

dication, la membrane basilaire constituerait un système de cordes correspondant aux stries, dont un certain nombre seulement vibreraient d'accord avec chaque son. La perception des notes élevées se ferait ainsi par les portions inférieures de la membrane basilaire, celle des notes basses par les parties supérieures, ce que semblerait indiquer aussi l'observation de MOOS, dont nous parlerons plus loin, au sujet de l'atrophie du nerf acoustique dans la première spire du limaçon. La vibration simultanée d'un groupe de fibres ne doit pas cependant être regardée comme isolée et nettement limitée. D'après le fait constaté par HELMHOLTZ, que la perception des sons de hauteur croissante a lieu en progressant d'une manière continue, et non par degrés successifs, il est plus probable qu'à chaque vibration simultanée d'un certain groupe de fibres, les fibres voisines entrent elles-même aussi légèrement en vibration.

Enfin il y aurait encore à noter quelques particularités physiologiques de l'appareil acoustique terminal.

Des bruits aussi bien que des sons peuvent provoquer des perceptions auditives secondaires, c'est-à-dire des perceptions sonores qui persistent un peu de temps après l'action de la source objective du son. PREYER a remarqué des sensations secondaires particulières après l'action prolongée d'un son, en particulier la perception nettement persistante de vibrations. Tandis que FRECHNER regarde les sensations secondaires comme des images de la mémoire, URBANTSCHITSCH les appelle *images secondaires positives*, analogues aux images secondaires de l'œil. Ce dernier a observé, dans ses expériences avec des diapasons à notes basses et élevées, des sensations secondaires nettes, particulièrement sur les jeunes individus, presque jamais sur des personnes au-dessus de trente ans. L'intensité de la perception secondaire, qui se produit dix à vingt secondes après l'extinction du son objectif et qui dure parfois une demi-minute à une minute, est toujours plus faible que celle du son objectif. En admettant qu'il s'agisse ici d'une image secondaire positive, il reste inexplicable qu'elle ne puisse être constatée, comme je m'en suis convaincu, que sur un petit nombre d'individus ayant les oreilles saines.

L'énergie de la perception du nerf auditif, comme DOVE l'a montré le premier, diminue après une courte action du son; il survient, selon l'expression de DOVE, une *fatigue* de l'oreille. URBANTSCHITSCH, dans les expériences qu'il a faites à ce sujet, a trouvé que la diminution de la perception a lieu surtout pour les sons et groupes de sons que l'on a fait agir sur l'oreille, mais que, immédiatement après, d'autres sons sont perçus sans affaiblissement.

Si un son est conduit en même temps aux deux oreilles par un tube à deux branches, la perception (image acoustique) est située, d'après PURKYNJE et TOMPSON, au milieu de l'occiput. Les recherches ultérieures sont loin de confirmer cette indication, puisque PLUMENDON place le lieu de la perception dans la région frontale. URBANTSCHITSCH, qui a introduit pour cette perception le terme de « champ auditif subjectif », a trouvé que la perception est située aussi parfois dans la région naso-pharyngienne et que la place du champ auditif subjectif non seulement varie diversement avec des personnes différentes et des sons divers, mais qu'aussi sur le même individu on observe de fortes *déviation latérales*, par suite de modifications subjectives dans l'intensité des perceptions acoustiques.

Quant aux indications d'URBANTSCHITSCH (*Arch. de Pflüger*, vol. XXV) sur les limites de la perception suivant que la source sonore s'approche ou s'éloigne, je dois remarquer que j'ai déjà appelé l'attention sur cette particularité de l'appareil auditif et nous renvoyons aux indications données à ce sujet pag. 155 de ce livre.

On ne sait que peu de chose sur la signification physiologique des divers noyaux et racines du nerf acoustique, et nous ne nous étendrons pas davantage sur les diverses hypothèses que l'on a déduites de certains phénomènes réflexes provenant du nerf acoustique, puis de ce fait, que le nerf du vestibule et le nerf du limaçon, chez le mouton et le cheval, sortent de la moelle allongée par des racines séparées (HORBACZEWSKI).

