moyenne, l'exposent à partager les maladies de ces parties, à s'enflammer, à s'engorger, à s'ulcérer, à se rétrécir, et même à s'oblitérer. Nous aurons donc à nous occuper successivement : 1° de son inflammation ; 2° de ses divers modes d'obstruction ; 3° des opérations nécessaires pour lui rendre sa perméabilité, c'est-à-dire du cathétérisme et des injections.

§ 1. — Inflammation.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que dans les otites catarrhales et surtout dans celles des fièvres graves, l'inflammation de la muqueuse est très-commune dans la trompe d'Eustache, et même le tissu cellulaire sous-muqueux participe à la maladie. Cette affection complique fréquemment l'angine et le coryza, mais c'est à l'otite interne qu'elle se rattache de la manière la plus intime : il n'y a guère d'inflammation aiguë ou chronique de la caisse qui ne s'étende à la trompe ; du moins avons-nous trouvé dans toutes nos autopsies la muqueuse de cette dernière partie injectée, boursouflée, épaissie. On comprend que dans un conduit assez long, très-étroit, et naturellement coudé, le gonflement inflammatoire amène bientôt le rétrécissement ou même l'oblitération, et entrave par conséquent l'exercice de la fonction auditive, en empêchant l'entrée et la sortie de l'air en même temps qu'il met obstacle au libre écoulement des matières muqueuses ou purulentes.

Les symptômes se confondent avec ceux des affections concomitantes, mais il nous paraît probable que c'est l'engouement ou l'obstruction de la trompe qui est la cause principale des bruissements et des bourdonnements dont les malades affectés d'otite interne ont la sensation et que la même lésion entre aussi pour une part considérable dans la production de la surdité plus ou moins prononcée qui accompagne toujours cette maladie.

Quoiqu'en général l'existence de l'inflammation de la trompe ne modifie en rien le traitement des maladies auxquelles elle se joint, cependant il est des circonstances où elle acquiert par elle-même assez d'importance pour devenir l'occasion d'indications spéciales. Si, par exemple, après la guérison d'une otite, la surdité persistait et paraissait entretenue par une inflammation chronique de la région pharyngienne supérieure et de la trompe, cet état morbide pourrait être avantageusement modifié par des

insufflations quotidiennes de poudre d'alun et de sucre mélangés à parties égales. M. Pétrequin, à qui nous devons l'idée de cette pratique (1), pousse les insufflations par la bouche, mais il nous semble préférable de les faire par les fosses nasales, au moyen d'une sonde que l'on conduit chargée de poudre au-dessus du voile du palais. Déjà, M. Bonnet de Lyon (2), avait conseillé de cautériser le pavillon de la trompe, soit à l'aide d'un instrument analogue au porte-caustique uréthral chargé d'azotate d'argent, soit avec un tampon de charpie imbibé d'une solution saturée d'azotate acide de mercure, lié solidement à une tige métallique, porté rapidement par la narine jusqu'à la colonne vertébrale, et retourné ensuite dans tous les sens sur la paroi pharyngienne supérieure. L'instrument figuré page 83, n° 7, remplit parfaitement le but qu'on se propose : il est composé d'une sonde creuse, renfermant un porte-caustique semblable à celui de Lallemand.

§ 2. — Obstruction.

L'obstruction plus ou moins complète de la trompe d'Eustache résulte de tout obstacle assez considérable pour empêcher ou pour gêner notablement le passage de l'air et du mucus dans le conduit tympano-pharyngien, et le degré de l'obstruction varie depuis le simple engouement jusqu'à l'oblitération complète. Les obstacles capables de produire cette affection résident hors du canal, dans son intérieur, ou dans l'épaisseur même de ses parois ; de là, des obstructions par compression, par engouement, par engorgement inflammatoire, par coarctation, brides, ou oblitération. Cette oblitération est fort rare et je n'en ai pas trouvé plus de 2 à 3 cas bien positifs sur plus de 200 observations recueillies à ma clinique.

