

l'air ne pénètre pas dans la caisse, ou qu'il y arrive difficilement, on aura recours aux bougies filiformes et on constatera ainsi si l'obstacle provient d'un engorgement général de la muqueuse ou d'un simple rétrécissement. Il est facile, quand ce dernier existe, de préciser le siège qu'il occupe dans la trompe si on a eu soin, comme je l'ai recommandé en 1853 (1), ainsi que Kramer l'avait déjà indiqué avant moi, de mesurer exactement la bougie et d'établir le rapport de sa longueur avec celle du cathéter. Or, comme la trompe a à peu près 4 centimètres de longueur et que le bec de la sonde en argent ne s'enfonce pas à plus de 1 centimètre dans son embouchure, il suffit de donner aux bougies 4 centimètres de plus. Si on a eu soin de marquer sur la bougie un point qui corresponde à la longueur de la sonde, il sera facile de constater la portion qui dépassera son extrémité interne par celle qui s'enfoncera dans son embouchure. Dans un simple engorgement, la bougie filiforme, étant poussée avec un peu de force, mais toujours avec ménagement, se fraye peu à peu un passage, tandis que, s'il y a rétrécissement, son extrémité heurtera l'obstacle en provoquant une légère douleur que le malade compare à une piqûre : dès que la bougie a franchi ce point d'arrêt, elle glisse facilement au delà, ce qu'une main exercée sent et distingue très-bien ; dans l'engorgement de la muqueuse, la résistance est latérale et toujours la même. On comprend que, pour arriver à l'introduction des bougies dans la trompe, il faut peu à peu habituer toute la muqueuse au contact de ce corps étranger et se conduire ici comme dans l'emploi des sondes pour le canal de l'urèthre. A la première séance on laissera la bougie dépasser la sonde d'un demi-centimètre seulement et on la laissera en place une minute ; le surlendemain on tâchera de l'enfoncer un peu plus selon que la sensibilité du malade pourra la supporter, et ainsi de suite.

En général ces petites opérations ne sont pas douloureuses, et ne peuvent être suivies d'aucun accident ; c'est au praticien à étudier son sujet afin d'agir selon le degré de

(1) Bonnafont, *Du cathétérisme de la trompe d'Eustache et de quelques cas de rétrécissement non décrits qui en réclament l'emploi.* (Union médicale Paris, 1853.)

sensibilité. Ordinairement quatre ou cinq séances suffisent pour habituer la trompe au contact de la bougie et pour que celle-ci puisse être introduite aussi loin que possible.

Mais, de tous les points de la trompe, celui qui se montre le plus rebelle, c'est la portion osseuse, où la muqueuse, étant plus mince et appuyant sur un corps dur et moins extensible, se trouve exposée à une plus forte pression. Kramer, en parlant de l'introduction d'une corde à boyau dans les trompes, afin de vaincre les rétrécissements de ce conduit, aurait dû citer le nom de Saissy comme étant le premier qui ait proposé ce mode de traitement. Saissy ajoute encore qu'on peut se servir non-seulement d'une corde, mais qu'on peut en employer de graduées. Là se borne tout le mérite de Saissy, car je ne crois pas qu'il ait pu mettre en pratique ces sages conseils. En effet la forme de ses sondes, leur courbure ainsi que leur petit calibre, sont autant d'obstacles qui s'opposent à l'emploi des moyens qu'il avait proposés. Il ne cite d'ailleurs ni observation ni fait à l'appui de sa théorie. S'il en eût été autrement, ce procédé est d'une pratique trop rationnelle et trop chirurgicale pour qu'il n'eût pas été imité par ses successeurs.

Or, Alard, Itard, Gairal, etc., ni Deleau n'ont continué les errements indiqués par le savant praticien de Lyon. Vidal (de Cassis) est peut-être de tous les auteurs celui qui rappelle les avantages qu'on pourrait retirer de l'emploi des bougies et des cordes à boyau introduites dans la trompe jusqu'à la caisse du tympan. « Ces moyens, dit ce chirurgien, ont une action réelle ; ils provoquent quelquefois une sécrétion mucosopurulente qui favorise la dilatation. Le cathétérisme répété produit le même effet ; mais ici, comme pour l'urèthre, il serait bon de connaître le siège précis du rétrécissement, pour le combattre avec avantage (1).

