

*supérieur* sous le rapport de l'amélioration de l'ouïe et de la diminution des bruits subjectifs. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a aussi d'autres cas où, même sans rétrécissement notable de la trompe, la *douche d'air par le cathéter*, produit non seulement une *amélioration plus considérable de l'audition*, mais encore un plus grand soulagement subjectif que l'emploi de mon procédé.

Il résulte de là que, quand le cathétérisme est possible, il faut essayer les deux méthodes et déterminer, d'après les résultats, c'est-à-dire d'après l'amélioration de l'ouïe, laquelle est indiquée dans chaque cas spécial.

Dans les affections adhésives, la douche d'air dans la caisse produit rarement ces améliorations considérables de l'audition que l'on observe dans les catarrhes séro-muqueux; on constate même assez souvent, *immédiatement après la douche d'air*, une *diminution notable de la distance d'audition*. Cela résulte de la forte tension en dehors de la membrane du tympan et d'une augmentation subite de pression dans le labyrinthe, amenée par la compression excessive de l'air dans la caisse. Cette aggravation momentanée peut, dans la plupart des cas, être écartée rapidement par un acte de déglutition, qui permet à l'air de s'échapper par la trompe élargie. En pareils cas, il faut éviter de trop fortes douches d'air.

L'amélioration de l'ouïe, qui suit la douche d'air, persiste rarement. Dans la plupart des cas, surtout dans les premiers temps du traitement, on peut constater, déjà au bout de vingt-quatre heures, une diminution de l'ouïe, et il arrive même quelquefois, *déjà après quelques minutes, même au bout de quelques secondes, que l'amélioration de l'audition a complètement disparu*. Ce dernier fait, comme je l'ai fait remarquer le premier, est important au point de vue pratique, parce qu'on peut en conclure qu'il y a retour rapide de la traction en dedans de la membrane du tympan et des osselets, aussitôt après la douche d'air, et il en résulte des indications sur la façon d'opérer pour combattre la tension anormale de l'appareil transmetteur du son<sup>1</sup>.

Nous arrivons maintenant au *traitement médicamenteux local* des affections adhésives de la caisse. On sait que les substances médicamenteuses sont introduites dans la caisse sous forme de *vapeurs* ou de *solutions*. On s'est figuré qu'à l'aide de médicaments mis en contact avec le revêtement de la caisse, les exsudats déposés dans le tissu de la muqueuse pouvaient être

<sup>1</sup> Les indications concernant les résultats du traitement du catarrhe chronique de la caisse par l'air comprimé, dans ce qu'on appelle les cabinets pneumatiques, sont très divergentes. MAENUS, à qui nous devons les communications les plus détaillées sur la façon dont l'oreille se comporte dans l'air comprimé (*A. f. O.*, vol. I), et v. TRÖLTSCH refusent toute valeur à cette méthode de traitement. Dans la plupart des cas que j'ai observés, je n'ai pu juger de l'effet de la station dans le cabinet pneumatique, parce que les malades disaient avoir pratiqué en même temps la douche d'air par mon procédé. Dans les cas où le malade n'avait été soumis qu'à l'action de l'air comprimé du cabinet, l'effet obtenu était le plus souvent moindre que par l'emploi de mon procédé ou du cathétérisme; seulement sur quelques malades, j'ai pu constater une amélioration importante de l'ouïe à la suite d'une cure pneumatique, après un traitement local resté sans résultat.

dilués et amenés ainsi à se résorber. Mais, dans ce groupe de maladies, il ne s'agit que rarement d'exsudat susceptible de résorption; on a affaire ici à des néoplasies connectives organisées, qui ne peuvent pas disparaître par l'action de substances médicamenteuses.

L'action des médicaments dans les processus adhésifs peut donc se ramener, à mon avis, aux phénomènes suivants :

1° Comme l'introduction des *vapeurs*, ainsi que l'*injection de légères quantités de liquides* dans la caisse, se fait toujours sous une *certaine pression d'air*, l'amélioration de l'ouïe est à reporter en grande partie à l'actif du courant d'air qui agit en même temps.

2° Les médicaments introduits dans la caisse produisent une *irritation plus ou moins forte*, qui diminue la raideur des points d'attache des osselets. Le revêtement de la caisse est ainsi plus disposé à recevoir l'action des douches d'air, les parties tuméfiées devenant extensibles.

