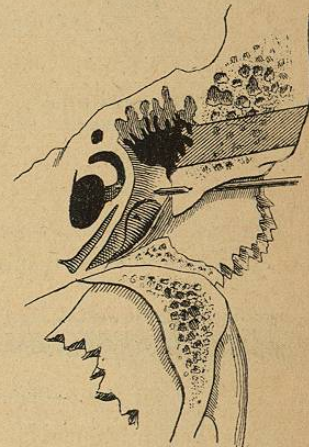


Fig. 141. — Coupe horizontale du temporal montrant l'antre et l'aditus, et le trajet de la trépanation mastoïdienne (d'après Farabeuf).

[Instruments.]

Un bistouri.
Une paire de ciseaux droits.

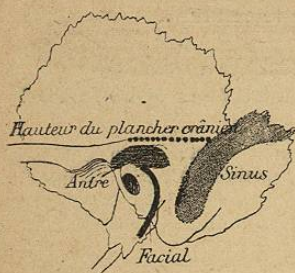


Fig. 142. — Rapports profonds de l'apophyse mastoïde (Ricard et Launay).

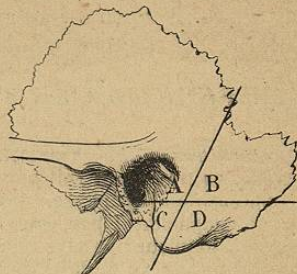


Fig. 143. — Division de l'apophyse mastoïde en quatre segments (Ricard et Launay).

A, région de la trépanation.

Une sonde cannelée à bout mousse.
Six pinces à forcipressure.



Fig. 144. — Écarteur de Volkman.

Six pinces de Kocher.
Une pince à griffes.



Fig. 145.

Un écarteur de Volkman (fig. 144).
Un ciseau étroit (fig. 145).
Une rugine courbe (fig. 146).
Un stylet.

Un maillet.
Une curette de Volkmann petite.
Aiguille courbe ordinaire.



Fig. 146. — Rugines de Farabeuf, droite et courbe.

Catgut fin (n° 4).
Crins assortis.
Drain, de faible diamètre.

Solution.

Solution de chlorure de zinc à 1/10.

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Trois (un pour l'anesthésie)].

Opération.

Position.

Décubitus dorsal, la tête maintenue tournée du côté sain.

Exécution.

1. *Incision des téguments* (fig. 147). Les points de repère bien établis, le pavillon récliné en avant, faire à un centimètre du pli rétro-auriculaire une incision pro-

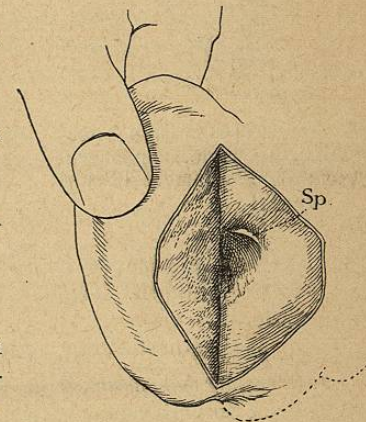


Fig. 147. — Incision cutanée (Ricard et Launay).

Sp, spina supra meatum.

fonde jusqu'à l'os, parallèle à ce pli, partant du niveau du bord supérieur du pavillon et descendant jusqu'à la pointe de la mastoïde.

Pincer l'auriculaire postérieure.

Faire récliner en avant le pavillon par un aide muni de l'écarteur de Volkmann.

2. *Mise à nu de l'apophyse.* — Avec la rugine courbe,

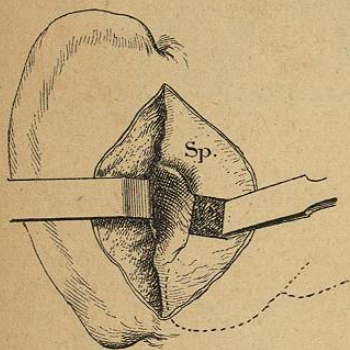


Fig. 148. — Trépanation de l'apophyse mastoïde. Commencement de l'évidement (Ricard et Launay)

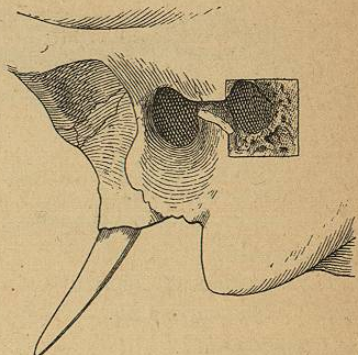


Fig. 149. — Trépanation de l'antre, ouverture de l'aditus et de la caisse (d'après Monod et Vanverts).

décoller le périoste en avant jusqu'à l'intérieur du conduit auditif. Décoller de même le périoste en arrière.

