

ration, parce que, dans la plupart des cas, il n'y a que l'épreuve minutieuse de la fonction qui soit décisive pour le diagnostic d'une maladie du nerf acoustique.

Pour faire l'épreuve de la fonction auditive, on se sert d'une *montre*, de l'*acoumètre*, de divers *diapasons* et autres *instruments musicaux*, enfin aussi du *langage*. Tout en renvoyant pour les détails de l'examen au chapitre : « Épreuves de l'ouïe, » pag. 152, nous nous occuperons dans ce qui suit des résultats de l'épreuve de l'audition relatifs aux maladies du nerf acoustique.

Épreuve avec la montre et l'acoumètre. — La détermination de la *distance de l'audition pour la montre ou l'acoumètre* ne sert qu'à constater la différence de l'altération de l'ouïe dans les deux oreilles et à apprécier *approximativement* le degré d'altération fonctionnelle. Dans les recherches faites à ce sujet, on n'a pas trouvé un rapport déterminé entre la distance de l'audition trouvée de cette manière et la distance de l'audition pour la parole.

L'épreuve de la *perception* pour la montre et l'acoumètre *par les os de la tête* a plus d'importance¹. Il faut noter pourtant, que la diminution ou la suppression de la perception par les os de la tête n'exclut pas du tout la présence d'un obstacle à la transmission du son, qu'au contraire ce symptôme se présente très fréquemment dans les affections adhésives chroniques de l'oreille moyenne, où la *motilité diminuée des osselets de l'ouïe* suffit déjà seule à *affaiblir* un peu la perception par les os de la tête. Une *diminution légère* de la perception des sons par les os de la tête ne doit donc pas encore être notée comme un symptôme d'une maladie du nerf auditif. Cependant dans chaque cas où une *source sonore un peu forte*, par exemple l'acoumètre, n'est que *faiblement* ou même pas du tout perçue par les os de la tête, on est autorisé à admettre *une maladie de l'appareil nerveux*, sans pour cela pouvoir décider si la maladie du nerf acoustique est primitive ou combinée avec une affection de l'oreille moyenne.

Épreuve avec le diapason. — L'épreuve avec le diapason est indispensable pour le diagnostic des maladies du nerf acoustique. Comme la faculté de perception se trouve altérée à des degrés divers pour les sons bas et élevés, il convient d'employer pour l'épreuve de l'ouïe des diapasons de hauteurs différentes. Je me sers dans ma pratique du diapason $ut_4 = 512$ vibrations, et en outre du diapason à note basse donnant le *contre-ut* et du diapason à note élevée la_4 . LUCÆ emploie pour l'épreuve de la transmission du son par l'air des notes très élevées de la sixième octave (fa_6 dièze).

Transmission du son par l'air. — Pour la *perception du diapason par l'intermédiaire de l'air*, BONNAFONT (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, mai 1845) a déjà montré que, *dans la surdité nerveuse, la faculté de perception pour les sons élevés diminue d'abord, tandis que les sons bas sont encore bien perçus*. L'indication de BONNAFONT a été confirmée par MOOS et LUCÆ, s'appuyant sur des résultats d'autopsies de quelques cas de maladies du labyrinthe examinés pendant la vie, en tant que, dans les affections du nerf

¹ Cela ne concerne que les individus qui n'ont pas encore dépassé l'âge de soixante ans (voir pag. 164).

acoustique, le premier attache une signification diagnostique particulière à l'absence de la perception des notes élevées, le dernier à la perception des notes basses.

Quoique l'on doive attribuer une certaine valeur diagnostique à cette méthode d'exploration, le diagnostic d'une maladie du nerf auditif ne peut pourtant pas être basé sur *le résultat de cette seule épreuve*, parce qu'il n'est pas rare aussi que, dans les maladies de l'oreille moyenne, les sons bas soient mieux perçus que les sons élevés et qu'inversement, dans des affections constatées du labyrinthe, la perception des sons bas diminue plus rapidement que celle des sons élevés.