3° Dans des cas où il y a encore gonflement de la muqueuse par infiltration cellulaire, les *éléments cellulaires non organisés* peuvent être en partie *décomposés* par l'irritation du médicament et *résorbés*.

*Vapeurs*<sup>1</sup>. — Les vapeurs médicamenteuses, recommandées pour la première fois par SAISSY, ont été employées autrefois beaucoup plus fréquemment qu'aujourd'hui, pour le traitement des affections chroniques de la caisse. Cela nous conduirait trop loin d'entrer dans une énumération complète des nombreux remèdes qui ont été utilisés sous cette forme contre les catarrhes chroniques de la caisse et leurs conséquences. On ne peut signaler ici que ceux qui ont été prônés par les spécialistes comme particulièrement actifs. Ce sont : la *vapeur d'eau*, les *vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque* et les *vapeurs de carbonate d'ammoniaque* (v. TRÖLTSCH), les *vapeurs d'iode*, d'*éther iodhydrique* (RAU), les *vapeurs d'acide acétique*, d'*acétone*, d'*acide pyroligneux et de goudron* (BONNAFONT), les *vapeurs d'essence de térébenthine* et les *vapeurs de diverses substances balsamiques et résineuses* (HUBERT-VALLEROUX); parmi les *gaz*, l'*acide carbonique* recommandé par RUETE, et l'*hydrogène* vanté par LÖWENBERG. — Je me suis déjà expliqué (pag. 271-273) au sujet de l'action de la vapeur d'eau, des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque et d'essence de térébenthine et de l'acide carbonique. Nous avons vu que l'efficacité de ces vapeurs, même dans les formes sécrétoriques du catarrhe de la caisse, de beaucoup les plus favorables au point de vue du pronostic, n'est pas considérable et que leur emploi est limité aux cas où, malgré les douches d'air et la paracentèse de la membrane du tympan, le gonflement de la muqueuse et la sécrétion persistent obstinément. Dans les affections adhésives dont le pronostic est moins favorable, nous devons donc attendre, de l'emploi des vapeurs, des résultats thérapeutiques encore plus insignifiants.

*Injections*<sup>2</sup>. — Les injections de solutions médicamenteuses dans la caisse sont aujourd'hui beaucoup plus employées que les vapeurs, dans les affec-

<sup>1</sup> Pour la technique de l'introduction des vapeurs dans l'oreille moyenne, voir pag. 133.

<sup>2</sup> Pour la technique des injections dans la caisse, voir pag. 129.

tions chroniques de l'oreille moyenne. Parmi les nombreuses solutions recommandées pour les injections dans la caisse, sont à citer : *potasse caustique* dans la proportion de 1 : 400 (PAPPENHEIM, MARG D'ESPINE, SCHWARTZE), — *soude caustique*, 0,5 : 30, — *carbonate de lithium*, 0,1 : 30 (v. TRÖLTSCH), — *sel ammoniac*, 0,5 : 40, — *chlorure de sodium*, 0,5 : 15, — *bicarbonate de soude*, 0,5 : 10, — *borate de soude*, 0,5 : 20, — *iodure de potassium*, 0,5 : 15, — *nitrate d'argent*, 0,2 : 30, — *sublimé*, 1, 0 : 100 (WILDE, TOYNBEE), — *hydrate de chloral*, 1, 0 : 30, (BONNAFONT, LUCAS, WREDEN), — *acide acétique* ou *acide lactique*, 1 à 5 gouttes pour 40 d'eau, — *acide muriatique*, 1 à 3 gouttes pour 40 d'eau.

Les solutions énumérées ici produisent une irritation plus ou moins prononcée sur la muqueuse de la trompe et de la caisse, irritation qui dépend du degré de concentration de la solution et de l'irritabilité individuelle de la muqueuse de l'oreille moyenne. Il est important aussi de remarquer que, pour éviter une trop forte réaction, on ne doit injecter que de faibles quantités de liquide (8 à 10 gouttes) et que le liquide doit toujours être *chauffé* avant l'injection. L'action immédiate de l'injection se traduit rarement par un soulagement subjectif dans l'oreille ; il se produit beaucoup plus souvent une sensation de plénitude et de malaise dans l'oreille, qui dure plusieurs heures, quelquefois même plusieurs jours et ne disparaît qu'après une douche d'air par le cathéter ou par mon procédé. La réaction la plus forte est provoquée par les solutions de potasse et de soude caustiques, d'acide acétique, de nitrate d'argent, de sublimé, de sel ammoniac, de chlorure de sodium et de sulfate de cuivre (DE ROSSI). (Sur les phénomènes de réaction qui suivent les injections irritantes, voir pag. 131.)