L'obstruction par compression survient toutes les fois que quelqu'un des organes voisins de la trompe prend un grand développement, ou lorsque ce conduit est pressé ou dévié par quelque tumeur développée près de lui. Il n'est pas rare de l'observer dans les inflammations aiguës ou chroniques et dans les hypertrophies des amygdales, surtout quand celles-ci ont une

(1) *Gazette méd. de Paris*, 1839, p. 771.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1837, p. 177. — Philippeaux, *Traité de la cautérisation*, Paris, 1856, p. 341.

base large. On la voit encore compliquer le gonflement phlegmoneux du voile du palais ou de la partie latérale du pharynx, moins souvent, à la vérité, ce qui tient à ce que ces maladies sont plus rares. Enfin c'est un des accidents qui se rattachent au développement des polypes pharyngiens et naso-pharyngiens, comme à celui des tumeurs cancéreuses des amygdales, des piliers du voile du palais, ou du pharynx.

L'obstruction par engouement est due à la présence de mucosités ou de matières muco-purulentes ou sanguines, plus ou moins épaisses, dans l'intérieur même du conduit. Itard en admet deux variétés : l'une, qui coïncide et se confond avec l'engouement de la caisse ; l'autre, qui existe sans maladie de la caisse, avec un catarrhe nasal ou avec une angine tonsillaire. On peut en rapprocher l'obstruction qui résulterait de la formation d'un polype dans la cavité de la trompe, lésion mentionnée dans un article d'A. Bérard sur les maladies de l'oreille, mais dont nous ne connaissons pas d'observation authentique (1).

L'obstruction par engorgement inflammatoire des parois résulte du gonflement hypérémique ou de l'engorgement plastique de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux ; elle complique les angines, les coryzas, les otites internes, ou persiste après s'être développée à l'occasion de ces maladies et quand déjà celles-ci ont disparu. On l'a vue aussi provoquée par des ulcérations ou par des éruptions syphilitiques secondaires (2), situées dans le pharynx, tout près de l'orifice de la trompe, ou dans cet orifice lui-même : c'est ainsi que s'expliquent quelques-unes de ces surdités, accompagnées de bourdonnements d'oreille et de sensation désagréable au fond de la gorge, qui surviennent chez des individus atteints de phénomènes secondaires et qui disparaissent après quelques jours de traitement mercuriel.

L'obstruction par coarctations, brides, ou oblitérations, est ordinairement consécutive à des ulcérations, dont la cicatrisation a amené, soit une diminution d'étendue dans les parois du canal, et par suite son rétrécissement, soit l'adhérence de ces parois l'une à l'autre et par suite la formation de brides qui le traversent ou d'une pseudo-membrane organisée qui le bouche complétement, soit enfin l'adhérence de l'orifice de la trompe au pharynx ou au voile du palais, d'où résulte l'occlusion plus ou moins prononcée de cet orifice. Les ulcérations, causes premières du mal, sont elles-mêmes les suites d'une angine gangréneuse, ou, ce qui est plus commun, d'une syphilis constitutionnelle. L'obstruction née dans ces circonstances pourrait avec raison prendre le nom de cicatricielle. On rencontre encore une coarctation sénile, due à l'atrophie ou au resserrement de la portion osseuse de la trompe, à des cloisons congénitales dans l'intérieur du conduit ; mais je n'en ai point rencontré dans mes dissections.

(1) Voy. Dict. en 30 vol., art. *Oreille*.
(2) Voyez plus loin, de la surdité nerveuse.

Symptômes et diagnostic. — Toutes les obstructions de la trompe ont pour symptômes communs une surdité plus ou moins complète et des bourdonnements, qui s'expliquent par le défaut de renouvellement de l'air dans la caisse et par l'obstacle apporté à l'évacuation des liquides.

Dans l'obstruction par compression, ces symptômes, se rattachant directement au développement d'engorgements ou de tumeurs qui exercent une action mécanique sur la trompe, se montrent avec ces maladies et disparaissent en même temps qu'elles. Le diagnostic est donc facile en général, car il suffit de constater la présence de quelqu'une des maladies indiquées pour rapporter à leur véritable cause les troubles concomitants de l'audition. Toutefois il est des cas embarrassants : ce sont ceux où la surdité et les bourdonnements existaient avant qu'on eût constaté l'existence d'une lésion hypertrophique au voisinage de la trompe. Les troubles de l'audition peuvent en effet dépendre alors, soit de quelque autre lésion de l'appareil auditif, soit de la tumeur, qui existait déjà et se manifestait par ces troubles eux-mêmes longtemps avant que son existence ait pu être reconnue. Le parti le plus sage est alors de ne pas se prononcer formellement, car le diagnostic ne peut être définitivement et certainement établi qu'après la guérison de la maladie concomitante.