Perception du diapason par les os de la tête. — Pour ce qui concerne la *perception du diapason par les os de la tête*, nous savons que le son fondamental du diapason placé sur *la ligne médiane du crâne* est généralement perçu plus fortement *par l'oreille affectée, dans les cas d'obstacles à la transmission du son*, et qu'au contraire, dans les *maladies du nerf acoustique* non accompagnées d'une affection de l'oreille moyenne, la perception est plus forte *par l'oreille non malade*. Quoique, dans une série de cas d'obstacles à la transmission du son, le son du diapason appliqué sur les os de la tête puisse aussi être perçu plus fortement de la meilleure oreille, néanmoins *l'absence de perception du diapason par l'oreille affectée*, — bien entendu seulement en tenant compte en même temps d'autres circonstances indiquant une maladie du nerf acoustique, — présente une grande importance au point de vue du diagnostic¹. (Voir pag. 171 et 172). Dans tous les cas cette méthode d'exploration donne des points de repère plus précis que *l'expérience de Rinne*, proposée récemment par LUCÆ pour le diagnostic différentiel des maladies de l'oreille moyenne et de celles de l'appareil nerveux.

Expérience de Rinne. — Cette expérience consiste à hisser vibrer un diapason (diapason donnant le *contre-ut*) placé sur le crâne ou contre l'apophyse mastoïde jusqu'à ce que le son ne soit plus entendu; si alors on approche immédiatement de l'oreille les branches du diapason sans le frapper de nouveau, le son sera entendu de nouveau dans l'état normal (expérience positive de RINNE). Dans les altérations de l'ouïe où l'expérience de RINNE donne un *résultat positif*, on peut admettre d'après LUCÆ *une maladie de l'oreille interne*. Là au contraire où le résultat est négatif, c'est-à-dire où *le diapason transporté des os de la tête au-devant de l'oreille n'est plus entendu*, l'on a devant soi *une altération de l'appareil de transmission du son*. Cependant cette dernière n'exclut pas une maladie simultanée de l'appareil nerveux.

Mais cette méthode, certainement utilisable dans quelques cas, ne donne *par elle-même toute seule*, pas plus que les épreuves de l'ouïe mentionnées précédemment, des points de repère certains pour la constatation d'une maladie de l'appareil auditif nerveux. Ainsi j'ai trouvé dans de nombreux cas, où l'exploration objective indiquait avec précision *une maladie de l'oreille moyenne* avec ou sans perforation de la membrane du tympan, un *résultat positif de l'expérience de Rinne*, tandis que dans d'autres cas, où tout l'ensemble des symptômes et les autres méthodes d'examen indiquaient *une maladie du labyrinthe*, le résultat a été *négatif*. Néanmoins, en l'absence de perception de la montre et du diapason par les os de la tête, le diagnostic

¹ Assez souvent l'exploration est rendue difficile, parce que les malades ne savent pas distinguer s'ils *entendent* ou *sentent* le diapason.

de la maladie du nerf auditif est renforcé par le résultat positif de l'expérience de Rinne.

Expérience de Gellé. — L'indication de LUGAR, que par compression de l'air dans le conduit auditif externe, la perception de la montre et du diapason par les os de la tête est diminuée, a été utilisée par GELLÉ (Compte rendu du Congrès de Londres, 1881) pour l'exécution d'une expérience à l'aide de laquelle, à son avis, on peut établir le diagnostic différentiel entre une affection de l'oreille moyenne et une affection du labyrinthe. Si, au moyen de l'appareil décrit pag. 278 pour la raréfaction de l'air, on comprime l'air dans le conduit auditif, le son d'un diapason mis en contact avec le tube en caoutchouc ou avec les os de la tête est notablement diminué¹. Maintenant si dans un cas il y a un obstacle au passage du son, par exemple une ankylose de l'étrier, d'après GELLÉ le son n'est pas modifié pendant l'expérience; si, au contraire, le labyrinthe est affecté et l'étrier mobile, à chaque compression de l'air il y a production d'une sensation de vertige et de bourdonnements d'oreille, en un mot les symptômes d'accroissement de la pression dans le labyrinthe.

