du tissu cellulaire, et non à cause de la plus grande douleur qui l'accompagne ; elle n'a aucune relation constante avec le bourdonnement. J'ai très-souvent observé les plus grandes douleurs sans le moindre bourdonnement.

« Dans la *surdité nerveuse,* ou ni le spéculum ni le cathéter ne trouvent la moindre altération morbide de l'oreille externe et de la caisse, si l'on insuffle de l'air par le cathéter dans la caisse, (qui dans ces cas-là n'est pas obstruée, et saine) contre la paroi interne et supérieure de la membrane du tympan, le bourdonnement, qui existait avant, est augmenté pour des heures, même des jours ; ou bien il apparaît pour la première fois, s'il n'existait avant. En général la surdité n'est pas augmentée ou du moins pas d'une manière si frappante qu'on soit autorisé à regarder l'augmentation du bourdonnement et de la surdité comme une maladie du nerf acoustique.

« Les mêmes phénomènes s'observent quand on insuffle une goutte d'eau tiède, etc., dans la caisse, ou d'abord contre la corde du tympan : or, il est impossible que le nerf acoustique puisse être irrité par cette insufflation, mais il est bien vraisemblable que la corde est affectée quand elle est déjà dans un état d'irritation ; parce qu'elle est libre dans la caisse, sans protection de tissus, etc.

« En insufflant avec un cathéter très-fin, seulement une *demi-gouttelette d'une solution de strychnine* dans la caisse, d'abord entre la corde du tympan : chez beaucoup de malades le bourdonnement diminue instantanément, ou disparaît, même, pour des jours, et devient beaucoup moins fort.

Eau distillée.....	4 grammes.
Strychnine.....	0,05 centigr.
Mêlez.	

« Quoique cette observation n'ait pas été confirmée chez un grand nombre de malades, pour préconiser ce remède comme un spécifique contre le bourdonnement ; pourtant l'effet peut être expliqué seulement par une action sur la corde, et non sur le nerf acoustique.

« La surdité nerveuse arrive souvent jusqu'à la cophose, sans que le bourdonnement diminue ; et d'un autre côté, il existe des bourdonnements très-rares, sans que la faculté du nerf acoustique d'entendre, soit affectée.

« Dans ces deux cas, le nerf acoustique se trouve dans des conditions tout opposées : dans l'un il est presque mort, dans l'autre très-actif. Les deux cas sont accompagnés du même bruit, de sorte qu'on ne peut pas accuser le nerf acoustique d'en être la cause.

« Dans la véritable *otalgie*, on ne trouve jamais de bourdonnement, de sorte qu'on ne doit pas chercher dans les nerfs sensitifs de l'oreille (glosso-pharyngien), tympanique, la cause du bourdonnement.

« De toutes ces raisons positives et négatives, on peut conclure avec beaucoup de vraisemblance : 1° que le bourdonnement accompagnant la surdité nerveuse est produit par une surexcitation morbide de la corde du tympan ; 2° que le siége du bourdonnement est à chercher dans ce nerf, et que le nerf acoustique est peut-être affecté seulement en seconde ligne, par une action réflexe.

« *Conclusions :*

« 1. L'excitation morbide du nerf acoustique n'est jamais la cause du bourdonnement. L'hypothèse de Romberg n'est pas fondée sur l'expérience, et n'existe jamais dans une surdité avec bourdonnement.

« 2. Le bourdonnement, avec ou sans surdité, consiste dans une affection de la corde du tympan, produite par une irritation matérielle, ou inflammatoire, ou spécifique, laquelle affecte le nerf acoustique par une action réflexe.

« 3. La surdité accompagnée de bourdonnement n'est pas dans une connexion essentielle, intime avec celui-ci ; les deux affections coexistent sans dépendre l'une de l'autre.

« 4. Le bourdonnement est le résultat de maladies locales de l'oreille, bien différentes l'une de l'autre, qu'il faut diagnostiquer et traiter par l'application habile du spéculum et du cathéter.

