

## CHAPITRE V

## AFFECTIONS DE L'OREILLE MOYENNE

§ 1<sup>er</sup>. — Inflammation

La caisse du tympan étant en communication immédiate avec la trompe, l'inflammation ne saurait atteindre une de ces parties sans retentir en même temps sur l'autre. Aussi, sous le nom d'otite moyenne, a-t-on l'habitude de décrire l'inflammation simultanée de la caisse et de la trompe.

L'inflammation de l'oreille moyenne diminue à mesure que les sujets avancent en âge. Très fréquente pendant la première enfance, la maladie s'observe encore souvent pendant l'adolescence, puis devient rare à l'âge adulte; elle est si exceptionnelle chez les vieillards que TERRIER, chargé pendant assez longtemps d'un service à Bicêtre, n'a jamais eu occasion de l'observer. — L'otite moyenne, parfois primitive, est bien plus souvent consécutive. — Primitive, elle reconnaît dans son origine les causes déjà énumérées à propos des otites externes : action du froid, traumatismes, introduction de corps étrangers dans la caisse, injections de liquides irritants, etc. — Consécutive, l'otite moyenne a des causes nombreuses. 1<sup>o</sup> Elle se montre à la suite de l'inflammation d'une des parties avec lesquelles la caisse communique : trompes, pharynx nasal, membrane du tympan, conduit auditif. 2<sup>o</sup> Elle est la manifestation d'une diathèse : otite tuberculeuse, syphilitique. 3<sup>o</sup> Elle apparaît dans le cours d'une affection aiguë, on l'a surtout observée pendant les fièvres éruptives : rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde. D'après CORDIER, elle serait constante dans le cours de la rougeole. On a de temps à autre l'occasion de voir l'otite moyenne se développer durant l'évolution d'une affection des voies respiratoires : bronchite, pneumonie, pleurésie, etc.

Enfin on a signalé une inflammation de la caisse, d'origine diphtérique, et la maladie a été observée dans le cours de l'albuminurie (DIEULAFOY), du diabète (LADREIT DE LACHARRIÈRE). L'otite moyenne chronique succède d'ordinaire à la forme aiguë, souvent aussi c'est l'inverse qui se produit et fréquemment les deux affections se confondent, ou plutôt la maladie présente un type unique avec des périodes de recrudescence et d'accalmie. Pour faciliter la description, nous conserverons la division classique de l'affection et nous étudierons : 1<sup>o</sup> l'otite moyenne aiguë; 2<sup>o</sup> l'otite chronique.

1<sup>o</sup> OTITE AIGUË

SYNONYMES. — Otite interne (TRIQUET). — Otite aiguë de la caisse (BONNAFONT).  
Catarrhe aigu de l'oreille moyenne (TRIELTSCH)

Suivant l'intensité de l'inflammation, l'otite aiguë doit être divisée en trois formes bien distinctes : congestive, exsudative, purulente.

**Anatomie pathologique.** — a. *Forme congestive; catarrhe aigu simple.* — Les lésions consistent en une simple congestion de la muqueuse, de la caisse et de la trompe. Comme cette dernière en son point le plus rétréci ne possède que 0<sup>m</sup>,001 de diamètre, elle est rapidement obstruée; de là une surdité plus ou moins prononcée. L'inflammation est souvent uniformément répartie, parfois aussi elle se localise spécialement sur certains points : membrane du tympan, chaîne des osselets, paroi labyrinthique. Ce gonflement ne saurait se produire sans entraîner une diminution considérable de cette cavité. Si la résolution ne survient pas, bientôt apparaît l'exsudat.

b. *Période exsudative.* — L'exsudat peut être liquide, et dans ce cas il est formé par de la sérosité simple, citrine, mélangée à des mucosités ou à du pus; dans d'autres circonstances, on observe de véritables dépôts constitués par des tractus fibrineux qui s'étendent d'un point à l'autre de la caisse, ou des mucosités analogues à celles que l'on rencontre autour du pharynx nasal. On peut être surpris de voir une muqueuse fournir de pareilles sécrétions, mais comme l'a fait remarquer TOYNBEE, la muqueuse de la caisse, lorsqu'elle est enflammée, se conduit comme une véritable séreuse; de là l'aspect variable de ses produits de sécrétion, formés par un liquide séreux, séro-muqueux, même séro-sanguinolent. Constamment baignée par ces liquides, la membrane du tympan se ramollit, se dissocie, puis se laisse perforer. La chaîne des osselets est souvent alors détruite; par la suppuration, ces corps contractent des rapports anormaux ou sont éliminés avec les produits de sécrétion.