Dans l'obstruction par engouement, lorsqu'elle dépend d'un coryza ou d'une angine tonsillaire, les symptômes présentent un caractère particulier, c'est qu'ils se montrent tout à coup à la suite d'un éternument, d'un accès de toux, d'un effort fait en se mouchant, et qu'ils disparaissent de même sans cause connue ou après une forte inspiration. Ces phénomènes tiennent sans doute

à ce que des mucosités qui se trouvaient déposées à l'entrée de la trompe ont été refoulées par l'air comprimé du pharynx dans une partie plus étroite, où elles ont produit une obstruction, jusqu'au moment où, sous des influences opposées ou par le seul fait de la cessation de l'impulsion, elles sont redescendues pour tomber dans le pharynx ou pour occuper la partie la plus large du conduit tympano-pharyngien. Quoi qu'il en soit de cette explication, on conçoit que la marche des phénomènes jette ici du jour sur l'origine de l'obstruction. Lorsque l'engouement se rattache à l'existence d'une otite interne, son diagnostic se confond avec celui de cette maladie : nous l'avons exposé ailleurs, et nous rappellerons seulement ici la nécessité du cathétérisme et des injections aériennes pour apprécier convenablement la nature des lésions.

L'obstruction par engorgement inflammatoire des parois est d'un diagnostic assez obscur, les troubles fonctionnels qui en résultent se confondant avec ceux des maladies qu'elle accompagne. Sans lever tous les doutes, le cathétérisme de la trompe est ici d'une grande utilité.

A l'exception de quelques cas, assez rares d'ailleurs, dans lesquels le doigt porté au fond de la gorge peut faire sentir des adhérences établies entre l'orifice de la trompe et le voile du palais, les mêmes réflexions s'appliquent à tous les rétrécissements que nous avons appelés cicatriciels : les commémoratifs, l'existence d'une affection gangréneuse ou d'ulcérations syphilitiques, la présence de cicatrices dans la gorge, peuvent mettre sur la voie du diagnostic; le cathétérisme seul permet d'arriver à quelque chose de précis. Si la sonde ne peut pas s'engager dans la trompe, malgré des tentatives bien faites et plusieurs fois renouvelées, il y a lieu de craindre que l'orifice même de ce conduit ne soit rétréci ou dévié. Si, après que la sonde a été engagée dans la trompe, on y pousse de l'air qui ne pénètre pas dans la caisse, on est autorisé à penser que le conduit guttural est le siége d'un rétrécissement très-serré ou même d'une oblitération complète. Si enfin l'injection d'air pénètre, mais avec peine, c'est qu'il existe un rétrécissement moins prononcé. C'est dans ce cas que Kramer conseille, la sonde d'argent étant introduite dans le pavillon de la trompe, de faire glisser, dans l'intérieur de l'algalie une corde de harpe lettre E, pour s'assurer de la nature et du

degré du rétrécissement. J'emploie habituellement une corde de violon (Mi) ; bien fine, souple et rigide, égale, sans nœuds et huilée; voici comment on procède : on prend une corde à boyau de 3 centim. plus longue que la sonde; une fois la sonde introduite, la corde est glissée dans le calibre qu'elle présente, et l'on peut ainsi connaître à quelle profondeur la trompe est rétrécie ou oblitérée.

Pronostic. — Il est en général fâcheux, l'obstruction de la trompe entraînant la surdité et dépendant d'altérations souvent difficiles à guérir. Toutefois il est des degrés dans la gravité de cette affection. Le danger des obstructions par compression est subordonné à la nature de la maladie dont elles dépendent. Il n'est pas besoin d'insister pour faire sentir toute la différence qui existe, sous ce rapport, entre la surdité causée par l'hypertrophie des amygdales et celle qui se rattache à la présence d'un polype naso-pharyngien ou d'une tumeur cancéreuse. L'obstruction par engorgement, lorsqu'elle est essentielle, est susceptible de guérison, tandis qu'elle tend à se perpétuer si elle complique une otite interne. L'engorgement inflammatoire des parois passe aussi très-facilement à l'état chronique et prend alors une durée indéfinie. Mais, de tous les genres d'obstruction, le plus grave est sans contredit celui qui est causé par des cicatrices trop étroites ou vicieuses, soit qu'il y ait simple rétrécissement, soit surtout qu'il y ait oblitération. On peut ajouter que, toutes choses égales d'ailleurs, la maladie est d'autant plus difficile à guérir que le rétrécissement est plus serré et situé plus près de la caisse du tympan, que la maladie est plus ancienne, et que la constitution du sujet est plus entachée de scrofules ou de syphilis.