« 5. Si la cause du bourdonnement est matérielle, il est toujours facile à guérir et très-promptement ; si c'est une inflammation, la guérison est aussi sûre, mais plus lente et plus difficile (Micheboll) ; si la cause est une irritation vitale, la guérison est très-difficile, et résiste très-souvent au traitement le plus propre avec une grande obstination.

« 6. Quant au *traitement* du bourdonnement, s'il est produit par

une irritation matérielle, injections liquides dans le méat auditif externe : insufflations d'air dans la caisse ; s'il dépend d'une irritation inflammatoire : traitement antiphlogistique de la membrane tympanique ; — d'une irritation vitale, insufflations d'une solution très-faible de strychnine sulfurique dans la caisse ; ou des vapeurs faibles d'assa fœtida ou de jusquiame avec précaution, dirigées dans le *tympan*, diminuent le bourdonnement, ou le guérissent même. »

Comme on le voit, Kramer attribue le phénomène du bourdonnement, à une lésion (irritation, compression de la corde du tympan) : — C'est là une hypothèse toute gratuite et suffisamment réfutée par les considérations qui se trouvent exposées, pages 95 et suivantes.

J'engage le lecteur à relire ce passage. Un dernier mot :

Depuis les belles recherches de M. Cl. Bernard (1) tous les anatomistes et les physiologistes sont restés convaincus que la *corde du tympan* était un filet moteur destiné à favoriser l'érection des papilles de la langue dans le phénomène de la gustation. Mais personne, que je sache, n'a jamais pensé à lui attribuer le phénomène du bourdonnement. Les quatre expériences de Kramer que nous avons rapportées textuellement, ne prouvent absolument rien en faveur de la théorie qu'il soutient.

En effet, 1° le bruit sourd qui est produit dans la première expérience, en pressant le tragus contre le méat auditif, s'explique tout naturellement par la diminution brusque de la capacité du conduit, par la difficulté de la libre circulation de l'air et la collision de ses molécules dans son intérieur. Je me suis longuement étendu sur ce point, p. 97, 98, et je me suis appuyé sur l'autorité d'Itard. 2° Dans la deuxième expérience, le même bruit se produit quand on expire, le nez et la bouche étant fermés ; ici l'explication est différente : d'abord, ce phénomène est très-variable et, selon nous, il indique déjà une altération de l'oreille moyenne : quand on expire le nez et la bouche fermés, la colonne d'air, qui pénètre dans la trompe, remplit bientôt la caisse, et, distendant les parois, exerce une pression plus ou moins forte sur les organes qu'elle renferme. La chaîne des osselets est la première à subir cet ébranlement brusque et saccadé ;

(1) Mém. in *Arch. génér. de médecine*, 1844.

or, comme elle ne saurait subir une série d'oscillations de cette nature, sans réagir sur la lymphe de Cotugno, au moyen de la platine de l'étrier, il en résulte un ébranlement particulier du nerf acoustique ; et cet ébranlement, chez les sujets irritables, produit un bourdonnement, comme nous l'avons montré p. 99. 3° La même explication suffit pour nous rendre compte du bourdonnement qui survient dans la troisième expérience et même dans la quatrième. Mais d'ailleurs, ce n'est pas un bourdonnement proprement dit, qu'on entend dans ces deux cas :

A. Dans le premier, c'est le bruit de l'air qui s'échappe en sifflant d'un canal étroit et tortueux (conduit auditif), à mesure qu'on le remplit de liquide (eau, huile, etc.), et ce phénomène de physique est tellement élémentaire, qu'il ne saurait être contesté ; B. dans la quatrième expérience, pendant l'*attouchement* de la membrane du tympan, il n'y a d'abord aucune douleur, mais un sentiment de démangeaison bien connu, et en second lieu, le bruit que l'on perçoit, est produit tout simplement par le choc exercé à la surface d'une membrane élastique, adaptée elle-même à une caisse sonore. Pour vérifier cette proposition, il suffit de toucher une des peaux d'un tambour, même légèrement, et vous percevrez alors un bruit rendu fidèlement par l'instrument et avec une augmentation proportionnée à sa capacité sonore. Or, dans un tambour il n'y a rien (paraît-il du moins) qui puisse simuler la disposition que la corde du tympan affecte dans l'économie de la caisse de l'oreille.