Parmi les solutions indiquées plus haut, je me sers le plus souvent dans ma pratique, depuis un certain nombre d'années, du bicarbonate de soude (bicarbonate de soude 0,5, eau distillée 10, glycérine pure 2). Cette solution a une action très douce et ne produit que rarement une forte réaction sur la muqueuse de la caisse ; s'il en coule un peu dans le pharynx, elle ne donne pas cette sensation désagréable de brûlure et de démangeaison dans la gorge, produite par la plupart des solutions énumérées ci-dessus et qui dure souvent des heures. Quand il y a une affection syphilitique prononcée, certaine de l'oreille, surtout si la maladie de la caisse est accompagnée d'une affection du labyrinthe, je me sers pour les injections de solutions d'*iodure de potassium*, dont l'action doit toujours être aidée par un traitement général antisyphilitique.

Il a été dit plus haut, que l'action des substances médicamenteuses sur la muqueuse de la caisse repose en partie sur un ramollissement du tissu raidi, par l'action irritante du remède. Le fait, qu'on observe assez souvent, après une forte réaction consécutive à l'injection, une amélioration de l'ouïe plus considérable que si l'injection est moins irritante, est probablement la cause de la faveur, auprès de quelques spécialistes, de l'emploi de liquides très irritants. Mais si l'on examine avec soin le résultat du traitement, on trouve que, précisément dans ces cas où il y a eu pendant la cure une forte réaction dans la caisse, il survient souvent quelques mois

plus tard une aggravation si rapide que la surdité devient plus considérable qu'avant le traitement. La cause en est, à mon avis, que la réaction inflammatoire amène bien un ramollissement passager du tissu, mais qu'en même temps il se forme de nouveaux produits pathologiques, qui, après le départ de l'irritation inflammatoire, rendent les néoplasmes encore plus raides, plus rigides qu'auparavant.

Il en est de même de toutes ces méthodes de traitement qui ont été préconisées pour obtenir, à l'aide d'une otite moyenne réactive provoquée artificiellement, une fusion des tissus de formation nouvelle dans la muqueuse, et par là une amélioration de l'ouïe<sup>1</sup>. Outre que, dans les affections chroniques de l'oreille moyenne, lorsqu'il survient une réaction inflammatoire, il en résulte beaucoup plus souvent une aggravation qu'une amélioration de l'ouïe, ces méthodes de traitement dont les résultats sont incertains doivent être rejetées, parce que la suppuration qu'elles amènent dans l'oreille moyenne, en se propageant dans la cavité crânienne et les sinus veineux, peut amener des complications dangereuses pour la vie du malade. On a observé plusieurs cas de ce genre, et moi-même, sur des malades à qui l'on avait injecté des liquides dans la caisse à l'aide d'une seringue introduite dans le nez, j'ai vu se produire de violentes suppurations dans la caisse, conduisant à la carie de l'apophyse mastoïde.

Pour ce qui concerne l'action des injections et des vapeurs, comparée à celle des douches d'air, je dois dire, d'après l'expérience actuelle, que, dans le plus grand nombre des cas d'affections adhésives issues de catarrhes, les douches d'air dans la caisse donnent seules toute l'amélioration de l'ouïe qui peut être obtenue. Pourtant, dans un certain nombre de cas, l'action de la douche d'air est certainement aidée beaucoup par l'emploi complémentaire des injections médicamenteuses ou des vapeurs. Ceci résulte de l'observation de cas où, après avoir obtenu un certain degré d'amélioration par les seules douches d'air, leur emploi subséquent accompagné de temps à autre de celui d'injections ou de vapeurs, a produit un nouvel accroissement de l'acuité de l'ouïe. Je ne puis donc pas confirmer les indications de BURNETT, J. PATTERSON CASSELS et LENNOX BROWNE, que même les injections de légères quantités de liquides soient tout à fait sans valeur dans le traitement des maladies chroniques de l'oreille moyenne.