On voit que Vidal traduit, en les commentant, les idées de Saissy ; mais ce mode de traitement reste encore à l'état de théorie.

Complétant donc la pensée de ces deux praticiens, je crois être le premier qui ait employé, pour vaincre les rétrécissements des trompes, les bougies ainsi que les cordes à

(1) Vidal, *Traité de pathologie externe*, Paris, 5^e édit., 1861, t. II, p. 692.

boyau graduées. Cette priorité résulte d'une Observation lue à l'académie de Médecine en 1843 (1); d'un Mémoire lu à l'Institut en 1844 (2), qui se termine par ces deux conclusions :

4° Les insufflations gazeuses de toute espèce, généralement employées, sont la plupart du temps insignifiantes, puisque, dans aucun cas, elles ne peuvent rien contre les rétrécissements de la trompe.

5° Dans les cas de rétrécissement de ce conduit, le seul traitement rationnel et capable d'amener des résultats satisfaisants consiste à l'attaquer à l'aide des mêmes moyens que la pratique a consacrés contre les affections du même genre des autres conduits muqueux. Je dois dire seulement que la méthode par dilatation m'a presque toujours réussi pour surmonter les rétrécissements les plus rebelles, et que rarement j'ai dû recourir à la cautérisation.

Ce mode de traitement n'est aucunement mentionné depuis cette époque. Cependant M. Hubert-Valleroux (3) s'attribue en 1846 seulement l'invention de l'emploi des bougies graduées :

« Nous commençons, dit-il, d'ordinaire le traitement par l'introduction de bougies, d'un millimètre de diamètre ; » et ainsi de suite. Comme il se servait, à cette époque du moins, de sondes en gomme élastique pour le cathétérisme, on peut se demander comment il pouvait faire pénétrer des bougies filiformes dans ces sondes.

J'en dirai autant du porte-caustique destiné à cautériser les rétrécissements de la trompe, que ce praticien décrit à la p. 135, en tout point semblable au mien qui a deux années de plus.

Menière (4) s'exprime en des termes qui ne sont guère d'accord ni avec Saissy, ni avec Vidal, de Cassis, relativement au bien qu'on pouvait retirer de l'emploi des bougies graduées. Voici comment il s'exprime :

« Ces évaluations, empruntées à la chirurgie des voies urinaires, paraissent plus rationnelles qu'expérimentales, plus

(1) Bonnafont, *Cas de surdité ancienne* (Bull. de l'acad. de méd. Paris, 1843, tome VIII, p. 1059).

(2) Bonnafont, *Mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustache et de la surdité qui peut en résulter*. (Gazette médicale. Paris, 1845.)

(3) Hubert-Valleroux, *Essai sur les maladies de l'oreille*. 1846.

(4) Menière, in Kramer, Note relative à l'emploi de la corde à boyau.

théoriques que pratiques; j'ajoute que l'exiguïté extrême des instruments qu'on doit employer en pareil cas ne permet guère de procéder avec le degré de précision que l'on trouve indiqué dans le paragraphe de Kramer. »

On voit que le médecin des Sourds-Muets avait peu expérimenté ce mode de traitement et qu'il était loin de partager la confiance que lui accordent les autres praticiens.

Les faits que j'ai recueillis prouveront de quel côté est la vérité.

Mais Kramer, ainsi que les autres praticiens qui paraissent voir adopté ce procédé, ne mentionnent nullement un phénomène qui se produit au moment où l'extrémité de la bougie pénètre dans la caisse. Ce phénomène est pourtant si constant chez tous les malades, qu'une pareille omission ferait presque supposer qu'ils n'ont jamais fait pénétrer la corde à boyau jusqu'à l'oreille moyenne. La chose me paraît même presque impossible pour Kramer qui n'employait que la corde de harpe connue dans le commerce sous la désignation de la lettre E, laquelle est d'un calibre trop fort pour pénétrer si avant dans la trompe et pour franchir la portion osseuse.

