

et répètent de cette manière des mots qu'ils n'ont pas entendus. De même, il ne nous paraît pas convenir de prononcer des nombres, parce que, dans la répétition de l'épreuve, l'audition des voyelles qui se trouvent dans le nombre fait facilement deviner le nombre lui-même.

On doit éviter en outre, dans l'épreuve de l'ouïe faite à des jours différents, de se servir toujours des mêmes mots, parce que l'audition répétée d'un seul et même mot facilite beaucoup sa perception et peut faire croire faussement à une amélioration par le traitement.

Que, du reste, l'intelligence du malade joue un rôle dans l'épreuve de la perception du langage, c'est ce qui résulte de ce fait que les mots entendus souvent dans la vie de tous les jours et ceux qui sont à la portée du malade sont perçus à une bien plus grande distance que les mots entendus rarement. Le contraste entre la perception des mots usités fréquemment et de ceux qui le sont rarement est encore plus marqué si, à côté de mots connus du malade, on lui en fait répéter d'autres empruntés à une langue qu'il ne connaît pas. La distance de l'audition pour l'idiome étranger est souvent à peine la cinquième ou sixième partie de celle pour le langage usuel, et c'est ici que se montre surtout la difficulté de perception des consonnes pour les personnes dures d'oreille. Il suit de là, que l'épreuve avec une langue inconnue du malade nous donnera les résultats les plus certains pour la distance relative de l'audition, car nous ferons ainsi l'épreuve abstraite, absolue de la fonction auditive, en dehors de toute combinaison psychique. Mais comme, dans le traitement du malade, ce que nous cherchons à obtenir, c'est l'amélioration de la perception du langage usuel, l'épreuve avec une langue étrangère n'a pas de valeur pratique<sup>1</sup>.

L'épreuve de l'ouïe pour la perception du langage chez les enfants présente une importance spéciale pour apprécier le résultat du traitement, parce que, avec eux, il est très difficile, sinon impossible, de déterminer la distance de l'audition pour l'acoumètre ou la montre, à cause de leur attention insuffisante. Ici toutefois il faut se servir des mots rentrant dans le cercle d'idées de l'enfant, et se borner à quatre ou cinq mots dans chaque épreuve, parce que, dans un examen plus prolongé, les enfants deviennent vite impatients et distraits et ne font plus attention aux mots prononcés.

#### B. — ÉPREUVE DE LA PERCEPTION POUR LES ONDES SONORES TRANSMISES A L'ORGANE AUDITIF PAR LES OS DE LA TÊTE.

##### I. — ÉPREUVE AVEC LA MONTRE ET L'ACOUMÈTRE

Les méthodes d'examen décrites dans la section précédente sont surtout destinées à fournir des renseignements sur l'acuité de l'ouïe; le mode d'épreuve que nous allons décrire maintenant a pour but de connaître la fa-

<sup>1</sup> Récemment le Dr Buck de New-York a proposé de grouper une série de mots ne donnant aucun sens et de déterminer à leur aide la distance de l'audition. Pour avoir un contrôle certain de la distance obtenue dans l'épreuve de l'ouïe faite à des jours différents, il convient de noter entre parenthèses, à côté de la distance obtenue, le mot qui a servi à l'épreuve (LUCAE).

çon dont l'organe auditif se comporte vis-à-vis des vibrations sonores transmises au labyrinthe par les parties solides de la tête.

Quand un corps vibrant est mis en contact avec les os du crâne, l'ébranlement périodique se communique à toutes les parties du système osseux de notre tête et par suite aussi à l'organe auditif. Les vibrations arrivent ici par deux voies différentes au labyrinthe : 1° par propagation *directe* des vibrations par les parties solides au labyrinthe, et 2° par transmission des vibrations des os de la tête à la *membrane tympanique et aux osselets de l'ouïe*, et de là au labyrinthe. (E. H. WEBER, LUCAE.)

La perception des ondes sonores par les parties solides de la tête est diversement altérée par les modifications pathologiques de l'organe auditif. L'expérience clinique le prouve suffisamment et l'on a cherché souvent à utiliser ces altérations pour le diagnostic. Mais leur complication, jointe à cette circonstance que l'on a affaire aux indications subjectives souvent défectueuses du malade, rend difficile l'utilisation diagnostique de cette méthode d'examen. Malgré cela, l'épreuve de ce qu'on appelle la *conductibilité par les os de la tête* est indispensable pour les personnes atteintes de maladies d'oreille, car elle donne, sinon dans tous, au moins dans un grand nombre de cas, des points de repère importants, aussi bien pour le diagnostic que pour le pronostic.