Mais comme GELLÉ ne tient pas compte de ce que, à chaque bombement en dedans de la membrane tympanique, il y a également une pression exercée sur la membrane de la fenêtre ronde par suite de la compression de l'air de la caisse, que par conséquent, même quand l'étrier est immobilisé, la pression labyrinthique peut être augmentée par cette expérience, qu'en outre l'affaiblissement des sons dans cette expérience est dû aussi à l'accroissement de tension de la membrane tympanique, on ne peut non plus accorder à cette méthode la valeur diagnostique que son auteur lui attribue. Du reste il y a encore contre l'utilisation de cette méthode le fait que j'ai constaté à plusieurs reprises, que, dans la plupart des affections de l'oreille moyenne sans surdité grave, le son du diapason est également affaibli par la compression de l'air dans le conduit auditif externe et qu'inversement, dans des affections du labyrinthe avec altération grave de l'ouïe, le son du diapason n'est souvent pas modifié dans cette expérience.

Quant à la signification pronostique de l'épreuve du diapason, BONNAFONT est d'avis, qu'en l'absence de la perception du diapason, il n'y a pas à espérer une guérison ou une amélioration importante de l'altération de l'ouïe. Je puis confirmer cette indication pour les formes chroniques des affections du nerf acoustique. Dans les maladies récentes, au contraire, quoique le diapason ne soit plus entendu par les os de la tête, il peut y avoir guérison, comme je l'ai observé plusieurs fois. D'après Moos, le retour de la perception des sons élevés doit être considéré comme un signe favorable au point de vue du pronostic.

Épreuve avec les sons musicaux. — En dehors de l'épreuve du diapason, il convient d'examiner aussi l'oreille pour la perception d'autres sons musicaux, en particulier quand le résultat de l'examen avec le diapason est resté douteux. On se sert pour cela soit d'un harmonium, d'un piano, soit de l'accordoir employé par les musiciens pour accorder leurs instruments et formé de quatre sifflets montés ensemble et donnant *sol, ré, la, mi*; le *sol* est employé pour l'épreuve des sons bas, le *mi* pour l'épreuve des sons élevés. En outre pour les sons très élevés, il convient d'avoir, en dehors du diapason de la 6^e octave déjà indiqué, le sifflet de GALSTON et les cylindres d'acier de KÖNIG.

¹ De la façon la plus marquée, d'après mes expériences, si l'on tient pendant cette expérience le diapason *ut*₄ = 512 dans le voisinage de l'oreille.

Le résultat de ce mode d'épreuve de l'ouïe concorde souvent avec l'épreuve du diapason, mais il n'est pas rare aussi que les données de l'épreuve de l'ouïe avec divers instruments musicaux soient complètement opposées sous le rapport de la meilleure perception de sons bas et élevés.