Si donc Saissy avait entrevu les avantages de l'emploi des cordes à boyau graduées; si Kramer a retiré quelques succès d'une corde d'un seul calibre; et si Vidal (de Cassis) avait plus explicitement encore signalé les avantages d'une pareille médication, appliquée au rétrécissement de la trompe, pourvu qu'on pût régulariser l'emploi des bougies comme on le fait pour le canal de l'urèthre, je crois avoir rendu un véritable service à la pathologie auriculaire en réalisant, par l'expérience de plusieurs années, les vœux exprimés par ces praticiens éminents. Cette méthode est maintenant généralement adoptée et je me félicite de l'impulsion que je lui ai donnée.

Jusqu'alors il n'avait été question que de l'emploi de cordes à boyau, lesquelles ont l'avantage incontestable, en s'imprégnant de l'humidité, de se dilater, de comprimer d'autant les parois environnantes et de dégager ainsi le conduit. Mais ces applications sont quelquefois douloureuses, la corde est très-dure et son extraction, quand elle a été dilatée, est pénible.

Pénétré de ces inconvénients, je remplaçai dès 1843 la corde à boyau par des bougies filiformes en gomme élastique, qui

sont plus souples, plus polies, et qui glissent plus facilement. Or voici ce qui se passe pendant l'introduction d'une bougie dans une trompe à l'état normal et déjà habituée au contact de l'instrument. La bougie franchira facilement toute la portion cartilagineuse; mais, en pénétrant dans la portion osseuse, elle trouvera toujours de la résistance, à moins qu'elle ne soit d'un très-petit calibre; et, aussitôt que l'extrémité arrive dans la caisse, elle y provoque une douleur subite et si aiguë qu'on pourrait presque la comparer à celle qu'y déterminerait un courant électrique. Cette douleur invariable, qui se manifeste également chez tous les sujets, disparaît avec la cause, ne laisse aucune trace et paraît résulter du contact de l'extrémité de la bougie avec la chaîne des osselets.

L'habileté de l'opérateur consiste donc à bien calculer la marche de la bougie afin de la faire parvenir jusqu'à l'extrémité tympanique de la trompe sans que son bout dépasse assez pour produire la douleur dont je viens de parler. Comme les rétrécissements n'existent jamais au delà de la portion osseuse, il est rare qu'on soit obligé de faire pénétrer la bougie jusqu'à la caisse.

Si la bougie ferme hermétiquement ce tube, il se produit un phénomène que les malades traduisent par un sentiment de pesanteur et de compression, comme si quelque chose voulait sortir par l'oreille; aussi, pendant les premières séances, portent-ils instinctivement leur doigt au conduit auditif. Un effet contraire se produit quand on retire la bougie; il semble au malade que son oreille est tirée en dedans et qu'un corps étranger remplace la sonde au fur et à mesure qu'elle glisse hors de la trompe.

En général, les personnes habituées à cette opération se rendent fort bien compte de ce qui se passe pendant l'introduction de la bougie et elles signalent très-bien les obstacles qu'elle rencontre sur son passage.

Kramer me paraît cependant avoir exagéré les effets produits par le retrait de la bougie, quand il raconte qu'il semblait au malade avoir l'oreille renversée en dedans pour suivre l'instrument qu'on ramenait vers le haut du gosier. « Ce mode de sensation extraordinaire, ajoute encore Kramer, prouve que le rétrécissement est porté à un point extrême, que la mu-

queuse est épaissie, endurcie, qu'elle est devenue en quelque sorte cartilagineuse et que la maladie est tout à fait incurable. »

Depuis que j'emploie ce mode de traitement, j'avoue que pas un de mes malades n'a éprouvé une pareille sensation. Cela ne proviendrait-il pas de ce que Kramer n'employant qu'une corde à boyau de même calibre, son introduction, étant forcée, exagérât douloureusement les phénomènes sus-mentionnés? Quant aux conséquences que Kramer tire de cette disposition, je les crois également peu fondées, car, que la muqueuse soit épaissie, endurcie ou même cartilagineuse, ce qui ne saurait arriver que bien rarement, cela ne rend pas la maladie incurable, pourvu qu'une bougie, d'un volume égal à la corde à boyau dont il se servait, pût y pénétrer.