La question de savoir si, dans ce qu'on appelle les catarrhes secs de la caisse, c'est l'emploi des vapeurs ou celui des injections médicamenteuses qui donne un meilleur résultat, est encore aujourd'hui l'objet de controverses de la part des spécialistes. Le fait est que, dans le nombre limité des cas où l'on obtient une amélioration par le traitement local médicamenteux, tantôt les vapeurs, tantôt les injections fournissent les meilleurs résultats. Mais

<sup>1</sup> Parmi ces méthodes, se trouvent les injections de solutions alcalines concentrées et l'ino-culation, proposée par ERHARD, de la sécrétion blennorrhagique à travers la membrane tympanique incisée. De fortes inflammations peuvent en outre provenir de l'injection de grandes quantités de liquide à l'aide de la douche d'eau de SAEMANN (pag. 150) et du même procédé modifié par GRUBER.

en somme, — d'autant plus qu'il ne peut s'agir ici de résultats éclatants, définitifs, — il n'y a pas grande différence en faveur de l'une ou de l'autre méthode. Les injections se montrent plus actives, en ce que le résultat possible est obtenu en moins de temps qu'avec les vapeurs. On sait d'ailleurs que celles-ci produisent souvent des embarras de la tête, un accroissement des bourdonnements, une aggravation de la surdité, une augmentation du catarrhe naso-pharyngien et une irritation de tout le tractus respiratoire. Par suite, la méthode des injections, plus commode, plus rapide (DE ROSSI) et moins pénible au malade, doit être préférée généralement à l'emploi des vapeurs. V. TRÖLTSCH aurait obtenu de bons résultats d'une combinaison des deux méthodes, en injectant un liquide irritant après l'emploi de courte durée de la vapeur d'eau.

Quand, dans le traitement des affections adhésives, on se borne à l'emploi exclusif des douches d'air, celles-ci ne doivent pas être faites chaque jour, mais tous les deux ou trois jours. Si l'on emploie les substances médicamenteuses et en particulier les liquides, il est bon de faire *alternativement*, à un jour d'intervalle, *les injections et les douches d'air* (pag. 274), parce que le traitement avec les injections seules amène souvent une aggravation. Mais, même avec les précautions indiquées, il n'est pas rare que le traitement médicamenteux se montre pernicieux, en amenant au bout de peu de temps une rapide aggravation, qui ne disparaît que si, après une pause de quelques jours, on revient au traitement exclusif par la douche d'air. Je dois surtout signaler les inconvénients du traitement médicamenteux dans les otites moyennes à marche lente où l'on ne trouve de modifications pathologiques ni sur la membrane du tympan, ni dans la trompe d'Eustache, et en outre dans tous les cas où *il n'y a qu'une légère diminution de l'ouïe*. Il se présente même des cas, non fréquents il est vrai, où le seul emploi méthodique de la douche d'air agit d'une façon fâcheuse et où par conséquent tout traitement local n'a qu'une action nocive.

Le traitement local des affections adhésives, et surtout de celles qui sont accompagnées d'anomalies de tension, est souvent aidé de la façon la plus favorable par la *raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe* (pag. 278). En particulier la méthode indiquée par LUCÆ, de raréfaction momentanée avec le ballon (pag. 278) donne souvent un résultat favorable, si elle est employée à la suite du cathétérisme ou de mon procédé. L'effet de la raréfaction de l'air ne consiste pas seulement à accroître la distance d'audition, mais encore à diminuer beaucoup ou à faire cesser complètement les bruits subjectifs et à produire un soulagement subjectif considérable dans l'oreille et dans la tête. De même, quand la membrane du tympan est fortement tirée à l'intérieur, l'obturation hermétique du conduit auditif externe (pag. 279) est souvent très efficace. Il n'y a qu'une contre-indication pour la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe avec la ballon, c'est un grand relâchement de la membrane tympanique.

Le résultat du traitement local dépend, en première ligne, de l'existence des modifications anatomo-pathologiques de l'appareil de transmission du son, de l'état simultané des ramifications du nerf acoustique dans le laby-

rinthe et en outre des circonstances, examinées de plus près à propos du pronostic, qui exercent une action favorable ou défavorable sur la marche de la maladie. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'accroissement de l'audition dans les affections adhésives issues de catarrhes, où il y a encore un peu de gonflement, ou bien où la maladie a produit des anomalies de tension de l'appareil transmetteur du son qui peuvent être écartées en partie par le traitement local. Au contraire, quand il y a des adhésions rigides, résistantes, ou une ankylose complète des osselets, quand il y a une forte stricture de la trompe, quand surtout la maladie de la caisse est compliquée d'une affection du labyrinthe, le résultat thérapeutique ne peut qu'être insignifiant ou nul.