L'épreuve avec des sons musicaux de diverses hauteurs possède encore une signification diagnostique, en tant qu'elle nous permet de constater la présence de lacunes partielles dans la perception des sons. Moos a observé chez un maître de chapelle, à la suite d'un ébranlement par compression de l'air sur les deux oreilles, une surdité subite pour les sons bas (*Basstau- bheit*); SCHWARTZE, chez un musicien, à la suite d'un sifflement de locomotive, la perte persistante de la perception pour les sons élevés; BURNETT, chez une dame de quarante-quatre ans, atteinte d'otalgies depuis l'enfance, également la surdité pour les sons élevés au delà de *ut*₃, et GOTSTEIN également l'absence de perception des sons élevés à partir de *ut*₄, chez un homme de quarante-sept ans. Sur un maître de chapelle de cinquante et un ans, que j'ai examiné, chez qui un an auparavant survinrent des battements et bourdonnements et plus tard aussi des accès de vertige, il se développa très rapidement d'abord à droite, puis à gauche, une surdité totale. De l'épreuve avec les sons musicaux, il résulta que le patient n'entendait de l'oreille gauche que les sons bas, tandis qu'à droite il entendait toute la gamme; cependant dans le registre moyen *si* et *fa* manquaient complètement. La suppression de certains sons dans le registre moyen est pourtant très rare. Si, en pareils cas, on arme l'oreille avec le résonateur d'HELMHOLTZ correspondant à la note, on trouve qu'il s'agit rarement d'une surdité complète, mais seulement d'une diminution de la perception de la note. Quoique de pareilles lacunes indiquent une maladie probable du nerf acoustique, elles n'excluent pas du tout l'existence simultanée d'un obstacle à la transmission du son. Cela résulte d'un cas décrit par MAGNUS (*Arch. f. Ohr.*, II), dans le quel les sons *fa, fa-dièze, sol, sol-dièze, la-dièze, si* de la troisième octave n'étaient pas entendus et où on admit comme cause de cette anomalie une paralysie partielle de l'organe de CORTI. L'autopsie montra une ankylose de l'étrier et la calcification de la base de l'étrier. D'autres détails sur les modifications intimes du labyrinthe font défaut.

Audiophone. — On a fait récemment des recherches sur la valeur diagnostique de l'audiophone¹. Mais l'amélioration de l'ouïe qu'il produit dans quelques cas ne peut pas, comme on l'a supposé, être regardée comme un signe de la présence d'un obstacle au passage du son, car j'ai observé également, dans plusieurs cas de maladie certaine du labyrinthe, un accroissement notable de la distance de l'audition par l'application de l'audiophone contre les incisives supérieures. Le microphone, dans sa forme actuelle, ne se laisse pas utiliser davantage pour le diagnostic.

Épreuve de l'ouïe pour la perception du langage. L'épreuve de la fonction pour la perception du langage ne donne aucun point de repère pour le dia-

¹ Sa description se trouve à la fin de ce volume dans le chapitre « Instruments acoustiques. »

gnostic d'une maladie du labyrinthe. Jusqu'ici l'on ne sait pas si la perception de certaines voyelles ou consonnes est particulièrement affaiblie par des affections du nerf acoustique. Même *la surdité totale pour le langage* n'est pas un signe certain d'une paralysie du nerf acoustique, car on rencontre des cas où, à la suite de l'emploi de la douche d'air ou après l'application de la membrane tympanique artificielle (pag. 437), la perception du langage, complètement absente auparavant, reparait pour une courte distance, où par suite la surdité était due en partie à l'accroissement de la pression labyrinthique provenant de la caisse du tympan. Toutefois *la surdité complète pour le langage, rapprochée des autres symptômes*, est un facteur important du diagnostic d'une maladie du labyrinthe.

Transfert. — On sait que de nombreuses expériences faites dans ces derniers temps ont montré que, dans certaines formes d'hémiplégie et d'hémi-anesthésie, particulièrement chez des individus hystériques, par l'apposition d'un aimant ou d'un morceau de métal en un point du côté affecté, la paralysie ou anesthésie passe au bout de peu de temps sur les parties correspondantes de la moitié non atteinte du corps. En même temps la motilité ou sensibilité reparait aux points touchés du côté malade. Après l'éloignement de l'aimant, l'état antérieur se rétablit.

Les phénomènes du transfert ont été observés aussi par CHARCOT et GELLÉ dans l'affection unilatérale de l'oreille. L'action de l'aimant s'est montrée de la manière la plus frappante chez des individus hystériques, qui pendant l'expérience entendaient de l'oreille sourde, tandis que l'oreille normale devenait sourde momentanément. URBANTSCHITSCH a pu provoquer chez une hystérique les phénomènes du transfert non seulement avec un aimant, mais encore en faisant inspirer de l'amylinitrite et en montrant une tête de mort.