Ces considérations suffiront, je pense, pour réduire la théorie précédente à sa juste valeur, et sans l'autorité du nom qui s'y attache, je l'aurais passée sous silence.

D'ailleurs, mon expérience qui s'accroît tous les jours sur ce point, par l'examen d'un grand nombre de malades, m'impose l'obligation de dire en terminant : que l'opinion que j'ai souvent exprimée à ce sujet, laquelle tend à considérer, dans la plupart des cas, le bourdonnement et ses différents modes, comme devant être attribués à une phlegmasie des parties profondes de l'organe de l'ouïe, cette opinion, dis-je, me semble aujourd'hui la plus admissible.

C'est pour moi une conviction : cette conviction, j'ai cherché à montrer sur quels arguments elle était appuyée, p. 100, 378 et 379.

Indépendamment des bourdonnements, l'ouïe peut également subir une dépravation qui consiste à entendre par moments deux bruits différents, au lieu d'un seul. Ce phénomène porte le nom de *paracousie double*.

128e Observation. — Sauvages en a rapporté deux exemples remarquables : l'un est celui d'un joueur de cor, qui fut pris de cette incommodité le lendemain d'un jour où il s'était exposé à l'humidité.

Quand il donnait de son instrument, il entendait le son qu'il voulait en tirer, plus un autre son du même rhythme, quoique tout différent ; ce qui lui rendait l'ouïe double. Ce n'était pas un écho, puisque les deux sons se faisaient entendre simultanément. Ce n'étaient pas non plus deux sons consonnants, car ils eussent été agréables ; au contraire, ils l'étaient si peu, que, fatigué de cette discordance, le pauvre musicien abandonna son instrument.

129e Observation. — Le sujet de cette observation était un étranger venu pour consulter les collègues de Sauvages. Il se plaignait de ne pouvoir entendre parler sans avoir l'ouïe frappée de deux sons à la fois, dont l'un était plus haut que l'autre d'une octave, ce qui paraît douteux à Sauvages, qui observe avec raison que si les deux sons eussent été à cette distance l'un de l'autre, ils se seraient confondus dans l'oreille et auraient produit la douceur d'un véritable accord.

Je terminerai cette partie de mon sujet par une citation empruntée à Saunders : cet auteur (1), après avoir fait observer qu'on peut donner le nom général de *surdité nerveuse* à toutes les maladies de l'oreille interne, en décrit ainsi les symptômes : « Cette surdité est accompagnée de douleurs différentes, suivant les cas, d'un sentiment particulier, d'un bruit confus dans la tête, tel que le murmure ou le bouillonnement de l'eau, le bruit du vent, etc. Quelques malades se plaignent d'un bruit isochrone aux battements du pouls, qui s'accroît, en même temps que les mouvements du cœur, par l'exercice. J'ajouterai que dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible d'indiquer les conditions matérielles de ce phénomène ; car la présence ou l'absence de ces bruits est tout à fait inexplicable, aussi bien dans les affections franchement inflammatoires que dans la surdité nerveuse proprement dite (2). »

(1) *Anat. and diseases of the ear*, 1806.
(2) J'ai discuté ce point important au chapitre VI.

§ 5. — Diagnostic.

Lorsque, par l'examen des symptômes qui ont précédé et accompagné la surdité, on parvient à découvrir la nature de cette lésion et à la rapporter à une des espèces dont on vient de voir le tableau, on doit, sans différer, instituer un traitement rationnel ; mais fort souvent, malgré l'investigation dirigée par la plus rigoureuse analyse, on reste dans l'incertitude sur la cause matérielle de la cophose qu'il s'agit de combattre.

C'est ici le lieu de tracer la marche expérimentale qu'il faut suivre dans ces cas embarrassants.