Le traitement varie suivant l'espèce d'obstruction à laquelle le chirurgien a affaire.

L'obstruction par compression cède quelquefois au cathétérisme, ou du moins les troubles fonctionnels diminuent ou cessent sous l'influence de cette manœuvre opératoire ; mais ce n'est que pour quelque temps, et les accidents tardent peu à reparaître. Le seul moyen de les faire disparaître tout à fait, c'est de traiter par les moyens convenables la maladie principale : d'ouvrir, par exemple, un abcès du voile du palais ou du pharynx, d'enlever les amygdales hypertrophiées, de pratiquer l'extirpation des tumeurs cancéreuses. Pour que le traitement ait toute

son efficacité, il est nécessaire qu'il soit appliqué le plus tôt possible : sinon, le soulagement n'est encore que temporaire, et, après s'être rétablie pour un temps, l'ouïe se perd de nouveau et les bourdonnements d'oreille se reproduisent, soit que la longue durée de la compression ait déterminé une déformation permanente de la trompe, soit que le défaut d'exercice trop prolongé de la fonction ait fait perdre aux éléments de l'appareil auditif, spécialement au système nerveux, leur ressort et leur énergie vitale.

L'obstruction par engouement a été combattue avec succès par les injections de liquides, et surtout par les injections d'air ou de liquides variés (1) : cependant quelques auteurs ont prétendu que les injections, devant être poussées avec une certaine force pour produire l'effet qu'on en attend, c'est-à-dire l'expulsion des matières qui remplissent la trompe et la caisse du tympan, ont l'inconvénient d'exposer à l'irritation de la membrane muqueuse, à l'aggravation ou au renouvellement de l'inflammation. C'est pourquoi MM. Robinson et Turnbull ont proposé l'emploi d'un moyen qui paraît très-rationnel, qui leur a, disent-ils, réussi plusieurs fois merveilleusement, et que nous avons employé avec succès (*Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 828). Ce moyen consiste à faire le vide dans la trompe d'Eustache, à l'aide d'un tube courbé, dont une des extrémités pénètre dans la trompe ou s'applique exactement à son orifice pharyngien, tandis que l'autre extrémité est adaptée à une machine pneumatique ou à toute autre machine du même genre, comme un corps de pompe par exemple. On conçoit le parti qu'on pourrait tirer d'une semblable pratique dans les cas surtout où l'engouement serait compliqué d'otite interne avec perforation de la membrane du tympan.

L'engorgement inflammatoire aigu des parois de la trompe ne réclame pas d'autre traitement que celui de l'otite interne, qui a été précédemment exposé (p. 212). L'engorgement chronique doit être également attaqué par les médications ordinaires, c'est-à-dire par les gargarismes, les vésicatoires, les purgatifs. Il exige, de plus, comme moyens spéciaux, le cathétérisme de la

(1) Le temps n'est plus où les injections de liquides étaient proscrites, sans aucune réserve, du traitement des maladies de l'oreille. De nombreux élèves me voient chaque jour injecter une solution de potasse caustique dans les trompes et avec succès.

trompe répété tous les deux ou trois jours et les injections d'air. Le cathétérisme peut seul suffire pour les cas où le rétrécissement occupe la partie pharyngienne de la trompe ; mais, lorsque la lésion occupe un point plus profond, inaccessible à la sonde, le courant d'air poussé par celle-ci peut seul avoir quelque efficacité, et les injections aériennes deviennent par conséquent nécessaires, mais leur efficacité est très-douteuse. (Voyez p. 115 et suiv.) Je préfère les injections liquides.