Pour l'épreuve de la perception du son par les os de la tête, on s'est servi jusqu'ici de la *montre* et du *diapason*. Mais les défauts de la montre, comme moyen d'épreuve, ressortent ici encore plus que dans la détermination de l'acuité de l'ouïe (transmission du son par l'air). Comme, dans les cas pathologiques, la faculté de perception du nerf auditif est diminuée dans des proportions diverses, nous sommes obligés d'employer toute une série de montres, à tic tac faible et fort, pour déterminer les limites entre lesquelles la perception persiste. Ce mode d'épreuve prend beaucoup de temps et ne répond pas du tout aux nécessités pratiques. Il y a en effet des cas assez fréquents, où même une montre à fort tic tac ne suffit pas pour constater la présence ou l'absence de perception par les os de la tête. Si, avec des montres à fort tic tac, nous obtenons un résultat négatif, nous ne sommes pas autorisés à en conclure qu'il y a extinction de la perception, car assez souvent une source sonore plus intense nous montre que la perception est bien diminuée, mais n'est pas encore éteinte, ce qui naturellement modifie notre jugement au point de vue du pronostic. C'est ainsi que mon *acoumètre normal* donne un résultat positif dans des cas nombreux où le tic tac de la montre n'est plus perçu. L'acoumètre, comme moyen d'épreuve, convient donc à un bien plus grand nombre de cas que la montre, exclusivement employée jusqu'ici. (A. HARTMANN.)

Pourtant l'épreuve avec la montre, comme source sonore moins intense, ne peut pas être éludée, quand il s'agit non seulement de déterminer si les vibrations sont perçues par les os de la tête, mais en même temps d'apprécier l'importance de la diminution de perception. — Il convient donc en pratique, à côté de l'épreuve avec mon acoumètre, de faire aussi l'épreuve avec une montre à faible tic tac. Si elle est perçue, on peut en conclure que la

perception est intacte ou, en certains cas, qu'elle n'est que très légèrement diminuée, et l'épreuve avec mon acoumètre est alors superflue. Si la montre n'est pas perçue et que l'acoumètre le soit nettement, on peut conclure à une diminution de la faculté de perception ; si enfin le son de l'acoumètre n'est plus perçu, on peut admettre qu'il y a une affection grave de l'appareil de perception.

L'épreuve avec la montre se fait, pendant que le malade ferme les deux oreilles, en appuyant légèrement la montre d'abord aux tempes, puis sur les apophyses mastoïdes ; si le résultat est négatif, on fait prendre la montre entre les dents. C'est là qu'elle est entendue le plus fortement, plus faiblement sur le front, le crâne et l'occiput. L'épreuve avec l'acoumètre se fait d'une manière analogue, en appuyant le disque métallique aux mêmes points<sup>1</sup>.

On sait que la faculté de perception par les os de la tête pour le tic tac de la montre, souvent aussi pour le diapason, diminue dans l'âge avancé. Cela ne tient pas, comme on l'admettait auparavant, à la diminution de conductibilité des os de la tête, mais surtout aux modifications matérielles éprouvées par le nerf auditif dans l'évolution sénile. L'âge où se produit ce phénomène est très variable. Après la cinquantième année, les cas ne sont déjà pas rares où une montre à faible tic tac n'est pas entendue par les os de la tête ; après soixante ans, les cas sont rares où elle est encore entendue. J'ai vu pourtant quelques cas de perception de la montre par les tempes encore après soixante-dix ans, bien qu'il y eût diminution de l'ouïe pour le langage. On peut dire, en général, que normalement la perception par les os de la tête pour les faibles vibrations se conserve jusqu'à cinquante ans, que par conséquent au delà de cet âge, chez les personnes atteintes de maladies d'oreilles, si la perception par les os de la tête est absente, cette absence n'a pas la même signification que chez les individus plus jeunes.