Ainsi qu'on le pratique pour éclairer le diagnostic de la plupart des maladies, on cherche à s'assurer si la lésion du sens auditif est circonscrite dans l'organe ou si elle tient à quelque disposition morbide d'un des grands systèmes.

Dans ce cas, on s'attache à combattre et à détruire cette cause générale, et l'on observe soigneusement ce que la cessation ou la diminution de la maladie principale produit sur l'organe de l'ouïe ; dans la chlorose, par exemple.

S'il n'en résulte aucun avantage, on se rattache à la supposition de quelque lésion locale ; on la cherche dans le voisinage ou dans les relations sympathiques de l'organe, comme dans l'état des amygdales, le travail de la dentition, un catarrhe chronique de la membrane pituitaire ; et l'on traite la surdité en ramenant ces parties à leur état sain. Que si ces causes n'existent point ou n'existent plus, on est amené à conclure que la cause de la surdité est dans l'oreille ou dans le cerveau.

Des maux de tête, des vertiges, et souvent l'affaiblissement de l'intelligence, de la mémoire (chez les vieillards par exemple), annoncent que le siége de la lésion qui donne lieu au dérangement de l'ouïe est dans la tête ; enfin, lorsque rien n'indique un état morbide du cerveau, voyez si le conduit auditif est libre, si la membrane du tympan est transparente, si la caisse ne renferme aucune cause appréciable de surdité, si les trompes d'Eustache ne sont point obstruées ; et, si toutes ces parties sont dans l'ordre naturel, concluez que la cause de la surdité est dans le labyrinthe.

Telle est la marche indiquée par Itard, pour arriver à connaître

la cause de la surdité en général et en particulier de celle qu'il appelle par *paralysie*.

Les observations 114, 118, 119, 120 nous ont cependant montré que de graves lésions peuvent exister dans la caisse, donner lieu à des symptômes de *surdité nerveuse*, sans toutefois être appréciables à nos moyens d'investigation.

Il y a donc là une série de tâtonnements, ou d'études préliminaires à faire pour instituer un traitement convenable ; car les moyens propres à ranimer l'excitabilité du nerf acoustique près de s'éteindre (chez les vieillards, par exemple) ne sauraient guérir la surdité avec *mamelonnement* de la muqueuse de la caisse, luxation de l'étrier, etc.

Comment donc trouver un moyen sûr de reconnaître les altérations des divers éléments qui composent l'appareil auditif, car malheureusement les seules parties accessibles à notre vue sont le conduit auditif externe et le tympan dans sa face externe seulement? J'admets encore qu'on puisse assez bien s'assurer de l'état des trompes par le cathétérisme; mais, pour l'oreille moyenne et surtout pour l'oreille interne, il est bien difficile (pour ne pas dire impossible) de déterminer sur le vivant l'état anatomo-pathologique où se trouvent ces portions de l'appareil auditif. Aussi voyons-nous Kramer rattacher ce qu'il appelle la *surdité nerveuse* aux maladies du labyrinthe, sans avoir réellement de motif plausible à alléguer en faveur de ce rapprochement.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut affirmer qu'il n'existe pas certaines surdités que plusieurs auteurs désignent sous le nom de *nerveuses*, lesquelles s'établissent sans aucune lésion quelconque des organes de l'ouïe. D'un autre côté, Kramer et d'autres otologistes se sont-ils bien assurés que certaines surdités qu'ils ont considérées *comme nerveuses* ou *labyrinthiques* n'auraient pas pour cause quelque modification organique ou sécrétoire survenue dans l'oreille moyenne?

Le docteur Yearsley (1) pense que la surdité nerveuse n'est, le plus souvent, que le second degré et la conséquence de l'inflammation de la muqueuse de la caisse; suivant ce médecin, il arriverait, dans ce cas, que la sécrétion muqueuse cesse et que

(1) *Contributions to aural surgery*, t. IV, p. 23.

la caisse se trouve entièrement sèche, de la même manière que l'on voit disparaître le cérumen du méat externe.

