

sur la caisse. Il ne me paraît pas illogique d'admettre que ces diverses conditions réunies puissent à la longue déterminer, dans la membrane du tympan et dans le tissu fibreux qui unit entre eux les osselets, des modifications de texture telles que la chaîne s'immobilise et devient impropre à transmettre les vibrations aux filets terminaux du nerf acoustique.

La sécrétion cérumineuse peut être activée, et le produit s'accumuler à l'insu du malade dans son oreille, malgré les soins ordinaires de propreté. L'acuité auditive ne diminue pas insensiblement, comme on serait tenté de le croire : c'est brusquement, tout d'un coup, que le malade perd l'ouïe. Cette instantanéité de la surdité est la cause de bien des erreurs de diagnostic funestes aux malades, car, à moins d'être prévenu, on ne peut songer à une cause dont l'action, lente par elle-même, devrait produire théoriquement une diminution graduelle dans la fonction.

Ce fait est évidemment singulier, mais c'est un fait. Il prouve d'abord qu'il suffit d'une très faible partie de la lumière du conduit pour permettre le passage des ondes sonores ; quant à son explication, elle se trouve sans doute dans le déplacement du bouchon de cérumen ; celui-ci, accolé pendant longtemps à la portion de la paroi qui le sécrète, se détache et tombe brusquement sur la membrane du tympan, dont les vibrations et par suite celles de la chaîne se trouvent ainsi suspendues. La conséquence pratique qui en résulte pourra paraître naïve au premier abord, mais elle ne le sera pas pour ceux qui ont assisté à la guérison instantanée de surdités longtemps traitées par des révulsifs variés et abandonnées de guerre lasse à elles-mêmes. Cette conséquence est la suivante : *Toutes les fois qu'un sourd se présentera à notre observation, il faudra commencer par explorer ses oreilles.* Je dirai plus loin comment on doit faire cette exploration.

Ces bouchons cérumineux ne déterminent ordinairement aucune douleur. Il n'en est pourtant pas toujours ainsi : un malade éprouvait une douleur telle lorsqu'on touchait, aussi légèrement que possible, à ce bouchon avec le bout d'un stylet, qu'il tombait à la renverse. Cet homme, très courageux cependant, comparait la sensation qu'il éprouvait à celle du fer rouge lui traversant la tête. Je n'ai aucune explication à fournir de ce fait anormal. Il est plus fréquent de voir les malades accuser du vertige. La surdité produite par les bouchons de cérumen est presque toujours continue, et c'est un moyen de la distinguer de celle qui est due à l'obstruction catarrhale de la trompe d'Eustache, laquelle est ordinairement intermittente. Néanmoins, elle présente quelquefois ce dernier type, ce qu'il est assez difficile d'expliquer.

Les bouchons de cérumen ont, en général, la couleur du bitume. Ils adhèrent assez solidement aux parois du canal ; on vient toutefois à bout de les enlever, le plus souvent en bloc, avec quelques injections vigoureuses d'eau tiède, mais il est des cas où ils présentent une adhérence toute particulière. En voici un exemple : un malade se présenta, atteint d'une surdité absolue ; d'un côté existait une perforation du tympan avec destruction des organes contenus dans la caisse, et de l'autre une accumulation de cérumen. Des injections énergiques et répétées n'eurent aucun résultat, non plus que des bains locaux d'eau de savon tiède, ni que les instillations d'éther : je dus faire l'extraction du corps étranger à petits coups avec une pince à griffe, et j'eus en fin de compte la satisfaction de rétablir la fonction de ce côté. Le malade était en même temps affecté d'un