Quant à l'utilisation de cette méthode d'épreuve au point de vue du diagnostic et du pronostic, nous y reviendrons en parlant des formes particulières de maladies. Nous rappellerons seulement ici d'une manière générale, qu'il n'y a pas longtemps on croyait posséder dans la montre un moyen de diagnostic différentiel, permettant de distinguer sûrement les maladies de l'appareil de transmission du son de celles du labyrinthe ; on admettait que dans les cas où le tic tac de la montre est entendu par les os de la tête, l'altération fonctionnelle avait son origine dans l'appareil de transmission du son, tandis qu'en l'absence de la perception on concluait à une affection exclusive du labyrinthe. Mais l'expérience clinique a montré la complète inexactitude de cette opinion, car on trouve très fréquemment, en cas d'affections, évidentes objectivement, de l'oreille moyenne, une absence complète de perception de la montre par les os de la tête ; d'autre part, dans

<sup>1</sup> Parmi les particularités des affections unilatérales, on rencontre parfois une limite précise, souvent linéaire, sur la ligne médiane du crâne et du front, où la perception du côté normal cesse subitement dès que la montre atteint la moitié de la tête correspondant au côté malade. Mais il n'est pas rare qu'en l'absence de perception du tic tac d'un côté, en plaçant la montre sur la tempe correspondante, le bruit soit pourtant perçu de l'autre côté, quel que soit l'endroit de la tête où l'on appuie la montre, l'oreille normale étant fermée.

une affection légère du labyrinthe, une montre à fort tic tac peut être perçue par les os de la tête. Cependant je dois accorder à cette épreuve, à laquelle on a refusé récemment toute valeur pratique, une certaine signification au point de vue du diagnostic et du pronostic, en tant que, dans des affections de l'oreille moyenne constatées objectivement, on peut conclure d'une diminution ou de l'absence de perception de la montre par les os de la tête à une atteinte simultanée du labyrinthe. L'expérience nous apprend, en effet, que, dans les formes d'otite moyenne sécrétorique, avec ou sans perforation de la membrane tympanique, la perception du tic tac de la montre par les os de la tête est en général conservée et qu'elle disparaît rarement complètement ; qu'au contraire, dans les otites moyennes à marche lente avec épaississement de la muqueuse, très souvent la perception de la montre disparaît. Dans ces derniers cas, on est d'autant plus autorisé à conclure de l'absence de la perception par les os de la tête à une maladie simultanée du labyrinthe, que les autres symptômes concomitants, particulièrement les bruits subjectifs continus et la rapide diminution de l'ouïe, parlent dans le sens d'une affection des ramifications du nerf acoustique.

On peut donc dire, d'une manière générale, que, dans les maladies de l'oreille moyenne où la perception par les os de tête persiste même pour le faible tic tac de la montre, le labyrinthe est intact, et le pronostic, cæteris paribus, sera, par suite, plus favorable que dans les cas analogues où la perception par les os de la tête est diminuée ou complètement éteinte. Mais cette épreuve a encore, sous un autre rapport, une signification pronostique. L'expérience montre, en effet, que, dans les affections chroniques de l'oreille moyenne avec épaississement de la muqueuse, où, même après une longue durée de la maladie, la perception par les os de la tête pour la montre ou l'acoumètre est conservée, la diminution de l'ouïe, dans l'évolution ultérieure, n'a pas lieu aussi rapidement que dans les cas où, déjà après peu de temps, ce mode de perception a disparu.

A mon avis, la présence de la perception du tic tac de la montre par les os de la tête trouve aussi une interprétation quand l'acuité de l'ouïe pour la montre et l'acoumètre, ainsi que pour le langage, est gravement diminuée. Nous pouvons admettre alors, avec grande vraisemblance, que l'altération de l'ouïe est due à un obstacle à la transmission du son et non à une affection du labyrinthe.

La perception de la montre par les os du crâne disparaît aussi parfois, comme je l'ai observé le premier, dans des otites moyennes aiguës, en partie par suite de la pression exercée par l'exsudat sur les fenêtres du labyrinthe, en partie par hyperhémie et exsudation dans le labyrinthe lui-même. Si, dans le cours de la maladie, la perception se rétablit, c'est un signe favorable pour la restitution de l'audition. Il en est de même dans les états parétiques du labyrinthe produits par actions mécaniques (détonation, coup, chute, etc.), et dans les maladies de l'appareil de perception du son dues à la syphilis générale. Ici aussi le retour de la perception de la montre par les os de la tête est à regarder comme un signe favorable au point de vue du pronostic.

Enfin nous devons parler encore de la perception *intermittente* par les os du crâne que l'on observe dans des cas rares. Ce phénomène, que certains jours la montre est bien entendue par les os de la tête, tandis que d'autres jours la perception fait complètement défaut, s'observe dans les affections aiguës et beaucoup plus souvent encore dans les affections chroniques de l'oreille moyenne; en pareils cas, les oscillations dans la faculté de perception du nerf acoustique sont dues en partie à des modifications anatomiques déjà existantes dans ce nerf, en partie à des modifications de tension dans la cavité tympanique et à leur influence secondaire sur le labyrinthe.