Parmi les médecins allemands, le docteur Ph. Wolff, qui a le plus étudié ce sujet, pense que la surdité nerveuse est due bien plutôt à une altération des nerfs de la caisse qu'à une lésion des nerfs acoustiques proprement dits ; il introduit dans la cavité de l'oreille moyenne des vapeurs chaudes fortifiantes ou calmantes. Le docteur Wolff dit avoir obtenu six guérisons par son mode de traitement, mais il oublie de nous apprendre dans combien de cas il a échoué.

Le docteur Swan, dans un travail inséré au tome IX des *Transactions médico-chirurgicales*, ne craint pas d'affirmer que la surdité dépend moins de la lésion des *nerfs acoustiques* que de celle de la *branche faciale*.

W. Wilde a reproduit cette assertion, sans l'appuyer de preuves; mais j'en ai dernièrement observé deux exemples, un à ma clinique (il y avait paralysie rhumatismale du nerf facial en même temps que surdité). La malade fut guérie par les ventouses, les douches d'éther, les bains sulfureux, et un traitement général par l'iodure de potassium.

L'autre exemple est une femme admise à la Salpêtrière pour une autre affection, etc.

Les recherches de M. Toynbee ont cependant jeté quelque lumière sur ce point obscur d'anatomie pathologique (1).

D'après cet auteur, la lésion la plus fréquente que l'on rencontre chez les sourds, c'est l'*épaississement de la muqueuse qui tapisse la caisse du tympan*; cet épaississement peut être assez considérable pour étreindre entièrement les osselets et remplir même la cavité de l'oreille moyenne. Ce fait est très-vrai, mais il n'est pas nouveau ; car mes propres recherches sur ce sujet, commencées en 1847, mes dissections confirmées par celles de Toynbee, et que j'ai communiquées en 1848 et 1849 à la Société de biologie, dans plusieurs recueils de cette époque (2), sont tout à fait de nature à me convaincre de cette vérité, qui constitue selon moi un progrès réel, à savoir : que dans un grand nombre de cas de surdité, où l'oreille externe paraît normale, ainsi que

(1) *Medico-chirurg. transactions*, 1849.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1851; *Moniteur des hôpitaux*, 1853: *Archives générales de médecine*, 1850.

le tympan, cas dans lesquels on peut insuffler sans bruits anormaux de l'air dans les trompes, où la montre est ou n'est pas entendue au contact de l'oreille, sans suppuration, sans otorrhée (bien entendu), et ces exemples sont très-communs ! Eh bien, dans ces circonstances, j'ai la plus intime conviction que la surdité doit être attribuée à un *épaississement mamelonné* ou à *une sorte de ratatinement* de la muqueuse de l'oreille moyenne.

Parmi les observations dont la description a été donnée plus haut (observ. 114-118), deux sont destinées à confirmer cette proposition : les faits que je rapporterai quand nous nous occuperons du traitement sont également dans le même sens ; car ce sont les solutions caustiques qui ont le mieux réussi, et je les ai employées en douches et en injections dans la trompe et la caisse, au moyen du cathétérisme : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

On m'objectera, je le sais bien, que sur le vivant le diagnostic de ces lésions est presque impossible, qu'on ne peut y arriver qu'en procédant par exclusion et plutôt par tâtonnements que par une méthode rationnelle. Soit, j'en conviens ; mais c'est là une imperfection, je dirais presque une difficulté, qui se rencontre malheureusement pour bien d'autres parties de l'art de guérir, et qui tient ici à la disposition même de l'organe, dont la structure ne permet qu'une exploration fort incomplète.

Du reste, qui de nous peut prévoir l'avenir ? qui peut savoir ce que produiront des recherches actives, persévérantes, dirigées dans ce but et appuyées sur l'*anatomie pathologique*.

Je le répète, l'étude des maladies de l'appareil auditif est encore peu avancée, et la thérapeutique se ressent nécessairement de l'ignorance dans laquelle nous sommes encore relativement à l'*anatomie pathologique*, aux symptômes mêmes, etc.