Une hypothèse beaucoup plus intéressante, déduite récemment d'observations cliniques et de recherches expérimentales (MUNK, FERRIER), est celle de l'exis-

tence d'un centre sensoriel du nerf acoustique dans le lobe temporal du cerveau, en une place par conséquent dont on ne connaît pas encore les relations anatomiques avec lesdits noyaux et racines du nerf acoustique. FERRIER (*les fonctions du cerveau*, traduit en allemand par le Prof. OBERSTEINER, 1879) a vu, par l'excitation électrique de la circonvolution temporale supérieure du cerveau mis à nu de chats, chiens et singes, une élévation brusque du pavillon du côté opposé et, par la destruction du lobe temporal, la surdité de l'oreille située de l'autre côté. MUNK, en faisant la vivisection sur des chiens (Académie des sciences de Berlin, 1881), est arrivé au même résultat, qui indique un croisement des fibres du nerf auditif dans le cerveau. D'après MUNK, si on enlève la partie du lobe temporal désignée sous le nom de « sphère auditive » et si en même temps on détruit l'organe auditif du même côté, l'animal devient complètement sourd et au bout de peu de temps également muet (?). MUNK croit en outre pouvoir admettre, en se basant sur une série d'expériences, que la partie postérieure de la sphère auditive sert à la perception des sons bas, la partie antérieure située dans le voisinage de la fosse de Sylvius, au contraire, à la perception des sons élevés. Qu'à la surface supérieure des hémisphères cérébraux il n'y ait aucun centre en relation directe avec le nerf acoustique, c'est ce qui résulte des expériences de GOLTZ, qui n'a observé aucune altération de l'ouïe à la suite de la destruction de l'écorce.

II

MALADIES DU LABYRINTHE, DU NERF AUDITIF ET DE LA PARTIE CENTRALE DE CE NERF

INTRODUCTION

Les grands progrès de la pathologie de l'oreille externe et de l'oreille moyenne dans les dernières périodes décennales ne peuvent pas être signalés au même degré dans la pathologie de l'oreille interne. Nous devons, au contraire, avouer que nous en sommes toujours encore aux premiers débuts pour la connaissance des modifications anatomiques et le diagnostic des maladies de l'oreille interne, malgré le nombre considérable de résultats intéressants d'autopsie et d'observations de malades dans ces derniers temps. Cela tient surtout à ce que l'on est rarement en situation favorable pour faire l'examen anatomique approfondi de l'oreille des malades, qui, examinés cliniquement avec soin pendant la vie, présentent les symptômes d'une affection de l'appareil auditif nerveux. Il arrive ainsi que nous avons, d'une part, une série d'observations cliniques intéressantes sur des maladies de l'oreille interne, sans pouvoir les baser sûrement sur des modifications anatomiques déterminées, et que, d'autre part, nous connaissons un grand nombre de résultats intéressants d'autopsies de l'oreille interne, dont une faible partie seulement concerne des individus qui ont été sérieusement examinés pendant la vie.

De là résulte la grande difficulté d'une exposition des maladies de l'oreille interne, qui réponde en partie seulement aux nécessités cliniques, et on

ne pourra présenter une étude satisfaisante du sujet, que lorsqu'un grand nombre de recherches ultérieures auront fait concorder les observations cliniques avec les modifications anatomiques. Dans l'état défectueux actuel de notre connaissance, nous devons nous borner à parler des maladies de l'appareil auditif nerveux en partie d'après les modifications anatomiques, en partie d'après les symptômes présentés, sans pouvoir affirmer partout et toujours les relations qui existent entre les symptômes et les modifications anatomiques.

Les maladies de l'oreille interne se divisent en affections *primitives* et affections *secondaires*. Pourtant les *affections primitives* sont, — autant qu'on en puisse juger d'après les matériaux actuellement rassemblés, — beaucoup plus rares que les maladies secondaires. Il est vrai que, pour les anciens observateurs, la surdité nerveuse formait une forte proportion des cas examinés, parce que toutes les altérations de l'ouïe, où l'examen de la membrane tympanique et de la trompe d'Eustache donnait un résultat négatif, étaient rangées par eux, sans plus ample information, dans la catégorie des maladies nerveuses primitives de l'oreille (voir KRAMER, *Maladies d'oreille*, 1849). Mais les recherches de TOYNBEE, rompant avec la voie suivie jusqu'alors, amoindrirent beaucoup le domaine de la « surdité nerveuse », en montrant, comme cause de l'altération de l'ouïe, dans la plupart de ces cas avec résultats négatifs de l'exploration, une ankylose de l'étrier.

Les maladies de l'appareil acoustique sont amenées par des *influences extérieures* (refroidissement, traumatisme, ébranlement) ou par des *maladies générales* et des *maladies organiques*. Cependant ce sont surtout les *affections de l'oreille moyenne*, à la suite des quelles se produisent dans l'oreille interne des modifications pathologiques. Mais celles-ci ne doivent pas toujours être regardées comme des affections secondaires du labyrinthe et du nerf auditif, car certainement la *maladie des deux parties de l'oreille* peut fréquemment être amenée par la même cause occasionnelle (voir pag. 302).