## II. — ÉPREUVE AVEC LE DIAPASON

L'emploi du diapason dans les maladies d'oreilles, pour éprouver la perception par les os de la tête, a pris une place importante dans le diagnostic des affections de l'ouïe. A son aide, nous pouvons, en effet, dans un nombre important de cas, où l'exploration objective de la membrane du tympan et de la trompe d'Eustache donne un résultat négatif, décider assez souvent si le substratum de l'altération fonctionnelle a son siège dans la caisse ou dans le labyrinthe. Mais, même là où l'exploration de la membrane tympanique et de la trompe d'Eustache fait reconnaître avec certitude une affection de l'oreille moyenne, le diapason nous renseigne souvent sur l'état du nerf acoustique, qu'il soit intact ou atteint déjà d'une affection secondaire.

E.-H. WEBER a constaté le premier ce phénomène, qu'un diapason en vibration, mis en contact avec les os de la tête, est perçu plus fortement de l'oreille dont le conduit auditif externe est bouché avec le doigt. Le fait est resté longtemps inexpliqué, jusqu'à ce que, dans ces derniers temps, MACH ait émis l'opinion basée sur la théorie, que l'audition plus forte du diapason en contact avec les os de la tête par l'oreille bouchée était due à l'obstacle opposé à l'échappement des ondes sonores en dehors de l'oreille. Une grande série de recherches que j'ai faites à ce sujet sur des organes auditifs de l'homme<sup>1</sup>, ont montré que ce renforcement de la perception du son par la fermeture du conduit auditif externe est dû : 1° à la plus grande résonance du conduit auditif externe et à la réflexion des ondes sonores, transmises par les os de la tête à l'air du méat, vers la membrane du tympan et les osselets; 2° à une modification de la tension de la membrane tympanique et des osselets, et 3° à l'empêchement de la sortie de l'oreille des ondes sonores transmises par les os de la tête au labyrinthe et à la caisse du tympan. (MACH.)

C'est là-dessus qu'est basée l'utilisation pratique du diapason pour le diagnostic des maladies de l'organe auditif. On peut en effet poser comme règle générale, que, dans tous les cas où le passage du son vers le labyrinthe est gêné par des modifications pathologiques du conduit auditif externe ou de l'oreille moyenne, le diapason appuyé sur les os de la tête est entendu

<sup>1</sup> « Ueber Schalleitung durch die Kopfknochen. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. I, p. 318.)

surtout et avec plus de force par l'oreille où se trouve l'altération anatomopathologique, en supposant que le labyrinthe n'est pas en même temps affecté au point que la perception des vibrations du diapason par le nerf auditif ne soit plus possible. Cela est vrai non seulement des cas où la maladie n'atteint qu'une oreille, mais aussi de ceux où les deux oreilles sont malades, sans l'être au même degré. En effet, la modification anatomopathologique, qui fait obstacle à la propagation vers le labyrinthe des ondes sonores transmises par l'air, s'oppose également à la sortie de l'oreille des ondes qui parviennent directement à l'organe auditif par les os de la tête<sup>1</sup>.

Pour l'épreuve de la perception du son par les os du crâne, ce sont les diapasons de grande dimension (à note basse), qui conviennent le mieux, parce que les vibrations durent plus longtemps et que le malade peut indiquer avec plus de précision dans quelle oreille la sensation sonore est prédominante, quand l'action du son est prolongée. Au contraire, des diapasons de petites dimensions (à note élevée) conviennent moins en général pour l'examen, parce que leurs vibrations s'arrêtent trop vite. Je me sers pourtant aussi de ces derniers pour faire l'épreuve de la perception pour les notes élevées, et parce qu'ils donnent parfois un résultat plus positif que les diapasons à note basse.

Le diapason dont je me sers est le diapason prismatique à base rectangulaire construit par KÖNIG de Paris, donnant  $ut_3 = 312$  vibrations par seconde (fig. 68).