J'ajouterai cependant, avec M. Marc d'Espine, que l'anatomie pathologique ne suffit peut-être pas à elle seule pour éclairer complétement l'histoire de la surdité ; on peut concevoir : 1° que sans altération appréciable pendant la vie et après la mort, les trompes par un boursouflement muqueux ou par un accolement purement mécanique des parois, peuvent causer une surdité se rapprochant beaucoup de celle qu'on appelle *nerveuse*, et que la moindre insufflation ferait cesser en pareil cas ; 2° que certains épaississements de la membrane muqueuse de la caisse,

à la condition de n'être pas très-prononcés, pourraient moins entraver l'audition que telle diminution de sensibilité purement essentielle, et non reconnaissable à l'autopsie, des expansions du nerf auditif.

Ne voit-on pas aussi quelquefois des membranes du tympan perforées et épaissies, des conduits auditifs en plein état d'otorrhée, comporter cependant un certain degré d'audition très-passable ?

Quoi qu'il en soit, et tout en avouant qu'aujourd'hui il faut encore admettre une variété de surdité causée par une *diminution essentielle dans la sensibilité* des frêles et molles ramifications du nerf auditif, je n'en persiste pas moins à affirmer que le nombre de ces surdités (si faible qu'il puisse être) diminuera encore avec les progrès de la science anatomico-pathologique appliquée avec persévérance à l'étude des lésions de l'organe de l'ouïe.

Sur dix observations de surdité nerveuse rapportées par Kramer, deux reconnaissent pour cause, chez de jeunes sujets, l'influence du froid, des variations atmosphériques ; sur nos quarante-six observations quinze reconnaissent aussi la même cause (le froid humide). Or, sous cette influence, ce sont les muqueuses qui s'affectent le plus facilement, et l'on connaît les relations qui lient étroitement les muqueuses pharyngées et celle qui revêt la caisse du tambour.

Par conséquent, puisque dans un certain nombre de cas l'étiologie nous conduit à admettre une phlegmasie chronique des muqueuses de l'oreille moyenne, c'est vers l'existence de cette lésion que nous devons diriger tout d'abord nos efforts, pour formuler un diagnostic et instituer un traitement rationnel.

Pour apprécier le degré de la surdité, Itard se servait de son acoumètre ; aujourd'hui, tous les médecins auristes mesurent la portée de l'ouïe avec leur montre. Il y a néanmoins encore dans l'emploi de cet instrument une cause d'erreurs : c'est que toutes les montres n'ont point un tic tac dont la force, le timbre, le rhythme, soient sensiblement égaux.

Ainsi, tandis que la montre de Kramer s'entend à 10 mètres, la mienne ne s'entend guère à plus de 2 mètres, et pour une bonne oreille ; aussi mes résultats, quoique exprimés par des chiffres fort analogues à ceux de Kramer, sont cependant supérieurs, en raison de la différence du point de comparaison.

§ 6. — Pronostic.

D'après Kramer, la surdité nerveuse ne se guérit que quand le nerf acoustique n'a pas été trop fortement lésé. Lorsque sa sensibilité se perd de jour en jour, lorsqu'elle s'exalte au point de supporter très-difficilement les grands bruits, qui deviennent alors douloureux, on doit conserver moins d'espoir de remédier à ces troubles fonctionnels. On remarque, en effet, que l'oreille supporte avec peine les agents thérapeutiques applicables en pareil cas, et comme il y a peu de moyens qui ne soient excitants, les chances de guérison diminuent en proportion de ces inconvénients. En s'exprimant ainsi, Kramer n'entendait évidemment parler que des douches de vapeur d'éther.

En effet, en y joignant une tentative de magnétisme, et, dans un cas, quelques insufflations d'hydrogène, c'est là le seul moyen auquel il a recours, et les dix observations de son livre, mises en tableau, montrent bien cette vérité.