Les *otites moyennes* réactives *aiguës* ne sont que rarement combinées avec une affection simultanée du labyrinthe. Le développement de celle-ci pourrait être dû à des troubles de nutrition, transmis de l'oreille moyenne au labyrinthe par les anastomoses qui existent dans la paroi externe de ce dernier. L'affection est caractérisée par une surdité grave, accompagnée de forts bruits subjectifs, parfois aussi de vertige, et par la disparition de la perception par les os de la tête pour l'acoumètre et le diapason (voir pag. 362).

On rencontre plus fréquemment des altérations fonctionnelles, dans le domaine du nerf acoustique, avec les *affections chroniques, non purulentes de l'oreille moyenne*. Dans la *forme exsudative*, le labyrinthe, sauf de rares exceptions (parmi lesquelles il faut compter surtout les catarrhes syphilitiques), reste intact. Dans les *processus adhésifs* au contraire, particulièrement dans ces formes à *marche lente*, finissant généralement par l'ankylose de l'étrier, qui se produisent sans sécrétion préalable, on observe très fréquemment, non seulement après une durée prolongée, mais souvent dès le commencement, des troubles du côté du nerf auditif, que l'on doit regarder comme des maladies simultanées et dues aux mêmes désordres trophiques.

On observe plus rarement des troubles fonctionnels dans l'appareil auditif nerveux (diminution de la perception du nerf acoustique et bruits subjectifs) dans les *otites moyennes purulentes perforatives*. Pourtant des modifications anatomiques du labyrinthe se présentent aussi dans ces affections, plus souvent que ne le faisaient croire les symptômes cliniques. Ainsi dans les cas de suppuration, où la substance spongieuse de la pyramide du rocher dans le pourtour de la capsule labyrinthique est atteinte de carie, il n'est pas rare de trouver des épanchements sanguins dans les canaux semi-circulaires et dans le limaçon, sans qu'il y ait eu pendant la vie des altérations importantes de la fonction faisant prévoir la présence de pareilles modifications.

Comme cause fréquente de troubles de l'ouïe provenant du nerf acoustique, il faut citer les maladies générales et les maladies infectieuses qui, comme le *typhus*, la *scarlatine*, la *syphilis*, la *parotite épidémique* (MOOS, ROOSA, HESSLER, BUCK, BRUNNER), etc., amènent des troubles dans les centres ou les ramifications du nerf auditif, par l'action de la masse du sang qui a subi des modifications pathologiques.

Il est important de noter, pour se rendre compte de si nombreuses altérations de l'ouïe, que, parmi les nerfs des sens, *le nerf auditif est celui qui possède la plus grande impressionnabilité*, c'est-à-dire que dans les maladies générales, dans les altérations chimiques du sang provenant de maladies infectieuses, sa fonction est beaucoup plus souvent empêchée que celle du nerf visuel ou des nerfs du goût, de l'odorat et du toucher. Cependant les modifications anatomiques de l'appareil auditif nerveux dans les maladies infectieuses sont encore peu connues. Dans quelques cas on a observé l'hyperhémie et des ecchymoses, dans d'autres une infiltration cellulaire du labyrinthe membraneux, dans la variole une véritable suppuration (Moos).

On sait aussi, que le nerf auditif est affecté, plus souvent que les autres nerfs des sens, par des *substances médicamenteuses* qui pénètrent dans la circulation générale. Il suffit de rappeler l'action connue de la *quinine*, de l'*acide salicylique*, de la *morphine*, du *chloroforme*, qui exercent une influence passagère, souvent aussi persistante, sur la fonction du nerf auditif, leur emploi prolongé ou à fortes doses déterminant des bruits subjectifs et de la surdité, beaucoup plus rarement la cécité.

D'après KIRCHNER (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1881), qui, à la suite d'expériences dans lesquelles il faisait absorber de la quinine à des lapins, a observé une hyperhémie et hémorragie de la muqueuse de la caisse et du labyrinthe, les altérations pathologiques provoquées dans l'oreille par la quinine et l'acide salicylique seraient dues à des troubles vaso-moteurs, produisant l'arrêt du sang et l'exsudation dans l'oreille. KNAPP (*Zeitschr. f. Ohr.*, vol. X, pag. 279) a observé dans la cécité et la surdité survenant à la suite de fortes doses de quinine, une *pâleur* excessive du nerf visuel avec *effacement* presque complet des vaisseaux de la rétine, et il croit que la surdité est due à un état analogue du limaçon, ce qui n'est pas confirmé par les recherches de KIRCHNER.

