

que difficilement, et ne vous arrêtez que lorsque vous sentez l'os dans toute l'étendue de la plaie : celle-ci mesure en général plusieurs centimètres de profondeur. S'il existe des prolongements sur le trajet des muscles s'insérant à l'apophyse mastoïde, poursuivez-les avec le bistouri, sans quoi votre malade ne sera pas guéri, et il faudra plus tard recommencer une seconde opération. Appliquez un pansement antiseptique humide.

Le conduit auditif externe peut être le siège de véritables polypes recouverts par la peau et très nettement pédiculés. On les excise ou bien on les enlève avec le serre-nœud.

On y observe aussi des exostoses contre lesquelles nous sommes impuissants.

Lorsque la première fente pharyngienne ou branchiale aux dépens de laquelle se développe l'appareil de transmission des ondes sonores se soude vers sa partie externe au lieu de se courber en gouttière pour former le *canal auditif primitif*, il peut en résulter une sténose complète du conduit auditif externe ; la peau du crâne passe comme un pont sur son orifice cutané. Il y a peu de chances pour qu'une intervention rétablisse le conduit. Quelquefois la suture de la fente ne s'est effectuée que tout à fait en dehors : il n'existe alors qu'un simple opercule masquant l'entrée de l'oreille et qu'il est facile d'inciser.

Quant à la sténose cicatricielle, consécutive, par exemple, à une brûlure, plusieurs fois j'ai essayé de la combattre à l'aide de corps dilatants et n'ai pas réussi jusqu'à présent.

B. Maladies de la membrane du tympan. — Pour se rendre compte de l'aspect que présente la membrane du tympan à l'état pathologique, il est nécessaire d'en connaître l'état physiologique ; je le rappellerai en quelques mots.

Le tympan est de couleur gris perle uniforme, comme velouté ; il est légèrement déprimé au-dessous de son centre en un point qui porte le nom d'*ombilic* ; la portion sus-ombilicale est traversée de haut en bas et un peu obliquement d'avant en arrière par une ligne plus brune, qui est le manche du marteau. L'extrémité libre du manche répond à l'ombilic. En avant de cette extrémité existe un reflet brillant appelé à tort triangle lumineux, car souvent il n'affecte pas

cette forme sur les oreilles les plus normales. A la partie supérieure du manche existe une saillie du volume d'une petite tête d'épingle, faisant relief sur la membrane, de couleur blanc mat, formée par l'apophyse externe du marteau. Le tympan est translucide et permet de reconnaître à une vive lumière les organes situés derrière lui dans la caisse : la corde du tympan, la grande branche de l'enclume, le promontoire. On y voit peu de vaisseaux au début de l'examen. Ils apparaissent et se dilatent sous l'influence de la projection d'une lumière vive. Tels sont les principaux caractères physiologiques dont il faut constater la modification pour reconnaître qu'un tympan est malade. Examinons maintenant comment il convient de faire cette constatation.

Mode d'examen de la membrane du tympan. — L'examen du tympan doit être fait à la lumière réfléchie, avec un spéculum et un miroir concave. Cet examen est parfois facile, lorsque le conduit auditif est large et rectiligne, mais il présente aussi dans certains cas de sérieuses difficultés, quand le conduit est étroit et sinueux. Il est impossible alors de voir le tympan dans son ensemble, on n'en découvre qu'une partie à la fois et il faut pour cela incliner le spéculum dans tous les sens. Orientez-vous tout d'abord : pour cela je conseille de rechercher un point fixe dont on connaisse exactement le siège, généralement facile à trouver et à distinguer des détails multiples que présente le fond de l'oreille ; ce point est l'apophyse externe du marteau. A moins que le tympan ne soit complètement masqué par un corps étranger ou des bourgeons charnus, à moins qu'il ne soit infiltré de pus, on trouve toujours cette apophyse, et, ce point étant déterminé, il est possible de déterminer tous les autres et en particulier le manche du marteau, dont l'apophyse n'est qu'une dépendance. Ainsi l'on dit : telle lésion siège en avant ou en arrière du manche du marteau, au-dessus ou au-dessous de l'ombilic. Il ne faut pas croire, toutefois, que l'examen des lésions du tympan soit chose facile en général, car souvent il ne s'agit que de nuances : ainsi le tympan est plus blanc, plus épais, plus vasculaire, moins translucide, plus concave, etc., l'apophyse externe est plus saillante, le manche du marteau plus court, etc. On voit par ces exemples combien il faut avoir constamment présent à l'esprit l'aspect physiologique.