Contre les rétrécissements cicatriciels, on emploie également la dilatation à l'aide de la sonde et les injections aériennes; mais l'effet de ces opérations est encore bien plus nul, parce que les tissus sur lesquels on agit, étant plus fermes et plus solidement organisés, sont moins susceptibles de dilatation et de résolution : aussi a-t-on conseillé de recourir aux mêmes moyens qui sont usités dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, c'est-à-dire à des bougies très-fines en corde à boyau (la corde *mi* du violon), portées aussi loin que possible dans le conduit, à l'aide de la sonde d'argent dans laquelle on les glisse; au cathétérisme forcé pratiqué avec une espèce de sonde à dard, d'après le conseil de Saissy (1) ; à la cautérisation faite avec un petit instrument porte-caustique chargé d'azotate d'argent. Le détail de ces procédés opératoires se trouve à l'article cathétérisme (p. 76 et 252).

Si l'on se trouvait en présence d'une de ces cicatrices vicieuses de l'isthme du gosier, par suite desquelles des adhérences solides s'établissent entre les faces postérieure et latérale du pharynx, le voile du palais, et l'orifice guttural de la trompe, on pourrait imiter le docteur Da Camin. Dans un cas de ce genre, où il ne restait entre les fosses nasales et la cavité pharyngienne qu'un intervalle à peine capable de loger un grain de chènevis, le docteur Da Camin, après avoir incisé transversalement la partie inférieure du voile du palais, le disséqua de bas en haut, et divisa, dans l'étendue de 3 centim. les adhérences existant entre le voile membraneux et le pharynx ; enfin il termina en introduisant, avec la sonde de Belloc, deux tentes de charpie destinées à empêcher la réunion des angles de la plaie, le malade recouvra l'ouïe en partie.

(1) Ce moyen dangereux est abandonné aujourd'hui.

FIG. 19.

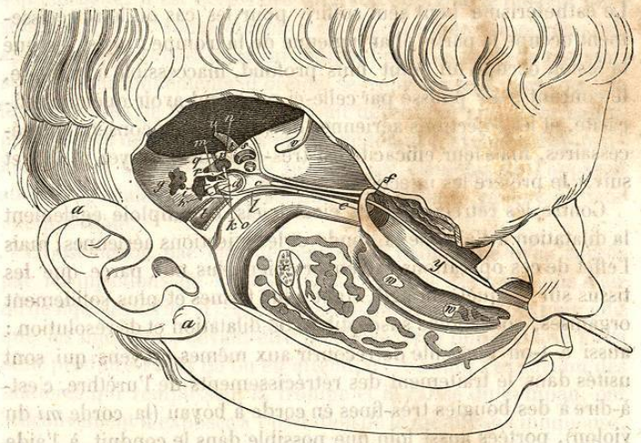

FIG. 19. — *Rétrécissement de la trompe.* — Cette figure est destinée à montrer les différentes parties de l'organe de l'ouïe. — *a*, oreille externe. — *b*, conduit auditif. — *c*, cavité du tympan. — *d*, membrane du tympan. — *e*, trompe d'Eustache dans laquelle a été introduite une corde en boyau à travers le nez. — *f*, son entrée dans le pharynx. — *g*, les cellules de l'apophyse mastoïdien. — *h*, le marteau. — *i*, l'enclume. — *k*, l'étrier. — *l*, muscle qui tend la membrane du tympan. — *n*, la fenêtre du vestibule. — *o*, corde du tympan. — *p*, vestibule. — *q*, le canal semi-circulaire supérieur. — *r*, le canal semi-circulaire horizontal. — *s*, le limaçon. — *t*, tronc nerveux commun. — *u*, nerf auditif et facial. — *v*, artère carotide interne. — *w*, partie du maxillaire supérieur. — *x*, col du condyle du maxillaire inférieur. — *y*, cavité nasale gauche.

51e OBSERVATION. — *Otite catarrhale interne par gonflement des amygdales.* — Un jeune lycéen de quinze ans m'est présenté par son père qui me donne les renseignements suivants : Il y a cinq à six ans, que sans cause connue, son oreille gauche a commencé à devenir dure : il n'y a pas de sourd dans sa famille. — Les conduits auditifs externes, les tympans sont en bon état. — La gorge est rouge et présente les deux amygdales chroniquement hypertrophiées, surtout la gauche.