Parmi les *maladies des organes*, ce sont les *maladies du cerveau et de ses enveloppes*, en particulier la méningite cérébro-spinale épidémique, l'hydrocéphalie, l'encéphalite aiguë et chronique, les tumeurs du cerveau, plus rarement les maladies de la moelle épinière, qui sont accompagnées d'altérations de l'ouïe. Celles-ci sont dues, soit à la transmission de processus inflammatoires de la cavité crânienne au labyrinthe et au tronc du nerf auditif, soit à une pression exercée sur le nerf acoustique et les vaisseaux sanguins qui se ramifient dans le labyrinthe, soit enfin à des maladies du cerveau et de la moelle allongée, comprenant dans le foyer pathologique les noyaux et racines du nerf acoustique.

Des altérations fonctionnelles du nerf acoustique sont encore produites par des obstacles à la circulation du sang dans les vaisseaux de la tête. C'est à cela qu'il faut attribuer les anomalies de l'ouïe dans les *maladies du cœur* et des *poumons* et dans quelques formes de la *scrofule*.

Qu'également dans le cours de maladies de l'estomac, du foie, des reins et de l'utérus, il se produise des altérations de l'ouïe, c'est ce que savaient déjà les anciens auteurs. En somme pourtant, d'après ma propre expérience, ce cas est beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement, car souvent, là où l'on supposait une dépendance entre la maladie organique et l'affection de l'oreille, j'ai trouvé comme cause de cette dernière des altérations palpables dans l'oreille moyenne. Mais, même quand le nerf auditif est évidemment atteint, il ne faut pas mettre sans autre examen cette affection sous la dépendance de ces maladies organiques, car maladie de l'oreille et maladie organique peuvent se développer indépendamment l'une de l'autre. Toutefois on ne peut nier qu'il y ait des rapports entre ces maladies organiques et l'appareil auditif. Si ces rapports sont dus, comme on le croit, à une transmission réflexe par les voies du vagus, de la moelle épinière, ou à des altérations des nerfs sympathiques, c'est ce qui n'est pas prouvé jusqu'ici. Il est certain que dans une série de cas, au cours d'affections organiques chroniques, il se produit dans l'organisme des troubles généraux de nutrition, comme l'anémie, l'hydrémie et le marasme, dont on connaît assez l'influence délétère sur l'ensemble du système nerveux et qui peuvent sans aucun doute, en agissant sur le nerf auditif, peu capable de résistance, produire l'irritation ou la paralysie de ce nerf.

On trouve déjà chez les anciens auteurs des indications sur la dépendance qui existe entre certaines maladies organiques et les affections de l'oreille. SAND (cité par LINCKE) a observé, chez un homme atteint d'un ulcère de l'estomac, le rayonnement de la douleur de l'estomac à l'oreille. D'après la même source, HIPPOCRATE aurait déjà indiqué la connexité entre les maladies du foie et les affections de l'oreille droite. De même la relation entre l'utérus et l'oreille, qui a récemment attiré beaucoup l'attention, aurait été connue, d'après LINCKE, par les anciens médecins (EBERSBACH 1725, LANZONI, GOHL). — Plus récemment on trouve des observations sur ce sujet de SCANZONI, BENNI (Varsovie), GELLÉ, BARATOUX et autres. BENNI a vu plusieurs cas d'exsudation et hémorrhagie substitutives de l'oreille moyenne par suppression de la menstruation. BARATOUX (*Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus*, Paris, 1831) arrive, à la suite d'observations personnelles et de celles de GELLÉ, à ce résultat, que, dans le cours d'otites moyennes

purulentes, il peut y avoir aggravation de l'affection locale par l'arrivée des règles et que, dans l'aménorrhée, il peut survenir des hémorrhagies substitutives de l'oreille. En outre on a observé, à la suite de la suppression des règles et à l'entrée dans l'âge critique des accès de vertige accompagnés de bruits subjectifs et de torpeur cérébrale, que l'on a attribués à une fluxion artérielle des vaisseaux labyrinthiques.