Une question que vous aurez bien souvent à résoudre est celle-

ci : Le tympan est-il ou n'est-il pas perforé ? Pour en trouver la solution, commencez avant tout examen otoscopique par exécuter la manœuvre suivante : introduisez dans l'oreille un peu d'eau, commandez au malade de faire une forte expiration, la bouche et le nez fermés (expérience dite de Valsalva) : si l'eau bouillonne dans le conduit auditif, vous n'aurez aucun doute sur l'existence de la perforation. Mais, de ce que les bulles d'air ne sont pas sorties à travers le tympan, n'allez pas conclure qu'il n'est pas perforé, car deux conditions peuvent empêcher l'air de sortir : l'obstruction momentanée de l'orifice et celle de la trompe d'Eustache. Faites donc un lavage du conduit et examinez au spéculum. Vous apercevrez souvent sur le tympan malade des battements parfaitement isochrones à ceux du pouls. J'attache, pour mon compte, une certaine importance à ces battements, qui ne se rencontrent guère que lorsqu'il existe une perforation du tympan, les artères battant sur les bords de l'orifice comme sur l'extrémité d'un moignon d'amputé. Ayez alors recours à la douche nasale par la méthode de Politzer (voir *Obstruction de la trompe d'Eustache*). Vous vérifierez de la sorte la perméabilité de la trompe : si l'air passe dans la caisse, vous pourrez déboucher l'orifice anormal du tympan et produire le bruit caractéristique de sifflement. Étudiez alors les caractères de la perforation : son siège, son étendue, sa forme, et prenez-en le dessin, car rien ne s'oublie plus vite que les détails observés à la surface du tympan.

Étudions les maladies du tympan en commençant par les perforations.

1° *Perforations du tympan.* — Les perforations du tympan sont traumatiques, spontanées ou chirurgicales.

Les perforations traumatiques surviennent suivant plusieurs mécanismes : tantôt c'est une déchirure indirecte résultant d'une chute sur la tête, ces cas sont les plus rares ; d'autres fois la lésion est produite directement : par le malade lui-même en se nettoyant à fond les oreilles ; pendant l'extraction maladroite d'un corps étranger ; par ce corps étranger lui-même. La perforation traumatique résulte encore de la pression exagérée de l'air atmosphérique à la surface du tympan : la pression peut s'exercer sur sa face interne dans une douche d'air par la trompe, mécanisme que je crois très rare ; beaucoup plus souvent la pression a lieu sur la face externe de la membrane, par exemple, à la suite d'un soufflet appliqué sur

l'oreille, même sans une grande violence, à la suite d'une forte détonation, accident assez commun chez les artilleurs. La pression du liquide peut aussi la produire, lorsqu'on pique une tête dans l'eau, par exemple.

Les perforations spontanées se produisent de dehors en dedans à la suite d'une otite externe et d'une myringite ; beaucoup plus souvent de dedans en dehors à la suite d'une otite moyenne.

J'appelle perforation chirurgicale celle que nous pratiquons dans un but thérapeutique sous le nom de paracentèse du tympan et que j'étudierai plus loin.

J'ai déjà dit que, facile en général, le diagnostic d'une perforation était parfois obscur et qu'il fallait attendre souvent quelque temps avant de se prononcer.