On ne saurait prévoir d'avance le degré d'amélioration de l'ouïe qui peut être obtenu. Quand la surdité n'est pas grave et que les premières douches d'air donnent une amélioration notable, on pourra s'attendre en général à un résultat meilleur que là où l'audition est gravement atteinte et où l'aération de la trompe ne donne que peu ou pas de modification de l'audition<sup>1</sup>. Les exceptions ne sont pourtant pas rares; car il arrive fréquemment que, dans une maladie d'oreilles bilatérale, l'oreille la plus dure est tellement améliorée par le traitement qu'elle devient à son tour celle dont l'audition est meilleure. Une surdité complète pour la perception du langage n'exclut pas la possibilité d'une amélioration de l'ouïe, car j'ai observé assez souvent, en cas d'affection bilatérale où d'un côté la surdité était complète pour le langage, une amélioration de l'oreille sourde, pendant le traitement, allant de  $\frac{1}{3}$  de mètre à 1 mètre.

La *durée du traitement*, comme nous l'avons dit (pag. 274), a une grande importance pour le résultat curatif. Une trop longue durée produit une aggravation dans la plupart des cas. Aussi le traitement ne doit être continué qu'autant que l'épreuve de l'ouïe permet de constater une augmentation continue de la distance d'audition. Si l'on remarque, après un traitement de quelques semaines, un état stationnaire qui n'est pas modifié par la continuation de la douche d'air et des injections, il faut s'arrêter, sans cela l'amélioration obtenue disparaît rapidement. L'intervalle de temps dans lequel le résultat possible est atteint varie beaucoup; le plus souvent, entre trois et six semaines; mais il n'est pas rare de trouver des cas où le maximum d'accroissement de l'ouïe n'est atteint qu'après un traitement de trois à quatre mois.

L'*augmentation de l'audition pendant le traitement* est rarement régulière. Elle est plus grande dans les six ou huit premiers jours, puis la distance d'audition augmente peu. Dans d'autres cas, au contraire, il n'y a pas d'amélioration notable dans les premiers temps, mais seulement après un traitement de plusieurs semaines.

<sup>1</sup> « Si nous voyons le traitement local, continué un certain temps (huit à quinze jours) avec suite et précaution, n'être d'aucune utilité pour l'audition et pour les troubles subjectifs, il est probable que tout traitement ultérieur restera sans résultat. » (SCHWARTZE, *Pract. Beitr.* 3. *Ohrenh.*, 1864.)

L'amélioration de l'ouïe, résultant du traitement des affections adhésives, est rarement persistante, parce que les tissus pathologiques qui fixent les osselets ont une tendance à la rétraction et au resserrement. Dans la plupart des cas, on remarque une diminution au bout de quelques mois; et si l'on a l'occasion de les observer après un intervalle de temps plus considérable, au bout d'une année environ, on constate fréquemment, non seulement la disparition totale du résultat obtenu, mais souvent même une altération de la fonction plus considérable qu'avant le traitement.

De là résulte la nécessité d'un *traitement consécutif après un certain temps*, en partie pour conserver le résultat obtenu, en partie pour s'opposer aux progrès rapides de la maladie. Ce traitement consiste, soit à répéter pendant quelque temps le traitement déjà décrit par des injections alternant avec la douche d'air, soit à pratiquer celle-ci exclusivement de temps en temps. L'expérience montre, en effet, qu'en beaucoup de cas où il y avait avant le traitement une diminution toujours progressive de l'ouïe, la répétition du traitement, une fois ou deux par an, produit un arrêt ou un ralentissement du mal.

Le moyen le plus simple de traitement complémentaire est la *douche d'air dans la caisse par mon procédé*. Quand les circonstances s'opposent à ce qu'elle soit pratiquée par le médecin, le malade peut, après avoir reçu ses instructions, la pratiquer lui-même. Mais, pour obtenir un bon résultat, il faut que la douche d'air soit faite avec méthode, car son emploi trop fréquent peut amener une diminution rapide de l'audition et une augmentation des bruits subjectifs. Le traitement complémentaire ne doit pas suivre immédiatement le traitement local, mais commencer seulement après une pose de six à huit semaines. Le mieux alors est de faire les insufflations d'air deux ou trois fois par semaine, pendant six à huit semaines, puis de faire une nouvelle pose dont la durée dépendra du plus ou moins de temps que l'amélioration obtenue persistera. Plus la distance d'audition se maintient longtemps, plus il convient d'intercaler de longues poses (deux à trois mois) entre les renouvellements de la douche d'air. Il faudra ainsi, chez certains malades, les reprendre pendant plusieurs semaines, trois à quatre fois par an; tandis que, chez d'autres où l'amélioration de l'ouïe durera plus longtemps, il suffira de les renouveler deux fois par an.