Les expériences que j'ai faites avec l'aimant, dans ces derniers temps, ne m'ont donné jusqu'ici aucun résultat utilisable pour le diagnostic, en tant que les phénomènes du transfert se sont présentés aussi bien dans des maladies de l'oreille moyenne que dans des maladies du nerf acoustique. Dans le plus grand nombre des cas, l'aimant placé sur l'apophyse mastoïde ou sur la région antérieure de l'oreille ne produit aucune action. Dans quelques cas d'affection unilatérale de l'oreille, les *sensations auditives subjectives passent du côté opposé*, pour revenir dans l'oreille malade après l'éloignement de l'aimant. Beaucoup plus rarement on observe pendant l'expérience un accroissement de l'ouïe de l'oreille malade et une diminution de l'audition de l'oreille normale. Par contre, j'ai pu observer plusieurs fois, dans des cas d'affection bilatérale, un accroissement de l'ouïe du côté le plus affecté, en plaçant l'aimant sur l'oreille moins profondément atteinte.

État présenté par la membrane tympanique et par la trompe d'Eustache. L'exploration de la membrane tympanique et de la trompe d'Eustache n'a une valeur diagnostique que si elle donne un *résultat négatif* et dans les cas récents. Trouve-t-on par exemple, en cas d'altération grave, subite et récente de l'ouïe, la *membrane tympanique normale et la trompe complètement libre*, on peut admettre avec grande vraisemblance, *comme cause de l'altération de l'ouïe*, une maladie du nerf auditif, surtout si en même temps les résultats de l'épreuve de l'ouïe parlent dans le même sens. Dans les cas chroniques, au contraire, l'état normal de la membrane tympanique et la liberté de la trompe ne donnent aucun point de repère pour le diagnostic,

parce que ces résultats négatifs se rencontrent fréquemment aussi avec l'ankylose de l'étrier (pag. 313).

La présence de modifications grossières sur la membrane tympanique, accompagnée de symptômes d'une affection du nerf acoustique, permettra de conclure dans la plupart des cas à une maladie de l'oreille moyenne et du labyrinthe. Cependant LUCÆ observe avec raison, que des modifications palpables dans la structure de la membrane tympanique ne sont pas un critérium absolument certain de l'existence d'un obstacle à la transmission du son, car, avec une apparence nettement pathologique de la membrane tympanique, il a trouvé, comme cause de l'altération de l'ouïe, des modifications non pas dans la caisse du tympan, mais dans le labyrinthe, et je puis confirmer son dire par ma propre expérience.

Influence de la compression de l'air dans l'oreille moyenne sur la variation de l'acuité de l'ouïe. — On avait admis jusqu'ici que, dans les maladies de l'appareil auditif nerveux, les *douches d'air* dans l'oreille moyenne ne produisent aucune modification dans la distance de l'audition, que par suite partout où, à la suite d'une douche d'air, la distance de l'ouïe augmente, on peut établir le diagnostic d'une maladie de l'oreille moyenne. Cette opinion est erronée. Ainsi en beaucoup de cas où tout l'ensemble des symptômes et la marche de l'altération de l'ouïe indiquaient une *affection du nerf acoustique*, j'ai trouvé un *accroissement, parfois une diminution de la distance de l'audition* à la suite d'une compression de l'air dans l'oreille moyenne, et également à la suite d'une raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe. Ceci s'explique, si l'on remarque que les modifications de tension dans l'oreille moyenne entraînent des modifications de pression dans le labyrinthe, qui exercent sans doute une influence sur l'acuité de l'ouïe. Mais en général, dans les maladies du nerf acoustique, ces changements dans la distance de l'audition après une douche d'air n'ont lieu que dans d'étroites limites; aussi, dans les cas douteux, s'il y a un accroissement considérable de l'ouïe, on peut conclure avec plus de probabilité à une maladie de l'oreille moyenne.