Pour beaucoup de personnes, tympan crevé est synonyme de surdité complète, au même titre qu'œil crevé est synonyme de cécité, préjugé très fâcheux, partagé même par un certain nombre de médecins. Cette idée fautive peut avoir le grave inconvénient de faire négliger ou même abandonner le traitement, sous prétexte que l'oreille est perdue, quoi qu'on fasse. Or, c'est là une grave erreur. La membrane du tympan est un organe de perfectionnement, très utile sans doute à l'audition, un admirable artifice employé pour transmettre les moindres vibrations à la chaîne des osselets, mais elle est loin d'être indispensable. Un de mes internes ne s'était jamais aperçu jusqu'alors d'une large perforation d'un de ses tympans, et ces cas sont communs. La membrane peut être détruite dans presque toute son étendue, le manche du marteau pendre isolé dans la caisse comme une stalactite et l'audition se faire très convenablement. En un mot, ce n'est pas la perforation elle-même qui est dangereuse, c'est la maladie dont elle est la conséquence, ainsi que les désordres qui l'accompagnent. Donc ne traitez pas la perforation en elle-même, car vous n'y pouvez rien, mais traitez activement l'otorrhée jusqu'à ce qu'elle ait complètement disparu ; d'ailleurs, lorsqu'une perforation, même spontanée, est petite, elle peut se cicatriser. Quant à celles de grandes dimensions, elles persistent indéfiniment.

Les perforations traumatiques, au contraire, se cicatrisent très rapidement, trop rapidement même, quand elles ont été faites dans un but thérapeutique, et elles ne déterminent en général aucun accident durable, surtout lorsqu'elles siègent dans la portion sous-ombilicale du tympan au-dessous de la fenêtre ronde. La vive dou-

leur qu'elles provoquent disparaît rapidement. Après avoir lavé l'oreille, il suffit de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air avec une boulette de coton. Recommandez au malade d'éviter pendant quelques jours les expirations brusques.

Les plaies du tympan donnent toujours lieu à un écoulement sanguin, mais réduit à de très minimes proportions. Cependant la rupture de l'une ou des deux artères qui flanquent le manche du marteau pourrait être suivie d'une otorrhagie abondante, si, par exemple, le sujet était hémophile.

Je signalerai seulement pour mémoire la fracture du manche du marteau, dont je n'ai vu qu'un exemple. Il existait un léger déplacement suivant l'épaisseur.

2° *Inflammation du tympan.* — Les inflammations du tympan portent le nom de *myringites*.

Si l'on considère que le tympan est une mince cloison interposée entre le conduit auditif externe et la caisse, et que cette cloison est anatomiquement formée par l'adossement des membranes qui tapissent ces deux cavités, on comprendra aisément que leur inflammation détermine presque fatalement une myringite. Par conséquent la myringite est très souvent, presque toujours même, secondaire; cependant il existe certainement une *myringite primitive*, la seule dont je doive m'occuper dans ce chapitre.

La myringite est aiguë ou chronique; souvent la seconde est une conséquence de la première; cependant elle est parfois chronique d'emblée.

La myringite aiguë reconnaît des causes diverses: une contusion, une plaie, surtout l'action du froid; elle est aussi une conséquence de la syphilis et peut survenir au cours de la période secondaire au même titre que l'iritis syphilitique. J'en ai observé dernièrement encore dans mon service à l'Hôtel-Dieu un cas qui a évolué sous nos yeux chez une femme atteinte de plaques muqueuses.

Je dis que la myringite était de nature syphilitique, en raison des accidents au milieu desquels elle est survenue, car, jusqu'à présent du moins, il est impossible de la différencier de la myringite à frigore.

Le début de cette affection est en général brusque et se révèle par des douleurs d'oreille qui acquièrent tout de suite une grande

intensité. En même temps, l'ouïe est pervertie, je ne dis pas abolie. Vous devez immédiatement rechercher s'il ne s'agit pas d'une otite externe et surtout d'une otite moyenne aiguë dont le début est également subit et accompagné de violentes douleurs. L'examen direct vous permettra d'affirmer le diagnostic; cependant vous aurez déjà de fortes présomptions en constatant que l'ouïe, au lieu d'être abolie de ce côté, paraît au contraire exagérée; ce n'est pas que le malade entende plus loin la montre, par exemple, mais les bruits causent de la douleur, surtout les bruits aigus, ceux qui provoquent un plus grand nombre de vibrations, c'est-à-dire que les mouvements de l'organe malade déterminent de la douleur.