Je me suis déjà expliqué au sujet du peu de valeur de l'*expérience de Valsalva*, recommandée encore aujourd'hui comme traitement complémentaire par quelques spécialistes (pag. 275). Je ne considère pourtant pas comme superflu de signaler encore ici, de la façon la plus pressante, l'action particulièrement fâcheuse de ce procédé trop souvent répété.

Quoique, en beaucoup de cas, on obtienne un état stationnaire pendant une série d'années par les méthodes décrites plus haut et par la pratique du traitement complémentaire, assez souvent cependant le traitement local reste sans résultat dans les affections de ce groupe, parce qu'en dépit de ce traitement la maladie progresse sans s'arrêter jusqu'au développement des altérations les plus graves de l'audition. Ce sont le plus fréquemment les otites moyennes à marche lente, accompagnées de bruits subjectifs constants.

contre lesquelles échoue tout traitement. L'expérience montre, d'une manière certaine, qu'il y a même des cas où la *marche défavorable est accélérée par le traitement local*; ce fait mérite d'être pris sérieusement en considération dans le traitement des affections chroniques de la caisse.

*Traitement des bruits subjectifs accompagnant les affections adhésives.* — Le traitement des bruits subjectifs se confond en grande partie avec celui des altérations de l'ouïe. L'éloignement de ces bruits est bien moins fréquent dans les processus adhésifs que dans les formes sécrétoriques du catarrhe. Cependant, il n'est pas rare que les sensations subjectives soient diminuées beaucoup par le traitement. Cela est vrai surtout des bruits qui proviennent d'anomalies de tension dans la caisse et de pression anormale consécutive dans le labyrinthe. Le plus souvent, les bruits subjectifs sont affaiblis par les douches d'air dans la caisse et par la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe. L'effet est le plus marqué immédiatement après l'emploi des méthodes indiquées; souvent des bruits très forts cessent aussitôt ou sont fortement amoindris. Mais cette action favorable ne persiste que rarement, et, au bout de peu de temps, les bruits reprennent le plus souvent leur intensité primitive. L'effet est plus prononcé en beaucoup de cas par l'emploi de mon procédé, dans d'autres par le cathétérisme ou par la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe. On obtient quelquefois un affaiblissement des bruits subjectifs (pag. 135), là où les insufflations d'air n'ont pas donné de résultat, par l'injection d'une solution médicamenteuse ou par l'introduction de vapeurs d'éther sulfurique, d'éther acétique (KRAMER), ou de chloroforme (RAU), ou d'un mélange d'éther sulfurique avec la liqueur anesthésique des Hollandais (6 : 4).

L'influence du traitement sur les bruits subjectifs ne peut être prévue d'avance. Dans quelques cas rares, les bruits cessent tout à fait; dans d'autres, ils sont diminués, et dans le plus grand nombre ils ne sont pas modifiés, même quand il y a amélioration notable de l'ouïe. On doit fréquemment être satisfait si l'on parvient à diminuer des bruits considérables et fatigants, de manière qu'ils puissent être plus supportables au malade. La diminution des bruits après le traitement est quelquefois durable; mais souvent ils reviennent avec une nouvelle force au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Fréquemment des sensations subjectives dont l'intensité a diminué redeviennent plus fortes si le traitement est continué trop longtemps. Il se peut même qu'une cure trop longue amène des bruits insupportables là où il n'y en avait pas eu auparavant.

Parmi les remèdes externes contre les bruits subjectifs, l'emploi des *révulsifs derrière l'oreille* et surtout des *vésicatoires* avait une grande vogue autrefois, et l'a encore aujourd'hui en Angleterre. Il s'est limité beaucoup dans ces derniers temps. J'ai obtenu les meilleurs résultats de l'irritation locale de l'apophyse mastoïde dans les bruits d'origine récente, et, en outre, chez les malades affectés de bruits continus, en la poussant jusqu'à la limite supportable. Si l'augmentation des bruits n'est pas trop grande, les *frictions*