Quand ce diapason est rendu sonore par le choc de ses branches, on entend en même temps deux sons : un son bas, le son fondamental du diapason, qui ressort avec une force particulière quand on tient les branches rapprochées de l'oreille, et un son plus élevé, produit par les harmoniques supérieurs du son fondamental et qui se perçoit nettement à quelque distance de l'oreille. Dans les cas d'affection unilatérale, et également dans les cas de maladie bilatérale mais inégale où le substratum de l'altération fonctionnelle se trouve dans l'appareil de transmission du son, assez souvent, en plaçant le diapason sur le crâne, le son fondamental, ainsi que la note plus élevée, est perçu exclusivement par l'oreille dure; mais il arrive très fréquemment que le son fondamental est perçu par l'oreille dure et la note supé-

<sup>1</sup> La perception plus forte du diapason appliqué sur les os du crâne par l'oreille malade, en cas d'affection unilatérale, était connue déjà des anciens médecins auristes, seulement elle était regardée comme un symptôme d'obstruction du conduit auditif, de la caisse et du labyrinthe (E. SCHMALTZ, *Erfahrungen über die Krankheiten des Gehörs*, Leipzig, 1846).

<sup>2</sup> Prix, chez J. LEITER à Vienne, 4. fl. ö W.

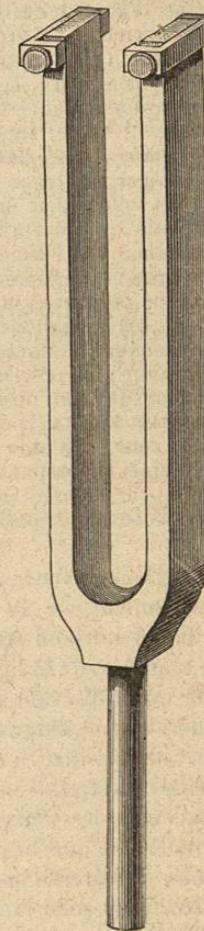


FIG. 68. — Diapason prismatique avec étaux<sup>2</sup>. (1/2 grandeur.)

rieure par l'oreille normale ou relativement moins affectée. Il n'est pas rare que ce soit là une circonstance gênante pour l'examen du malade; car, comme nous avons affaire ici aux indications subjectives du patient, il arrive fréquemment qu'à cette demande, de quelle oreille il entend le mieux le diapason appuyé au crâne, le malade désigne celle où il entend la note élevée, parce que celle-ci, par sa consonnance claire et déliée, attire plus son attention que le son fondamental plus bas. On obtient de cette façon une indication fautive, si le malade n'avertit pas de lui-même ou à la suggestion du médecin qu'il entend mieux, de l'oreille dure le bourdonnement (son fondamental), et de l'oreille normale ou moins atteinte le tintement (note supérieure). *Ces harmoniques supérieures, comme je l'ai montré le premier, sont écartés en grande partie si l'on charge le diapason de deux forts étaux en laiton fixés sur ses branches* (voir fig. 68). Leur fixation à l'aide de vis solides doit être assez parfaite pour qu'il ne se produise pas un bruit de cliquetis qui gênerait l'examen pendant la vibration du diapason. On peut se convaincre de l'utilité de cette modification, que j'ai proposée, en employant le diapason à l'épreuve de l'ouïe, alternativement avec et sans étaux, sur une série de personnes atteintes de maladies d'oreilles. Tandis que, avec le diapason simple, les indications des malades sur l'oreille où prédomine la sensation sonore sont souvent hésitantes, on obtient, avec le diapason portant les étaux, des réponses beaucoup plus précises sur le lieu de la perception. Mais les étaux modifient la hauteur du son du diapason, la note devient plus basse de plusieurs tons. En abaissant les étaux, comme l'a proposé KÖNIG, le son devient d'autant plus élevé qu'ils sont fixés plus bas. L'accroissement de hauteur comporte toute une octave. On a ainsi la possibilité, à l'aide d'un seul et même diapason, de faire l'épreuve de l'ouïe pour différents sons, ce qui a de l'importance pour le praticien, en tant qu'il n'a plus besoin de posséder toute une série de diapasons à notes élevées et basses.