L'hypéracousie constatée au début d'une affection aiguë de l'oreille me paraît presque pathognomonique d'une myringite aiguë primitive, car on ne la rencontre pas dans les otites externe et moyenne.

L'examen à la lumière réfléchie sera facile et vous démontrera l'intégrité absolue du conduit auditif, ce qui vous permettra de repousser l'otite externe; vous constaterez par contre une vascularisation considérable de la membrane, surtout dans sa portion sus-ombilicale tout autour du manche du marteau; ce dernier se trouve recouvert par les vaisseaux, tandis que l'apophyse externe apparaît comme une perle blanche sur un fond rouge. Vous serez dès lors certain du diagnostic. Dans l'hypothèse d'une otite moyenne aiguë, en effet, vous n'observeriez aucune vascularisation anormale du tympan, mais seulement une teinte sombre, un défaut de translucidité. J'ajoute que dans la myringite la trompe est libre, ce qui n'a que rarement lieu dans l'otite moyenne.

C'est ainsi que débute l'affection. Quelque temps après, la couche épidermique peut être soulevée comme dans certains érysipèles, et alors apparaissent de petites vésicules transparentes ressemblant à un semis de perles.

La myringite peut ensuite marcher vers la résolution ou bien au contraire suppurer et amener une perforation du tympan. Un autre mode de terminaison est le passage à l'état chronique: la couche épidermique s'exfolie, des granulations se développent à la surface du derme, et recouvrent parfois la membrane au point de lui donner un aspect framboisé.

On devine alors aisément ce que révèle l'examen otoscopique: il n'existe plus aucun des caractères physiologiques de la mem-

brane du tympan, mais seulement une surface rouge plus ou moins granuleuse, sécrétant du pus, variété d'otorrhée qui rentre dans l'étude que nous avons faite précédemment.

Le traitement de la myringite aiguë est antiphlogistique et calmant au début. La malade à laquelle je viens de faire allusion fut très soulagée par les instillations dans l'oreille de chlorhydrate de cocaïne au centième, et peut-être ce médicament fut-il pour quelque chose dans la terminaison par résolution. Plus tard, on appliquera le traitement de l'otorrhée.

La *myringite chronique d'emblée* est caractérisée par l'évolution de phénomènes analogues à ceux que je viens de signaler, mais se succédant lentement et sans réaction locale ou générale bien marquée. Je pense toutefois que la cause la plus fréquente de la myringite chronique est l'eczéma du tympan. Comme dans la myringite aiguë, le sens de l'ouïe est perverti plutôt que diminué; les malades sont impressionnés péniblement par le bruit, par certains bruits surtout; il n'existe pas sans doute de douleur violente, mais une sensation insupportable qui leur fait fuir la conversation de certaines personnes. Il y a des sons musicaux qu'ils ne peuvent entendre sans douleur. A la longue, cependant, si l'affection ne s'améliore pas, si le tympan s'épaissit et se recouvre de granulations, l'ouïe diminue très notablement et il survient des bourdonnements.

A l'examen otoscopique on observe de l'hyperémie du tympan, une desquamation de la couche épidermique; plus tard des îlots d'épiderme adhérents à la surface et la production de ce que j'ai décrit plus haut sous le nom de bouchons épidermiques. Quand le terrain est déblayé à l'aide des injections et des pinces, le tympan apparaît rouge, plus ou moins granuleux et souvent perforé.

Le traitement sera celui de l'eczéma du conduit et de l'otorrhée, dont nous nous sommes déjà occupé. J'ai observé de bons résultats à la suite d'injections d'eaux-bonnes.