Enfin il faut encore ajouter les *affections mentales*, comme cause de maladies de l'appareil auditif nerveux. Quoique rares en somme, des cas de ce genre sont constatés par l'expérience, et j'ai noté dans ma pratique plusieurs cas de bourdonnements d'oreilles temporaires ou permanents ou de surdité par épouvante, par exemple dans un danger d'incendie, ou par un grand chagrin éprouvé subitement. Ceci s'explique quand on se rappelle que les affections émotionnelles comptent parmi les excitants les plus puissants qui agissent sur les nerfs des vaisseaux (vaso-constricteurs et dilatateurs) et qu'un trouble brusque dans la circulation peut donner lieu à des désordres de nutrition dans le nerf acoustique et ses ramifications (ischémie, hyperhémie, stase), qui se traduisent par des phénomènes d'irritation ou de paralysie.

Une disposition héréditaire aux affections du nerf acoustique n'est pas niable, comme le montrent les cas nombreux de surdi-mutité héréditaire. En somme pourtant elle paraît être une cause étiologique plus rare que dans les maladies de l'oreille moyenne.

Les maladies de l'oreille interne s'observent *plus fréquemment dans l'enfance* que chez les adultes. Cela s'explique d'abord par la fréquence de ces formes de maladie de l'enfance qui, comme les exanthèmes aigus, l'hydrocéphalie aiguë, la méningite cérébro-spinale épidémique, etc., s'accompagnent si souvent d'affections de l'oreille. En outre une circonstance anatomique importante à noter, c'est que les rapports anastomotiques de l'oreille moyenne et du labyrinthe d'une part, de ce dernier et de la cavité crânienne d'autre part sont plus nombreux chez l'enfant que chez l'adulte, et que, dans l'organe auditif de l'enfant, il y a une communication plus large par les aqueducs entre le liquide labyrinthique et l'espace cérébro-spinal, que dans celui de l'adulte. Par suite, comme le montre en effet l'expérience clinique, les affections inflammatoires de l'oreille moyenne et de la cavité crânienne se transmettent beaucoup plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes à la cavité labyrinthique. Que le nerf auditif dans l'enfance offre moins de résistance qu'à l'âge adulte aux maladies febriles et infectieuses, c'est également un point mis hors de doute par l'observation clinique.

Tandis que la fréquence des maladies du nerf acoustique diminue dans la période moyenne de la vie, elle redevient très grande dans l'âge avancé. Comme bases anatomiques de ces altérations de l'ouïe chez les vieillards, on a constaté des modifications régressives du nerf auditif et de ses ramifications (métamorphose sénile), l'atrophie, la dégénérescence graisseuse, le dépôt de corpuscules amyloïdes et l'endartérite chronique.

La production fréquente d'affections du labyrinthe dans certains *métiers*, comme chez les artilleurs, les carabiniers, les forgerons, serruriers, tonneliers, etc., par suite de l'action de sons intenses et continus, a été déjà signalée.

L'affection du nerf acoustique atteint dans la plupart des cas *les deux oreilles*, soit en même temps, soit à intervalle plus ou moins long. Plus rarement la maladie du nerf auditif se localise définitivement dans une seule oreille. D'après mon expérience, c'est là le cas le plus fréquent dans les paralysies unilatérales du nerf acoustique dues à un ébranlement sonore. De même que dans les affections de l'oreille moyenne, le danger d'une extension de la maladie nerveuse unilatérale à l'autre oreille est d'autant plus grand que l'altération de l'ouïe est plus grave. De même aussi, dans les cas où l'oreille normale est atteinte à son tour, l'altération de l'ouïe est ordinairement très rapide. Par quelle voie la maladie d'une oreille se transmet-elle à l'autre, jusqu'ici on ne le sait pas. Le fait anatomique, que les racines de l'un des nerfs auditifs dans les noyaux acoustiques externes passent de l'autre côté (MEYNERT), permet d'admettre avec vraisemblance que le processus de dégénérescence peut s'étendre de l'un des nerfs aux centres et au tronc du nerf auditif de l'autre côté.

Les *symptômes des affections du nerf auditif* se traduisent en partie par des phénomènes d'irritation, parmi lesquels il faut ranger en première ligne les *sensations auditives subjectives*, puis l'*hyperesthésie acoustique*, le *vertige*, les *vomissements* et les troubles de l'équilibre, en partie par des *phénomènes de paralysie*, consistant en une *diminution de l'acuité de l'ouïe* ou une *surdité totale*. Dans la plupart des cas, les symptômes de paralysie et d'irritation se trouvent combinés.