Or nous avons fait voir que la *surdité nerveuse* n'était, à vrai dire, qu'un symptôme correspondant à des lésions multiples; par conséquent, qu'un même moyen, aveuglément ou (si mieux l'on aime) empiriquement appliqué à tous les cas, ne pouvait avoir la prétention de les guérir toutes. On consultera donc avec fruit un résumé de mes observations, qui vient appuyer cette proposition. En effet, sur trente-six malades soumis à un traitement rationnel, institué surtout d'après les causes présumées, nous avons trente-trois guérisons ou améliorations notables, trois insuccès, les dix autres malades n'ayant point été mis en traitement.

§ 7. — Traitement.

La thérapeutique des maladies de l'oreille a été si longtemps livrée au hasard et à l'empirisme, que l'on comprend, jusqu'à un certain point, comment Cleland (1) a eu la modestie de déclarer qu'il abandonnait la surdité nerveuse aux savants de la Faculté; mais, comme le fait observer Kramer, il n'a point trouvé d'imitateurs parmi ses compatriotes : ainsi, Curtis, Swan, ont vanté le calomel, les saignées, les cantharides; Wright, le soufre; Saunders, les sangsues, les drastiques; Buchanan, les altérants, le vésicatoire, le séton.

(1) *Transact phil.*, 1740, p. 848.

Mais il est difficile de pouvoir accepter sans réserve le résultat de leur pratique, car ils n'avaient point l'habitude d'explorer constamment la trompe d'Eustache; par conséquent, leur diagnostic ne présente pas toutes les garanties d'exactitude désirables.

Du reste, de quelque côté qu'on envisage cette question, on lui trouve deux phases ou périodes distinctes qui peuvent servir à caractériser la méthode.

Nous étudierons donc : 1° la méthode empirique; 2° la méthode rationnelle.

1° *Méthode empirique.* — Dans les temps éloignés de nous, à une époque où l'on ne savait pas encore distinguer les surdités les unes des autres, il était tout naturel de chercher dans les moyens empiriques le soulagement ou même (s'il était possible) la guérison d'une pareille infirmité. On a pu voir, dans les développements historiques donnés à la question (1), tous les remèdes et prétendues panacées qui avaient été vantés tour à tour dans le même but. C'est ainsi que, à une époque beaucoup plus rapprochée, nous voyons encore un auteur fort recommandable, Saissy, vanter les remèdes suivants, tirés de la pratique d'un médecin renommé en Italie :

Pierre Castro, premier médecin du duc de Mantoue, se servait, dans les surdités complètes, d'un moyen ingénieux qui paraît avoir réussi. Après avoir purgé avec l'ellébore, l'agaric et le sirop de cuscute, il faisait raser la tête du sourd dans la région de la suture coronale ; il la faisait oindre avec un liniment composé d'eau-de-vie, de nitre, d'huile d'amandes douces et d'eau de nénuphar. Il faisait bien nettoyer les oreilles et les narines, bien peigner le derrière de la tête, et mâcher une pâte composée de réglisse, de mastic, d'ambre et de musc.

Alors on parlait fortement sur la région coronale et l'on parvenait ainsi à rendre le sourd sensible à différents sons.

Le moyen suivant, que l'on trouve dans le même auteur, est certainement plus digne d'éloges.

D'après Schenkius, un baigneur bavarois avait imaginé un singulier moyen pour guérir la surdité : il faisait plonger le malade dans un bain chaud, pour déterminer le gonflement des petites veines qui rampent derrière l'oreille ; lorsqu'elles étaient assez

(1) *Moniteur des hôp.*, nov. 1854.

apparentes, il les ouvrait avec la pointe d'une lancette et en tirait beaucoup de sang, au grand soulagement des malades sur lesquels il pratiquait ce dégorgement.

La pratique la plus rationnelle peut accepter ce traitement, il convient à merveille dans les variétés de cophose qui sont dues à une congestion des centres nerveux ou de l'appareil labyrinthique.