3° *Opacités du tympan.* — Qu'une myringite se termine par résolution ou bien qu'elle passe à l'état chronique, à l'état d'otorrhée, elle laisse souvent à sa suite des opacités du tympan plus ou moins larges, plus ou moins profondes. On les observe principalement cependant à la suite des longues suppurations. Je ne m'occupe pas ici des opacités qui sont liées à un trouble de nutrition de la membrane du tympan à la suite des scléroses de la caisse et qui

seront étudiées spécialement à propos de cette dernière maladie.

Les opacités d'origine inflammatoire sont très communes, ce dont rend bien compte l'éclairage du tympan à une vive lumière solaire sur des sujets qui se considèrent comme sains; elles témoignent en général d'otites développées dans la première enfance et ne causent d'ailleurs le plus souvent aucun trouble de l'ouïe. Qui pourrait affirmer cependant que ce n'est pas l'une des causes de la différence si grande qui existe dans l'acuité auditive de chacun de nous?

Je n'ai pas à insister sur le diagnostic des opacités du tympan, qu'un examen convenable fera facilement reconnaître.

Le traitement n'a que peu de prise sur ces exsudats interstitiels consécutifs aux myringites primitives ou secondaires. Il est bon toutefois de continuer pendant quelque temps encore des injections astringentes légères dans les oreilles, même lorsque tout écoulement a cessé, pour en faciliter la régression naturelle, et aussi pour éviter autant que possible les rechutes qui sont si communes dans ces maladies.

Mais, lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu depuis longtemps, lorsque l'opacité du tympan est totale et que l'ouïe est abolie, une importante question de pratique se pose: Faut-il faire la paracentèse du tympan?

Quelques praticiens se sont plu à établir une assimilation entre la paracentèse du tympan et l'opération de la cataracte, mais c'est aller un peu trop loin: jamais, quoi qu'on fasse, la première de ces opérations n'occupera en otologie la place qu'occupe la seconde dans l'oculistique, et la raison en est bien simple. La principale contre-indication à l'opération de la cataracte est le mauvais état du fond de l'œil: or elle est fort rare; la cataracte est presque toujours primitive, essentielle, le cristallin forme écran au devant de la rétine saine, et, l'écran disparu, le malade verra clair.

En est-il de même pour l'oreille? évidemment non. N'avons-nous pas vu plus haut que la myringite est ordinairement secondaire? et quand elle est primitive, n'avons-nous pas vu aussi qu'en raison même de la texture du tympan il se produit nécessairement un retentissement sur la caisse? La comparaison ne peut donc se soutenir. Sans doute il existe des cas où la membrane du tympan constitue le seul et unique obstacle au passage

des ondes sonores, mais ces cas sont absolument exceptionnels.

Comment reconnaître qu'il s'agit d'un de ces cas favorables à la paracentèse? Quand pourrez-vous donner quelque assurance qu'une opération rendra l'ouïe? Le diagnostic est assez délicat, mais on peut cependant arriver à des probabilités de la manière suivante.

Constatez d'abord que le conduit auditif externe est sain. Assurez-vous que la trompe d'Eustache est libre et qu'il n'existe pas de catarrhe naso-pharyngien. Recherchez ensuite à l'aide du diapason l'état de l'appareil de réception. Appliquez le diapason vibrant sur le front; si le son de l'instrument est perçu exclusivement du côté qui est sourd et perçu fortement, il est très vraisemblable que l'appareil de réception fonctionne. Lorsque les deux oreilles sont atteintes, si le son est perçu fortement de chaque côté, vous aurez la même probabilité. Malgré le résultat de cette exploration, il vous restera toujours malheureusement des doutes sur l'état de la membrane de la fenêtre ovale et sur celui de la fenêtre ronde.

Il n'est cependant rien de plus rationnel que la paracentèse dans les cas d'épaississement du tympan. Du moment, en effet, où la membrane ne vibre plus, elle devient un obstacle au passage des ondes sonores. Ouvrez une porte à ces ondes, et elles iront directement impressionner la membrane de la fenêtre ovale sans passer par la chaîne des osselets. L'ouïe sera moins fine sans doute, mais elle existera.