L'examen avec le diapason se fait de la façon la plus simple, en prenant l'instrument par le manche, frappant avec ses branches sur un morceau de bois tendre ou sur la paume de la main et appuyant l'extrémité inférieure du manche sur la ligne médiane du crâne. En cas de dureté d'ouïe d'un seul côté ou d'affection inégale des deux oreilles, le malade questionné indique généralement d'une manière précise la prédominance de la perception sonore dans une oreille. Si la différence de degré de dureté de l'ouïe dans les deux oreilles n'est pas considérable, le malade indique fréquemment une perception égale des deux côtés. Il arrive bien aussi parfois, en cas de surdité unilatérale, que le patient, préoccupé par la pensée qu'il doit entendre mieux de l'oreille meilleure, annonce sans autre examen qu'il perçoit mieux le son dans celle-ci. Mais il rectifie aussitôt son dire, si on lui dit de bien faire attention à la localisation de la perception dominante. Comme l'épreuve par l'application du diapason sur le crâne ne donne souvent pas de résultats précis, il convient, en pareil cas, d'appuyer l'extrémité du manche de l'instrument sur la ligne médiane de la lèvre supérieure contre les incisives, ou sur la ligne médiane de la mâchoire inférieure; en ces points, le lieu de la sensation sonore la plus forte est généralement indiqué d'une façon plus exacte que par l'application sur le crâne<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Dans le cas où les malades, par l'application répétée du diapason sur la ligne médiane du crâne, de la mâchoire supérieure et inférieure, ne sont pas en état d'indiquer exactement dans quelle oreille le son prédomine, la perception a souvent lieu nettement en introduisant dans les deux conduits auditifs les extrémités d'un otoscope. Si cela ne suffit pas encore,

Nous indiquerons, dans la partie spéciale, la façon dont la perception des vibrations du diapason se comporte dans les maladies des diverses parties de l'organe auditif. Nous ne voulons ici que faire remarquer d'une façon générale, que, dans les maladies de l'oreille externe et moyenne où l'altération de l'ouïe est due à un obstacle à la transmission du son, — ainsi dans les accumulations cérumineuses et épidermiques, dans le rétrécissement inflammatoire ou cicatriciel du conduit auditif, en outre dans l'accumulation d'exsudat dans l'oreille moyenne avec ou sans perforation de la membrane tympanique, dans les anomalies de tension par obstruction de la trompe d'Eustache, dans les liaisons anormales entre les osselets de l'ouïe et les parois de la caisse du tympan et enfin dans l'ankylose des osselets, — le plus souvent le son du diapason mis en contact avec les os de la tête est perçu plus fortement, en cas d'affection unilatérale par l'oreille affectée, en cas d'affection bilatérale par l'oreille la plus fortement atteinte<sup>1</sup>. Au contraire, dans les maladies du labyrinthe, à moins qu'elles ne soient combinées avec une affection de l'oreille externe et moyenne, le diapason en vibration placé sur la ligne médiane du crâne est perçu plus fortement, non par l'oreille malade, mais par l'oreille normale ou la moins affectée.

La meilleure audition du diapason appuyé sur les os de la tête par l'oreille malade, dans les maladies de l'oreille externe et moyenne, peut bien être posée en règle, mais il y a des exceptions à cette règle, comme je l'ai indiqué ailleurs à diverses reprises. Toutefois ces exceptions n'enlèvent pas au diapason sa valeur comme moyen d'épreuve. Quand nous constatons dans un cas que le diapason par l'intermédiaire du crâne est mieux entendu de l'oreille malade, nous en concluons à la présence d'un obstacle au passage du son; mais si le diapason est mieux entendu de l'oreille normale ou de l'oreille moins atteinte, nous ne pouvons pas encore diagnostiquer une maladie du labyrinthe, parce qu'ici peut se présenter une des exceptions que nous venons de signaler. *Il en résulte que l'épreuve du diapason n'a une valeur diagnostique que dans les cas où il y a indication positive du patient qu'il entend mieux le diapason de l'oreille malade, mais l'indication contraire ne permet de conclure à une maladie du labyrinthe que si une série d'autres circonstances, sur lesquelles nous reviendrons dans le cours de ce chapitre, parlent en faveur de l'admission d'une maladie du nerf acous-*

il convient alors, suivant la proposition de HASENSTEIN de Gotha (*Berl. kl. Wochenschr.*, 1871, n° 9), de placer le diapason au sommet de l'angle d'un instrument analogue au pelvi-mètre, dont les pointes mousses sont appuyées sur les deux apophyses mastoïdes.

<sup>1</sup> Nous voulons signaler ici un phénomène intéressant, sur lequel j'ai le premier appelé l'attention, dans des cas d'obstacles à la transmission du son d'un seul côté dans le conduit auditif externe et dans l'oreille moyenne. Si, en pareil cas, le conduit auditif de l'oreille qui entend normalement est bouché avec le doigt, la perception plus forte du son du diapason passe fréquemment de l'oreille dure à l'oreille normale, pour revenir à l'oreille dure lorsqu'on sort le doigt du méat. Il résulte de là, que la perception dominante dans une oreille peut supplanter la perception dans l'autre oreille, quoique le son parvienne avec la même force aux deux organes auditifs.