Dès lors la cause de la surdité n'était plus douteuse : une phlegmasie chronique partie de l'amygdale, avait cheminé dans la trompe d'Eustache et déterminait la surdité.

Je proposai d'enlever sur-le-champ les amygdales : l'opération fut acceptée et exécutée de suite.

Quand le sang eut cessé de couler, je pratiquai sans désemparer le cathétérisme des deux trompes, et mon petit malade entendit à l'instant ma montre à plus d'un mètre : or, en entrant dans mon cabinet, elle

n'était entendue à gauche qu'à 0,05. — A droite, à 0,29. Huit jours après, l'ouïe avait acquis la même finesse de l'un et de l'autre côté.

52e OBSERVATION. — *Otite catarrhale intermittente, produite par une hypertrophie des amygdales.* — Jules J. se présente à notre clinique, le 24 mars 1855. Ce jeune homme, d'une constitution lymphatico-sanguine, a été sujet aux angines répétées depuis son enfance. De temps en temps, sa mère prétend qu'il entendait dur. Cette surdité, qui est intermittente, nous semble causée par l'hypertrophie des tonsilles, déterminant une phlegmasie catarrhale légère de la trompe d'Eustache et du coryza. A l'inspection de l'arrière-gorge, nous trouvons les amygdales augmentées de volume. Elles sont très-grosses ; elles se touchent presque.

Du reste, la dureté d'ouïe que le malade éprouve de temps en temps, est le seul symptôme physiologique qu'il éprouve. En pratiquant la résorbtion des amygdales, nous croyons que cette indisposition se dissipera complétement. Ce qui est arrivé (15 avril).

53e OBSERVATION. — *Otite catarrhale avec hypertrophie des amygdales.* — Julien B., âgé de douze ans et demi, se présente à notre clinique le 15 janvier 1855. Ce jeune homme est d'une bonne santé et d'une assez bonne constitution ; il nous est amené par son père pour une légère dureté de l'oreille gauche, avec bourdonnements intermittents. Dans le mois d'août 1853-54, il a eu successivement une fluxion de poitrine et une fièvre typhoïde.

Examen local. — La gorge est un peu rouge et les amygdales sont hypertrophiées. — Rien au nez. — Rien aux yeux. — L'oreille gauche est surtout cérumineuse. — La surdité chez cet enfant paraît tenir au gonflement des amygdales et à une otite catarrhale de ce côté gauche.

18 janvier 1855. — Extirpation des amygdales.

25 janvier. — Le jeune malade entend beaucoup mieux.

54e OBSERVATION. — *Otite aiguë catarrhale avec perforation du tympan gauche. Guérison.* — Le 11 décembre 1854, cette malade vient à ma clinique et nous raconte ainsi les détails de son indisposition : Il y a huit jours seulement qu'à la suite d'un rhume de cerveau violent, une douleur se fit sentir dans l'oreille gauche pendant la nuit, et la malade ne put trouver un instant de sommeil pendant les trois nuits suivantes, tant la souffrance était vive. — Un vésicatoire fut appliqué sans résultat. Le quatrième jour, un claquement se fit entendre dans l'oreille malade, et un peu d'humeur jaune s'en écoula : cette humeur était jaune, fétide, médiocrement abondante.

Aujourd'hui, le flux a disparu presque complétement ; mais il reste un sifflement dans l'oreille quand la malade se mouche, et de plus le bourdonnement est violent et continuel.

Etat actuel. — C'est une femme forte, bien constituée. — Point de maladies antérieures.

Signes anatomiques. — Les pavillons sont aplatis : la gorge est saine. — Tous les autres appareils des sens sont en bon état. — Le tympan gauche est opaque, blanchâtre, suppuré, avec une fissure centrale : une injection d'eau tiède enlève le pus accumulé au fond du méat. Je pratique deux insufflations d'air de chaque côté; mais l'air pénètre avec difficulté du côté gauche et laisse entendre à l'oreille, appliquée sur celle du malade, un bruit muqueux à grosses bulles et très-abondant. — Cophose à gauche.

Les doses suivantes sont prescrites :

Scammonée.....	2 grammes.
Calomélas.....	0,50.

Mêlé et divisé en six paquets. — Un tous les matins. — Injections d'eau blanche, tiède. — Tampon de coton dans l'oreille gauche.