Bien que les résultats de cette opération aient été loin de répondre à l'attente qu'en avaient conçue certains praticiens, M. Bonnafont, par exemple, comme, en définitive, elle n'est pas dangereuse et ne saurait en aucun cas aggraver l'état du malade, je suis d'avis que dans le doute il y faut recourir.

Comment convient-il de pratiquer la paracentèse du tympan? Faisons tout d'abord remarquer un fait assez étrange et spécial à cet organe: il est très difficile d'obtenir une ouverture artificielle permanente de la membrane du tympan, et d'autre part il est exceptionnel d'observer l'oblitération des ouvertures spontanées. L'anatomie nous en fournit d'ailleurs l'explication. Il suffit de rappeler que le tympan est une membrane qui ressemble tout à fait à de la baudruche. Elle lui ressemble par sa minceur, sa ténacité et son défaut d'élasticité. La membrane du tympan ne

renferme en effet ni fibres musculaires ni fibres élastiques, de telle sorte que les deux lèvres d'une incision restant au contact se soudent rapidement par réunion immédiate. D'autre part le tympan est encadré dans un cercle osseux, de façon que, lorsqu'une perte de substance y a été faite, les bords ne peuvent pas plus se rapprocher que ceux d'un trou pratiqué dans une peau de tambour.

Il n'est donc pas surprenant qu'on ait imaginé un grand nombre de procédés et d'instruments pour établir une ouverture artificielle dans le tympan. J'ai fait construire à cet effet un emporte-pièce (fig. 7) qui enlève très bien une rondelle de papier, mais beaucoup moins bien une rondelle de tympan. M. Bonnafont a proposé un petit œillet métallique qu'il laisse à demeure comme un double bouton de chemise. D'autres ont tenté de tailler un lambeau triangulaire dont ils ont fixé le sommet aux parois du conduit, opération qui me semble d'une exécution bien difficile.

On peut se contenter d'abord de fendre le tympan avec un instrument qui puisse dilacérer les bords et les écarter au moins momentanément. On acquiert aussitôt la certitude que la perforation est obtenue en ordonnant au malade de faire une expiration brusque, la bouche et le nez étant fermés. Ou bien le malade n'entend pas mieux, ou il entend beaucoup mieux: s'il n'entend pas mieux, comme il n'y a aucune raison pour que la situation s'améliore avec le temps, laissez les choses en état; s'il entend mieux, faites ensuite des douches d'air fré-

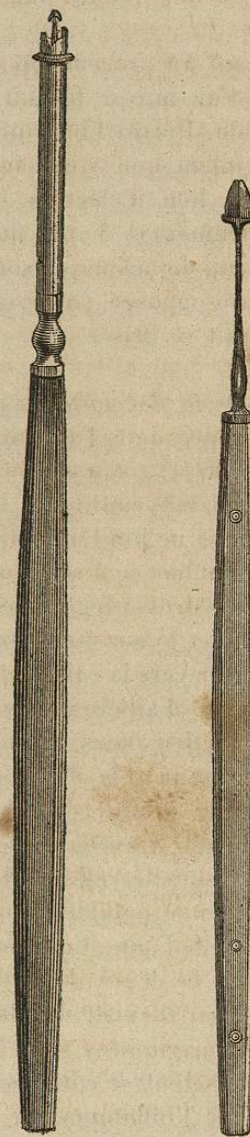


Fig. 7 et 8.

quentes, écartez les bords de la perforation les jours suivants et au besoin touchez-les au galvano-cautère. Je pense que l'emploi de la cocaïne rendra dans l'avenir cette opération beaucoup plus facile.

Quant au procédé opératoire, il est des plus simples : armez-vous d'un miroir frontal, introduisez le spéculum le plus large possible. Portez l'instrument à travers le spéculum sur un point du tympan que vous aurez déterminé d'avance, et choisissez comme lieu d'élection la portion sous-ombilicale du tympan. L'instrument à l'aide duquel je fais la paracentèse (fig. 8) est construit de façon que son extrémité ne puisse aller butter contre la paroi opposée, paroi osseuse sur laquelle la pointe d'un bistouri pourrait se briser.