Mais que penser des deux moyens suivants, vantés par Itard ? Cet auteur avait remarqué que dans certaines formes de surdité nerveuse il y avait une grande sécheresse des méats. Une autopsie cadavérique lui avait permis, dans un cas semblable, de constater également une grande sécheresse des cavités labyrinthiques ; et, trouvant là une relation de cause à effet, il en conclut que la sécheresse des méats entraînant avec elle l'absence de liquide dans les cavités labyrinthiques, on devait chercher à rappeler la sécrétion cérumineuse dans le but de favoriser la reproduction du liquide de Cotugno.

Remarquons bien que ce liquide disparaît dans presque toutes les phlegmasies du labyrinthe et même de l'oreille moyenne, par conséquent que l'absence de ce liquide, mise en regard de la sécheresse du méat, dans un cas donné, ne peut absolument rien prouver ; et cependant, pour obtenir le résultat si problématique dont je parlais tout à l'heure, nous voyons le célèbre médecin des sourds-muets conseiller sans hésitation « une application de la moitié d'un pain chaud, sortant du four, arrosé avec de l'huile de rue et mis sur la conque auditive, après avoir instillé dans l'oreille, pendant quelques jours, deux ou trois gouttes de cette même huile, ou après l'avoir tamponnée avec un bourdonnet enduit de pommade de Desault. » Et un peu plus loin : « Quelques substances tout à fait inertes ont paru provoquer cet effet par leur seule présence comme corps étrangers. » Tel était le remède qu'employait un curé de campagne, et qui consistait à remplir le méat auditif d'une espèce de mastic, fait avec de la farine de fèves, du plâtre et de l'urine.

Le tampon, après une semaine ou deux de séjour, provoquait une crise de douleur et un suintement qui, en humectant ce corps étranger, facilitait son expulsion et était quelquefois suivi de la guérison.

2° *Méthode rationnelle.* — Ces citations, accumulées en plus grand nombre, ne prouveraient rien, par conséquent nous devons chercher dans une méthode plus rationnelle le véritable traitement de cette maladie.

D'après les variétés nombreuses que présente la surdité nerveuse, et dans ses causes, et dans ses manifestations diverses, on ne peut raisonnablement croire qu'une seule méthode de traitement puisse lui convenir ; et cependant Kramer ne trouve qu'un moyen à lui opposer, ce sont les douches de vapeur d'éther. Passons rapidement en revue les divisions que nous avons admises, et nous verrons qu'un même moyen ne peut être appliqué à tous les cas.

Ainsi, dans la surdité par *commotion*, c'est surtout aux dérivatifs qu'il faudra recourir (ventouse à l'apophyse mastoïde, une saignée au début) ; plus tard, des révulsifs, vésicatoires, moxas, cautères, un séton au cou. Enfin, pour exciter la sensibilité éteinte du nerf acoustique, les douches d'éther devront être tentées, mais en dernier lieu ; et, malgré un traitement sagement combiné, cette surdité ne laisse pas que d'être souvent incurable (Itard).

Dans les surdités par congestion, c'est aux antiphlogistiques qu'il faut recourir au début : des saignées, des ventouses, des purgatifs énergiques, et c'est dans ce traitement vigoureusement conduit que l'on peut seulement espérer une guérison. C'est probablement dans cette variété de cophose que la saignée des veines de l'oreille réussissait au baigneur bavarois cité plus haut.

Quant à la surdité causée par une compression (tumeur, épanchement de sang, esquilles d'une fracture du rocher), elle est au-dessus des ressources de l'art.

La surdité, suite des convulsions, doit être regardée comme absolument incurable (Itard).

La *surdité* qui suit quelquefois les fièvres intermittentes se dissipe d'elle-même pendant la convalescence (1). Quand cette heureuse terminaison n'a pas lieu, il faut chercher à l'obtenir par l'emploi des révulsifs et des excitants (cautères, vésicatoires, injections par la trompe de vapeurs éthérées ou de teintures, celle d'arnica, par exemple).

La surdité sympathique de la présence de vers ou d'un embarras gastrique guérit rapidement par l'administration des

(1) C'est ainsi qu'on peut expliquer le succès obtenu cette année par M. Duchenne, et dont il fait honneur à l'électricité. (Voy. l'*Ami des sciences*, 1856.)