Quand il y a gonflement de la muqueuse, les effets dilatants de la bougie, pendant les premières séances, sont peu sensibles, la muqueuse revenant sur elle-même aussitôt après l'extraction; mais, contrairement à l'opinion de Kramer, qui assure n'avoir jamais pu parvenir à diminuer le gonflement de la muqueuse et à rendre libre le conduit, je puis assurer que j'ai toujours réussi à faire pénétrer l'air insufflé dans la caisse; et, après un traitement de deux mois en moyenne, je suis parvenu à rendre la trompe entièrement libre au passage de l'air. L'action des bougies ne saurait être que passagère, comme le dit Kramer, quand on n'opère que deux ou trois fois surtout avec le même instrument; mais si on a soin d'employer des bougies graduées, comme cela se fait pour le canal de l'urèthre, on obtiendra autant de succès et d'aussi durables, par la dilatation des trompes, qu'on en obtient par le même procédé employé contre la muqueuse du canal urétral.

Kramer était si pénétré de l'incurabilité des surdités produites par le rétrécissement des trompes, qu'il renonçait à donner des soins aux malades qui présentaient ce genre d'altération. Entre cette manière de voir et celle que je viens d'exposer, il y a, comme on voit, une différence considérable tout à l'avantage de ces affections, puisque je parviens à des résultats que Kramer considérait comme impossibles. Afin de justifier ces réflexions, je ne peux mieux faire que de rapporter la guérison obtenue sur M. L.,... accoucheur célèbre de Londres lequel ayant été soigné sans succès par Kramer pour une

surdité consécutive à un rétrécissement des trompes, ce praticien l'engagea à venir me consulter avant de revenir en Angleterre. Ayant vérifié la justesse du diagnostic posé par Kramer, j'employai les bougies graduées ; et, après quelques séances, je parvins facilement à franchir l'obstacle, à rétablir la circulation de l'air dans les trompes et par suite à produire une amélioration considérable de l'ouïe. Ce qui avait empêché le praticien de Berlin d'obtenir le même résultat était dû, comme le disait M. L..., à ce que Kramer employait une corde à boyau trop forte qui occasionnait de la douleur sans pouvoir pénétrer dans le rétrécissement.

Cependant, Deleau est moins pessimiste à l'endroit des rétrécissements des trompes, puisqu'il affirme les guérir presque tous à l'aide de simples douches d'air. On croirait volontiers à une erreur de la part de ce praticien, tant il semble extraordinaire qu'on puisse obtenir la dilatation d'un conduit au moyen d'insufflations gazeuses qui ont quelquefois de la peine à y pénétrer ; mais Deleau répète si souvent les succès qu'il a obtenus par cette médication, que je ne peux m'empêcher de réfuter quelques-unes de ses assertions. Il assure trop fréquemment dans son ouvrage que, à l'aide de sa sonde en gomme élastique et des douches d'air, il triomphe presque toujours des obstacles qui peuvent se rencontrer dans les trompes. L'observation suivante, qui est la soixante et unième de son livre, prouve que les douches d'air ne lui réussissaient pas toujours (1).

Deleau, en parlant des obstacles que l'on rencontre dans la trompe, et de la nécessité de les vaincre par le cathétérisme, dit : « La trompe gauche était tellement rétrécie, sûrement « dans toute sa longueur, qu'il me fut impossible de franchir « même le pavillon. *La sonde retomba toujours dans le pharynx* « *après l'extraction du mandrin.* Je voulus essayer une sonde « d'argent, afin d'avoir plus de force pour vaincre la résistance « que j'éprouvais, je ne fus pas plus heureux. L'algalie s'intro- « duisit de quelques lignes seulement dans la trompe droite, et « elle se maintint en place ; mais la douche d'air n'eut aucun « résultat. Tous mes efforts pour faire pénétrer ce fluide dans

(1) Deleau, *Recherches pratiques des maladies de l'oreille*. 1838, p. 177.