14 décembre. — Temps pluvieux. — La malade a pris un paquet,— Qui a déterminé une seule selle; un peu d'envie de vomir, — Et une légère transpiration. — La montre est entendue au contact, du côté gauche malade.

Douches d'air. — Après les douches, la malade entend bien mieux la montre à 0,03.

16. — Temps pluvieux et doux. — La montre est entendue à gauche à 0,03. Quand la malade avale sa salive, elle entend un claquement dans l'oreille.

Après la douche d'air, elle entend à 0,04. Le tympan est toujours jaunâtre, opaque; mais la fissure est cicatrisée. — Il y a toujours quelques bourdonnements.

19. — Temps sec et beau. — La malade entend la montre à gauche, à 0,05. — Après la douche, à 0,06.

21. — Les règles sont venues et une amélioration bien manifeste existe aujourd'hui.

Elle entend la montre à 0,12. Les bourdonnements ont disparu avec les bruits muqueux. — Nouvelle douche.

23. — Nouvelle douche d'air: la malade entend la montre à 0,28-30, et se considère comme guérie.

55e Observation. — *Otite catarrhale avec rétrécissement commençant des deux trompes.* — 27 mars 1855. C'est un jeune enfant d'une constitution lymphatique, avec les glandes cervicales et sous-maxillaires engorgées. Il est assez grand pour son âge, maigre, les lèvres d'un rouge pourpre. — Les pommettes colorées, la peau fine, blanche et colorée. — Il est par moments tout à fait sourd, la bouche béante, sans qu'il prenne part à la conversation. — En un mot, cet enfant présente quelques-uns des traits de l'idiotisme congénial. — Toutes les fonctions sont en bon état; l'appétit cependant est irrégulier. Et quant à l'ouïe, elle est obtuse aujourd'hui et par moments elle est tout à fait nulle. — La montre est entendue à 0,03 centim.

Les amygdales sont hypertrophiées chroniquement. Et la muqueuse du nez présente des traces d'un coryza non équivoque. En examinant attentivement le pourtour des deux oreilles, on trouve la partie antérieure de la région temporale avec un gonflement uniforme sans aucune sensation de chaleur à la peau. — Cette tuméfaction est dure, comme œdémateuse. — Les veines frontales sont distendues et gonflées dans le voisinage. — Il y a un peu d'œdème des paupières.

Examen local. — Pavillons bien conformés. — Dans les deux méats, on trouve quelques croûtes d'un jaune verdâtre, signe non équivoque d'un flux puriforme.

Du côté droit, le tympan existe encore transparent, mais encadré d'un bourrelet rougeâtre.

A gauche, une écaille épidermique placée au fond du méat, nous empêche d'apercevoir le tympan. L'air n'entre que difficilement dans les trompes.

Signes physiologiques. — Dureté d'ouïe. — Point de douleur. — Bourdonnements à timbre grave.

Traitement. — Huile de morue. — Sirop antiscorbutique. — Tisane de gentiane. — Régime tonique.

29 mars. — Résection de l'amygdale gauche.

30 mars. — La droite est enlevée.

15 avril. — Guérison. — Ouïe normale des deux côtés (1 mètre).

56e Observation. — *Otite catarrhale chronique de la trompe et de la caisse des deux côtés, avec obstruction de la trompe droite.* — 18 juillet 1851. Ce jeune enfant, sujet aux coryzas, nous est amené par sa mère qui nous donne les renseignements suivants : Il a toujours été dur d'oreilles, depuis quelque temps seulement la surdité a beaucoup surtout augmenté. Il est sujet aux maux de gorge. Les amygdales sont tuméfiées, cribleuses.

Etat actuel. — C'est un garçon pas encore très-développé pour son âge, au teint pâle, à la peau blanche, aux cheveux blonds, aux lèvres vermeilles, au nez un peu fort.

Signes anatomiques à droite. — Pavillons bien conformés, méats glabres et sans cérumen, pas de ganglions auriculaires : il y a cependant des ganglions engorgés au cou. L'apophyse mastoïde n'est pas douloureuse, pas de douleur à la région antitragienne. Le tympan droit a perdu sa transparence; il est rougeâtre et un peu vasculaire.

A gauche. — Même disposition du méat et du conduit. Le tympan