La compression et la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe (voir pag. 278), qui, comme nous l'avons vu, entraînent des variations de pression dans le liquide labyrinthique, exercent également, comme je l'ai constaté à plusieurs reprises, une influence sur la distance de l'audition dans les affections du nerf auditif, mais pas au même degré pourtant que dans les cas d'anomalies de tension dans l'oreille moyenne.

Valeur diagnostique des « symptômes labyrinthiques ». — L'utilisation, au point de vue diagnostique, de l'ensemble des symptômes esquissés précédemment (pag. 636) dans les maladies de l'appareil auditif nerveux, rencontre des difficultés, quand il s'agit de déterminer s'ils sont dus à une maladie primitive de l'appareil auditif nerveux ou s'ils sont secondaires et produits par une affection de l'oreille moyenne, ou enfin s'ils ont pour origine une maladie du cerveau. C'est ainsi que nous avons vu aussi, dans des maladies de l'oreille moyenne, l'hyperhémie transmise au labyrinthe ou l'accroissement de pression à la suite de surchargé des fenêtres labyrinthiques provoquer de

violents bruits d'oreille, des altérations de l'ouïe, du vertige et des troubles de l'équilibre; et des symptômes analogues peuvent se présenter aussi dans des maladies du cerveau. Il résulte de là, qu'également lesdits *symptômes labyrinthiques*, pris isolément, ne suffisent pas plus que les autres circonstances indiquées pour établir le diagnostic. Il en est de même du *développement et de la marche de l'altération de l'ouïe*, au sujet desquels les malades ne nous donnent que rarement des indications conformes à la vérité.

Examen des altérations du système nerveux central. — Enfin il est important de noter que, dans toute altération de l'ouïe où la complexité des symptômes éveille le soupçon d'une maladie du système nerveux central, il faut toujours procéder à une exploration minutieuse de la sensibilité et motilité des deux moitiés du corps, des rapports d'innervation des nerfs *facial*, *hypoglosse* et *trijumeau*, de la façon dont se comportent les réflexes tendineux, et procéder en outre à l'examen sérieux du fond de l'œil, etc.

Il résulte de ce que nous avons dit, que ni les procédés diagnostiques énumérés, ni les particularités des symptômes subjectifs et de la marche de l'altération de l'ouïe ne suffisent seuls à établir le diagnostic d'une maladie de l'appareil auditif nerveux. Par contre, sur la base de l'expérience acquise jusqu'ici, nous pouvons dire que c'est seulement le tableau d'ensemble présenté par les résultats des méthodes d'examen indiquées, rapprochés des circonstances causales de l'altération de l'ouïe, des particularités de la marche et des symptômes de la maladie, qui permet de diagnostiquer une maladie du nerf acoustique.

PARTIE SPÉCIALE

1. — HYPERHÉMIES DU LABYRINTHE

Les hyperhémies du labyrinthe ne sont que rarement limitées à cette portion de l'oreille, mais sont généralement combinées avec des états congestifs de l'oreille moyenne et de la cavité crânienne.

Les plus fortes hyperhémies du labyrinthe, d'après les observations cliniques et anatomiques, se produisent dans les *otites moyennes purulentes aiguës* survenant au milieu de violents phénomènes de réaction, particulièrement dans les formes *scarlatineuses* et *typhiques*. Dans l'autopsie de pareils cas, on trouve la congestion surtout prononcée vers la paroi externe du labyrinthe et dans la première spire du limaçon, rarement la rougeur s'étend uniformément à tout le revêtement du labyrinthe, au saccule, à l'utricule, aux ampoules, aux conduits semi-circulaires et à la lame spirale.