« la caisse du tambour demeurèrent impuissants. Ces essais « furent suffisants pour me faire juger de l'impossibilité qu'il « y avait à vaincre ces rétrécissements organiques. *Je me suis « abstenu de substituer l'eau à l'air*, parce que je redoutais de « faire perdre à M. Bribant, sujet de cette observation, le peu « d'ou ie qui lui restait. Je pouvais tenter la perforation de la « membrane du tympan gauche : cette opération était même « indiquée. » — Ce paragraphe de Deleau que nous avons cité textuellement a une très-grande importance, car à lui seul il trahit une grande lacune dans son mode de traitement, et il justifie mieux que je n'aurais pu le faire moi-même l'application des bougies filiformes qui auraient pu être si heureusement employées dans ce cas.

— Dans cette observation, Deleau accuse un rétrécissement dans toute la longueur de la trompe, chose difficile à diagnostiquer. Mais n'importe, supposons le fait tel quel : afin de le vaincre, il emploie une sonde en gomme qui, à l'état normal, ne peut pénétrer qu'à 1 à centimètre. Ici le bec de la sonde ne put même pas franchir le pavillon ; et chaque fois qu'on retirait le mandrin, le bout de la sonde tombait dans le pharynx. Pour éviter à cet inconvénient, Deleau se servit d'une sonde d'argent afin d'avoir, dit-il, plus de force pour vaincre la résistance qu'il éprouvait. Or, la sonde en argent, pénétrant à un centimètre seulement, ne pouvait être que d'un bien faible secours pour surmonter l'obstacle qui avait envahi toute la longueur de la trompe. Aussi l'auteur déclare-t-il qu'il ne fut pas plus heureux avec cette sonde qu'avec l'autre ; seulement (et je suis bien aise de trouver cet éloge dans la bouche de Deleau) il convient que la sonde en argent resta engagée dans la trompe, alors que celle en gomme élastique tombait constamment dans le pharynx. C'est là un résultat qui m'e t fait préférer les sondes en argent, si d'autres motifs que je vais exposer ne m'eussent mieux encore poussé à les préférer. Ainsi, voilà un diagnostic franchement posé : *Rétrécissement dans toute la longueur de la trompe, et pour le franchir on a employé des sondes qui, dans les cas les plus ordinaires, ne peuvent pénétrer qu'à 15 millimètres au plus dans l'intérieur de ce tube ; et, de ce que ces mêmes sondes ont pu à peine s'engager dans le pavillon, et qu'une simple douche d'air n'a pu pénétrer jusque dans la caisse, Deleau déclare*

l'obstacle insurmontable et la maladie au-dessus des ressources de l'art.

Mais que dirait-on d'un chirurgien qui, reconnaissant un rétrécissement d'un autre conduit, le canal de l'urèthre, par exemple, déclarerait l'incurabilité de cette affection, parce que, après avoir employé des sondes d'un grand calibre qui franchiraient difficilement quelques lignes du méat urinaire, il ne pourrait pénétrer plus avant? Et que dirait-on encore si ce même praticien émettait l'idée de franchir l'obstacle à l'aide de *simples couches d'air*?.... Évidemment il faillirait aux plus simples notions de thérapeutique chirurgicale : car, un rétrécissement de la trompe étant donné, il faudra se conduire à son égard comme envers ceux qui siègent ailleurs, c'est-à-dire les attaquer par tous les moyens que la chirurgie met à notre disposition.

Dans une autre observation, Deleau affirme encore « que la trompe d'Eustache peut être dilatée par l'air que l'on y insuffle tout aussi bien que le canal de l'urèthre est distendu par des bougies que l'on y introduit. » Kramer, prenant au sérieux une pareille proposition, se donne la peine de la réfuter, en disant que pour que l'air pût produire un pareil effet, il faudrait que la trompe et la caisse fussent hermétiquement fermées pendant l'insufflation. Il ajoute encore qu'il a essayé souvent d'arriver à ce résultat si désirable et qu'il n'est jamais parvenu à constater une dilatation quelconque de la trompe malade.