4° *De la flaccidité du tympan.* — Fixée solidement par sa circonférence dans l'anneau tympanique comme une toile dans son cadre, fixée à son centre par la chaîne des osselets qui la relie à la paroi labyrinthique, la membrane du tympan est fortement tendue et ne jouit à l'état normal que de très peu de mouvements. Sous l'influence d'une forte expiration, la bouche et le nez fermés, elle se redresse légèrement; dans un mouvement de déglutition, la bouche et le nez étant fermés (expérience de Toynbee), elle tend à se porter vers la caisse et sa concavité s'accroît, mais c'est tout; elle peut d'ailleurs exécuter des mouvements assez prononcés dans les deux sens, ainsi que j'en ai vu souvent des exemples, sans cesser pour cela d'être tendue et de fonctionner normalement. De même qu'une corde à violon, la membrane ne peut vibrer que si elle est convenablement tendue : or il est des circonstances dans lesquelles elle se détend, c'est la *membrana flaccida*; il en résulte une notable diminution dans l'acuité auditive et une perversion de l'ouïe. Ces troubles varient d'ailleurs suivant les sujets, suivant le degré de flaccidité et probablement aussi suivant le siège, car il existe des flaccidités partielles.

Les myringites sont la cause principale de cette lésion. Les feuillets dont se compose la membrane du tympan ont été distendus par l'inflammation et, comme ils ne sont ni élastiques ni contractiles, ils ne reprennent plus leur situation première. Une contusion du tympan produirait le même résultat et d'après un mécanisme identique. J'en ai observé un cas curieux. Un de mes élèves, mort depuis de paralysie générale, étant dans un bain

chaud, s'amusa à refouler l'eau dans son oreille avec le doigt. Ayant éprouvé une certaine douleur, il me demanda d'examiner son tympan; j'y trouvai une ecchymose en arrière du marteau. L'ecchymose disparut rapidement, mais à sa place la membrane resta absolument flasque et l'audition ne redevint jamais normale.

Le traitement doit se borner en général à l'application de liquides astringents. Cependant, si l'acuité auditive était notablement diminuée, si l'ouïe était pervertie au point de troubler l'existence du malade et de lui faire réclamer une intervention, il serait rationnel de pratiquer la paracentèse du tympan, afin d'obtenir un tissu de cicatrice rétractile. Je ne verrais aucun inconvénient à répéter plusieurs fois l'opération.

C. Maladies de la trompe d'Eustache. — La trompe d'Eustache est un conduit ostéo-cartilagineux qui met en communication le pharynx avec la caisse du tympan; c'est un canal de ventilation renouvelant incessamment l'air de la caisse et maintenant la membrane du tympan en équilibre de pression. Cette donnée physiologique permet de saisir aisément, de deviner en quelque sorte les accidents qui résultent de l'obstruction de la trompe, la membrane du tympan ne subissant plus alors la pression atmosphérique que sur sa face externe. Autre fait anatomique fondamental pour comprendre l'histoire pathologique de la trompe d'Eustache : chez le fœtus, le pharynx, la trompe et la caisse ne font en réalité qu'une même cavité; ces parties sont tapissées par la même muqueuse, et la forme qu'affecte définitivement chacune d'elles n'apparaît que plus tard. Aussi les affections de l'une retentissent très fréquemment sur celles de l'autre, principalement les affections catarrhales, puisque la continuité entre les muqueuses persiste durant toute la vie.

Les *blessures* de la trompe d'Eustache sont très rares; je n'en ai jamais observé pour mon compte. On a signalé des déchirures de la muqueuse produites dans un cathétérisme défectueux, des corps étrangers introduits par le pavillon. Contentons-nous d'en signaler la possibilité.

L'inflammation de la trompe d'Eustache est fréquente, c'est la *salpyngite*. Elle est aiguë et chronique. L'inflammation chronique