Comme causes des hyperhémies du labyrinthe, il faut citer en outre : les *exanthèmes aigus*, le *typhus*, les *oreillons*, la *pneumonie*, la *méningite* et l'*encéphalite*, les *tumeurs de la base du cerveau* qui font obstacle à l'écoulement du sang de l'oreille interne, les hyperhémies d'arrêt dans la tête à la suite de *maladies du cœur et des poumons*, les *congestions angio-névrotiques* des vaisseaux de la tête (provenant du *nerf sympathique*), les affections in-

tracrâniennes du trijumeau et de la moelle allongée (BARATOUX), enfin l'absorption de certains médicaments, comme la *quinine*, l'*acide salicylique* et, à un degré plus élevé encore, l'*amylnitrite*.

La congestion du labyrinthe, suivant son intensité et sa durée, produit des *troubles nutritifs passagers* ou des *modifications anatomiques persistantes*. Parmi ces dernières, il faut ranger les excrétions pigmentaires abondantes du labyrinthe, qui se présentent si fréquemment dans les otites moyennes chroniques, le dépôt de sels calcaires et l'épaississement des tissus membraneux du labyrinthe.

Les *symptômes cliniques* de l'hyperhémie du labyrinthe sont, dans les formes intenses, des bruits subjectifs, le vertige, la torpeur, la sensation de plénitude dans les oreilles et l'embarras de la tête, des malaises, la tendance au vomissement et l'incertitude de la marche. *Objectivement*, il n'est pas rare de trouver, pendant la durée des symptômes congestifs, la partie profonde du conduit auditif osseux et le faisceau vasculaire du manche du marteau injectés, ce qui indique une congestion générale de l'organe auditif. (Voir mes *Beleuchtungsbilder des Trommelfells*, 1865, pag. 38.) Elle est parfois accompagnée de rougeur de la face et des pavillons. Mais des hyperhémies de l'oreille interne peuvent certainement exister, sans que l'oreille externe et la membrane tympanique soient injectées d'une façon visible. La fonction auditive n'est pas altérée ou seulement en général d'une façon passagère dans les formes congestives.

Le *diagnostic* d'une hyperhémie du labyrinthe peut être établi avec vraisemblance, si, en dehors des symptômes subjectifs qui viennent d'être indiqués, l'état présenté par la membrane tympanique fournit la preuve objective d'une congestion de l'oreille. L'hyperhémie du labyrinthe, accompagnée de congestions cérébrales, se reproduisant temporairement, se distingue de la maladie de MENIÈRE, avec laquelle les symptômes ont beaucoup d'analogie, par la *disparition rapide des symptômes sans altération persistante de l'ouïe*.

Le diagnostic différentiel entre l'hyperhémie du labyrinthe et celle du cerveau est plus difficile, car les congestions cérébrales peuvent aussi donner lieu à des symptômes semblables par irritation des centres acoustiques. Nous ne concluons donc à une hyperhémie du labyrinthe qu'en présence d'une congestion évidente de l'oreille, mais sans jamais exclure la possibilité d'une participation simultanée de l'hyperhémie cérébrale à la production de la complexité des symptômes.

Dans les inflammations aiguës de l'oreille moyenne, on peut conclure à une hyperhémie simultanée du labyrinthe, si, en dehors de forts bruits subjectifs et de dureté d'oreille, la perception pour la montre et l'acoumètre par les os de la tête manque, si ces phénomènes ne disparaissent pas immédiatement après la douche d'air et l'enlèvement de l'exsudat de la caisse du tympan, mais seulement plus tard avec le départ de l'otite moyenne.

Les hyperhémies du labyrinthe survenant dans le cours de maladies infectieuses ne se laissent pas diagnostiquer. On ne peut que présumer plus tard, comme cause de l'altération de l'ouïe, une hyperhémie du labyrinthe ou des centres acoustiques, peut-être avec engorgement séreux et infiltration