Les *altérations de l'ouïe* dans les maladies de l'oreille interne se produisent tantôt rapidement, tantôt lentement. Dans quelques formes pathologiques, comme dans la maladie apoplectiforme de MENIÈRE, la syphilis du labyrinthe, la méningite cérébro-spinale, dans l'ébranlement traumatique du labyrinthe, la fonction auditive est souvent complètement annulée tout à fait subitement ou en quelques jours. Dans d'autres formes à marche chronique au contraire, en particulier dans les affections lentes, accompagnées de modifications régressives dans le nerf auditif et le labyrinthe, qui, comme nous l'avons vu, se présentent si fréquemment dans les processus adhésifs chroniques de l'oreille moyenne, l'ouïe diminue peu à peu, mais non régulièrement. Une période de diminution progressive de l'audition peut être suivie d'intervalles stationnaires assez grands, ou la marche progressive est interrompue par des aggravations subites.

Les *oscillations* de l'acuité de l'ouïe sont en général beaucoup plus faibles et plus rares dans les maladies du nerf acoustique que dans les affections de l'oreille moyenne. Parmi les causes qui agissent sur elles, on compte les influences extérieures, le malaise du corps, les excitations psychiques, les veilles, la tension de l'effort pour entendre (TOYNEE), l'usage des boissons alcooliques, etc. Que, dans des cas pathologiques, il se produise *des oscillations dans la faculté de perception du nerf auditif*, c'est ce que j'ai fait re-

marquer déjà dans mes recherches relatives à la transmission du son, etc. (*Arch. f. Ohr.*, vol. I, pag. 346, 1864).

Les *suites et issues* des maladies de l'oreille interne dépendent en partie de la cause occasionnelle, en partie de l'importance des modifications pathologiques. Il n'est pas douteux, d'après l'observation clinique, qu'une série de processus pathologiques dans le labyrinthe et le nerf auditif peuvent disparaître avec rétablissement complet de la fonction auditive. En somme pourtant le retour à l'état normal est beaucoup plus rare que dans les affections de l'oreille moyenne. Cela montre bien le faible pouvoir de résistance du nerf auditif, et particulièrement de ses organes terminaux dans le labyrinthe, contre l'action des produits pathologiques qui s'y sont formés. Les hyperhémies du labyrinthe, l'infiltration séreuse de ses tissus, probablement aussi l'infiltration cellulaire peuvent disparaître sans laisser d'altération de l'ouïe. Il est probable, au contraire, d'après l'observation clinique, que des modifications profondes, comme des inflammations purulentes, de forts épanchements sanguins, les altérations régressives, etc., amènent une désorganisation plus ou moins rapide du nerf acoustique, accompagnée d'annulation de la fonction auditive et non susceptible de rétrograder.

Le *pronostic* des affections du nerf acoustique dépend de la cause originelle, de la durée et de l'intensité de la maladie. Il est défavorable pour le plus grand nombre des maladies. Cela est vrai surtout pour la surdité apoplectiforme qui se produit subitement, pour les affections graves du nerf acoustique se développant à la suite de maladies infectieuses, pour les altérations de l'ouïe d'origine cérébrale et pour les affections du labyrinthe à marche lente, compliquées de sclérose de la muqueuse de l'oreille moyenne.

Au contraire on peut poser un pronostic plus favorable dans les paralysies rhumatismales récentes, dans les ébranlements peu graves du labyrinthe et, dans une mesure limitée, dans les maladies syphilitiques de celui-ci.

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'APPAREIL AUDITIF NERVEUX

Dans un grand nombre de cas, il est très difficile de reconnaître les maladies du nerf acoustique. Ces difficultés ne se présentent pas seulement pour le diagnostic différentiel des maladies de l'oreille moyenne et de l'appareil auditif nerveux, mais aussi l'affection du nerf auditif étant constatée, en tant qu'il est souvent impossible de déterminer si la maladie a son siège dans le labyrinthe, dans le tronc du nerf auditif ou dans la partie centrale de son parcours. Il y a en outre à considérer que les maladies de l'oreille moyenne et du labyrinthe se rencontrent souvent combinées et qu'en pareil cas on ne peut déterminer quelle est la part des symptômes présents et des altérations de l'ouïe revenant à la maladie de l'oreille moyenne et quelle est celle qui est à mettre au compte de l'affection du labyrinthe.

Le diagnostic des maladies du nerf acoustique s'appuie surtout sur l'appréciation de certains *symptômes et troubles de l'ouïe* et sur les *données de l'épreuve de la fonction*. C'est à ces dernières, comme LUCAS l'a fait remarquer avec justesse, qu'il faut attacher la plus grande importance dans l'explo-