On comprend très-bien que la muqueuse de la trompe ne se laisse pas dilater par un agent si peu actif; mais ce qui a lieu de surprendre, c'est que si la colonne d'air insufflée a été portée à une pression capable de comprimer la muqueuse, elle n'ait pas provoqué la rupture du tympan. Or, si cet accident n'est jamais arrivé ni à Deleau ni à Kramer, c'est que la colonne d'air parvenait peu dans la caisse arrêtée.

Après la réfutation que Kramer a adressée à ce passage de Deleau, on aurait pu supposer que les idées qui y sont émises ne seraient plus reproduites que pour mémoire; cependant elles se trouvent encore consignées, sans aucune réflexion, dans les différents recueils de chirurgie et reproduites par Triquet qui dit : « Le cathétérisme peut seul suffire pour les cas où le rétrécissement occupe la partie pharyngienne

de la trompe; mais, lorsque cette 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 et utiles (1).»

Comme je l'ai déjà dit, la trompe d'Eustache, à l'instar de tous les conduits tapissés par une membrane muqueuse, est susceptible de devenir le siège de rétrécissements, lesquels se traduisent par un simple gonflement de la muqueuse ou par sa dégénérescence dans les points qui ont été le siège de l'inflammation chronique abandonnée à elle-même. Après le simple gonflement, qui est la maladie la plus fréquente, les obstacles qu'on y rencontre le plus souvent sont occasionnés par de petites indurations siégeant le plus ordinairement à la réunion de la portion cartilagineuse avec la partie osseuse.

Le diagnostic de ces indurations est facile à constater au moyen d'une bougie filiforme, dont l'extrémité, en passant d'une granulation à l'autre, donne une sensation qui est facilement sentie par les doigts. Il est bien rare, à moins que la maladie ne soit très-ancienne, que ces petits obstacles résistent à l'action mécanique des bougies graduées, simples ou imbibées d'une pommade fondante, comme celles d'iodure de plomb, de potassium ou d'azotate d'argent, employées pendant un temps assez prolongé.

L'autre rétrécissement que j'ai constaté, et sur lequel les auteurs gardent le silence, consiste dans un repli valvulaire ou une cloison de la muqueuse, siégeant ordinairement à 15 ou 20 millimètres de l'embouchure de la trompe.

Ce repli, dans les six cas que nous avons observés, semblait être formé d'un segment adhérent aux deux tiers environ de la circonférence de ce conduit, et laissait, par son bord libre, une petite ouverture qui établissait une faible communication entre l'oreille moyenne et la gorge; quelquefois ce bord est tendu, d'autres fois il est flasque et flottant; dans ce dernier cas, l'action de l'éternement et du moucher, en refoulant brusquement l'air dans la trompe, pousse ce voile mobile du côté de la caisse, et le fait appliquer contre les parois de ce tube, qu'il ferme hermétiquement. L'obstruction momentanée qui

(1) Triquet, *Traité des maladies de l'oreille*. Paris, 1857, in-8, p. 253.

en résulte occasionne une cophose presque complète; mais l'équilibre de l'air contenu dans la caisse et celui de l'arrière-bouche cherchant à se rétablir, la valvule cède à la pression qui lui vient de l'intérieur; elle s'affaisse, permet la communication entre les deux cavités et rétablit ainsi l'audition au degré déjà existant; aussi les personnes atteintes de cette infirmité osent à peine se moucher, dans la crainte de renouveler cet accident, et en se mouchant elles ont la précaution de laisser la bouche ouverte, afin d'éviter ainsi le refoulement de l'air dans les trompes.

Cet obstacle peut avoir des conséquences graves pour l'audition en s'opposant au passage des liquides qui viennent de la caisse. Il est bien étonnant que Toynbee, dans ses nombreuses autopsies n'ait pas rencontré ce rétrécissement sur la nature duquel l'observation suivante ne peut laisser de doute.

OBSERVATION XXIII. — M. G., professeur d'histoire à un des collèges de Paris, éprouva, alors qu'il était encore élève à l'École normale, une légère faiblesse dans l'audition, qui ne l'empêcha pas cependant de continuer ses études avec succès, puisqu'il en sortit le premier. Comme toutes les personnes atteintes de cette infirmité, il espéra que l'ouïe reviendrait et que la cause qui produisait cet affaiblissement disparaîtrait spontanément.