L'abcès sous-périostique est vidé.

3. *Ouverture de la mastoïde* (fig. 148, 149). — Avec le ciseau étroit délimiter dans le triangle de la trépanation une surface carrée d'environ 1 centimètre de côté. Evider peu à peu cette région, en se dirigeant toujours vers le conduit auditif. On finit par arriver à l'antre qui apparaît comme une cellule plus grosse que les autres. Un stylet introduit dans son intérieur vient sans difficulté en avant et en dedans.

Généralement le pus apparaît avant l'arrivée à l'antre ; à la curette, élargir et gratter doucement le trajet ad antrum, le bord tranchant de la curette ne regardant jamais en arrière (par crainte, en cas de nécrose du conduit, de blessure du facial ou du sinus latéral ; en ce cas, jet de sang noir : tamponnement avec plusieurs mètres de catgut ou des lanières fines de gaze iodoformée à laisser pendant trois ou quatre jours). Curetter également la partie inférieure des cellules (pointe de la mastoïde).

Parfois, l'abcès est plus profond, il faut creuser de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. D'autres fois, le pus se borne à quelques gouttelettes. — Il peut se faire qu'il n'y ait pas de trace de pus (tissu osseux violet, grisâtre). S'arrêter, l'intervention n'en aura pas moins été utile.

En cas d'ouverture de la cavité crânienne, l'accident n'est grave que si la dure-mère est atteinte ; procéder à une désinfection soignée et appliquer un tamponnement antiseptique.

4. *Laver abondamment* à l'eau bouillie chaude la plaie osseuse, puis la toucher avec une solution de chlorure de zinc à 1/10.
5. *Introduire un drain* dans le fond de cette plaie et rapprocher par quelques points de suture au crin comprenant le périoste, les angles supérieur et inférieur de l'incision cutanée.

Pansement.

Tamponner à fond le conduit auditif avec des lanières de gaze stérilisée (pour prévenir son atresie.) Recouvrir la plaie de gaze aseptique chiffonnée, d'ouate hydrophile, d'ouate ordinaire en abondance, puis maintenir le tout par des bandes de crépon formant chevestre. Serrer assez fort pour faire un peu de compression.

Suites.

Enlever le premier pansement au bout de *quatre jours*.

Si la température est tombée, faire le pansement en moyenne tous les deux à trois jours. Avec un tampon d'ouate trempé dans l'eau bouillie ou l'eau oxygénée à 12 volumes, laver la plaie — changer la mèche de gaze du conduit — puis réappliquer un pansement aseptique sec.

Les fils seront enlevés au huitième jour, le drain tiré et coupé peu à peu, de façon à pouvoir être enlevé vers le quinzième jour.

En cas de *persistance des accidents fébriles et douloureux*, quarante-huit heures après la trépanation, défaire le pansement et voir si l'on n'a pas pris une cellule voisine de l'autre pour l'autre, s'il n'y a pas une altération du tympan, un abcès intra-dural. Au cas où l'une de ces hypothèses se vérifie, refaire l'opération et la compléter. Dans la suite, on procédera tous les jours à des irrigations par le drain et par le conduit, à l'eau oxygénée à 12 volumes, et on appliquera des pansements humides à l'eau bouillie.

La cicatrisation de la plaie doit être lente, afin que la perte de substance se comble de dedans en dehors. Compter *deux à trois mois*. Reprendre les soins d'oreille à la fin du premier mois.

Les *bourgeons charnus* seront cautérisés au nitrate d'argent ou enlevés à la curette. Le trajet fistuleux sera touché au chlorure de zinc.

En cas de *paralysie faciale* (susceptible de guérison dans bien des cas où elle n'est pas due à une section complète), recourir à l'électrisation galvanique continue, 10 à 15 m. A. pendant dix minutes environ (électrode indifférente positive de 100 centimètres carrés à la nuque, du côté de la mastoïde; électrode active négative sur toutes les branches du facial), — tous les jours.

Au bout du premier mois, trois séances par semaine. Continuer alors la séance par des excitations prudentes des muscles avec le courant galvanique interrompu, ou renversé, et plus tard le courant faradique

rythmé. Intensité : à peine 2 m. A. Durée : deux à trois minutes.

Cesser tout traitement pendant quinze jours, s'il se produit de la contracture des muscles paralysés.

Reprendre ensuite la galvanisation continue seule avec $I = 3$ m. A., pendant quatre à cinq minutes.