Mais, sentant peu à peu son infirmité augmenter, il consulta un praticien qui lui fit subir un traitement consistant surtout dans les révulsifs appliqués à la nuque, derrière les oreilles, ou dirigés sur le tube intestinal. Le cathétérisme des trompes avec des insufflations d'air fut pratiqué un assez grand nombre de fois: ces moyens procurèrent une amélioration qui dura quelques mois, mais la surdité reparut tout à coup plus intense qu'auparavant. Les insufflations d'air furent reprises, et cette fois sans produire aucun résultat.

Désolé d'une infirmité qui menaçait tout son avenir, M. G... se décida à venir prendre mes conseils.

Édifié sur tous ces antécédents, ainsi que sur les signes favorables fournis par l'auscultation sur la sensibilité des nerfs auditifs, je procédai de suite à l'examen des conduits et de la trompe. Les premiers ne présentèrent rien de particulier; les deux tympans paraissaient à l'état normal, sauf peut-être une légère opacité qui se traduisait par une couleur plus blanche et plus mate qu'à l'état normal. Il n'en fut pas de même des trompes, une fois la sonde

engagée, je sentis, à la première insufflation, que l'air ne pénétrait pas dans la caisse du côté gauche et qu'il n'y arrivait que difficilement du côté droit. Du reste, cette insufflation n'amena aucun changement dans l'audition. Séance tenante, j'essayai l'introduction d'une bougie filiforme du côté gauche, mais elle s'arrêta brusquement à un centimètre environ du bec de la sonde, c'est-à-dire à deux centimètres de profondeur dans la trompe. J'essayai deux ou trois fois de la faire pénétrer, mais ce fut en vain, toujours l'extrémité venait heurter contre un obstacle. J'annonçai de suite qu'il existait un rétrécissement de la trompe, sans pouvoir encore en préciser la nature ni l'étendue. Le malade, homme très-intelligent, se rendit parfaitement compte de ce mode d'exploration; et, avant que j'eusse retiré la bougie, il diagnostiqua lui-même la cause qui l'empêchait de pénétrer. Ne voulant pas continuer les tentatives plus longtemps de ce côté, M. G... me pria de faire le même essai du côté droit. Ici la bougie pénétra un peu plus profondément, mais elle fut arrêtée à la jonction de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse. Toutefois, après avoir reculé et repoussé la sonde deux ou trois fois, elle franchit l'obstacle et arriva facilement jusqu'à l'oreille moyenne. Je la laissai en place cinq ou six minutes, et, en la retirant, je sentais la résistance qu'elle éprouvait en glissant contre les parois du rétrécissement. Mais à peine eus-je retiré la sonde et la bougie, que le malade s'aperçut qu'il entendait mieux; en effet, la montre, qui auparavant était à peine entendue appliquée sur l'oreille, le fut, après l'opération, à près de 10 centimètres.

Ce mieux ne dura pas longtemps, car le soir même, pendant l'action du moucher, le malade sentit la trompe se reboucher et avec cet accident la surdité reparaitre. Pénétré du diagnostic que j'avais porté sur son état et sur la guérison certaine de son infirmité, si je parvenais à détruire le rétrécissement qui en était la seule cause, M. G... se soumit volontiers à tous les efforts que je tenterais à cet égard.

Le surlendemain, il revint à ma consultation; et, après quelques tentatives infructueuses, je parvins à faire pénétrer la même bougie jusqu'à la caisse; cette fois je ne m'en tins pas là: après avoir laissé cette première bougie cinq minutes environ, je la retirai et la remplaçai par un numéro un peu plus fort, qui franchit le rétrécissement non sans quelques difficultés et non sans faire éprouver une douleur assez vive, mais peu durable.

M. G..., comprenant l'importance de ce mode opératoire, voulut garder le plus longtemps possible la bougie ainsi engagée. Il passa donc dans une pièce voisine, où il resta près d'une heure sans