c. *Suppuration.* — Pour peu que l'inflammation se prolonge, les sécrétions ne tardent pas à être purulentes. La muqueuse de la caisse présente çà et là de petites ulcérations, parfois même elle est complètement détruite et transformée en une sorte de putrilage gangreneux (*otite gangreneuse*, WEDREN). L'inflammation peut même se communiquer aux parties sous-jacentes, envahir le périoste et l'os. Dans ces cas, le pus gagne rapidement le conduit auditif externe, l'apophyse mastoïde et la fosse temporale; la membrane du tympan est alors entièrement détruite (*otite périostique* de DUPLAY). Si cet état se prolonge pendant quelque temps, l'oreille interne se prend à son tour, le temporal est érodé, détruit; des accidents graves se produisent du côté des méninges, du cerveau ou des sinus, et ne tardent pas à entraîner la mort.

**Symptômes.** — Les phénomènes déterminés par ces trois manières d'être d'une même affection peuvent être classés en trois groupes, suivant leur degré de gravité.

a. Les malades accusent une sensation de plénitude de l'oreille, une légère difficulté dans l'audition, des bourdonnements humides lorsqu'ils toussent ou se mouchent, ou bien encore pendant la durée de la déglutition; le tout sans fièvre, sans prostration. La trompe d'Eustache est d'ordinaire complètement obstruée. L'exploration de la membrane révèle simplement un peu de rougeur sur le trajet du manche du marteau. Les phénomènes disparaissent souvent au bout de quelques jours; dans d'autres cas, ils s'aggravent.

b. Alors des douleurs sourdes, lancinantes, insupportables, se font sentir dans la profondeur de l'oreille, s'irradient dans différentes directions, envahissant le côté correspondant de la tête et du cou. La déglutition, la mastication



sont pénibles; la toux, l'éternuement, l'action de se moucher deviennent aussi la cause de souffrances; la pression sur l'apophyse mastoïde provoque des crises spasmodiques. Les bourdonnements sont constants; sous l'influence de la douleur, il n'est pas rare d'observer une série de phénomènes nerveux: insomnie, délire, etc. L'intensité de la réaction fébrile est variable; chez les enfants elle affecte parfois un caractère de grande acuité, il faut être prévenu de ces faits, car bien souvent des erreurs ont été commises, et on a cru à l'existence d'une méningite. TRIQUET et DUPLAY signalent des paralysies faciales concomitantes, qui s'expliquent par la propagation de l'inflammation de la caisse au périnèvre; les rapports qu'affectent le facial avec la paroi interne de la caisse rendent cette propagation des plus faciles. Le tympan, bombé, fortement injecté, est tendu du côté du méat; il présente une teinte spéciale, et ressemble, dit POLITZER, à une plaque de cuivre poli. Le triangle lumineux a presque totalement disparu. Bien que l'injection soit assez franche autour du manche du marteau, pendant les premiers jours il en reste une partie visible, mais quand l'infiltration a gagné les couches superficielles de la membrane, il finit par disparaître, et sa trace n'est plus marquée que par une ligne rougeâtre (S. DUPLAY). A cette période, la surdité est presque complète, l'examen de la trompe absolument impossible; arrivée à son maximum, l'inflammation diminue ou du pus se forme dans la caisse. A mesure que les phénomènes inflammatoires s'amendent, la surdité diminue, les trompes redeviennent de nouveau perméables; mais, d'après DUPLAY, il persisterait un affaiblissement considérable de l'acuité auditive, même dans les cas les plus heureux.

c. Du pus se forme dans la caisse (catarrhe aigu purulent). La douleur, la fièvre, l'agitation, le délire augmentent d'intensité, un gonflement œdémateux envahit le conduit auditif et la région mastoïdienne. Le pus, enfermé dans la caisse par suite de l'obstruction de la trompe, presse sur la membrane du tympan qui se bombe et fait saillie en dehors. Par suite de cette pression constante ou du ramollissement inflammatoire, cette membrane finit par se perforer, dès lors le pus s'écoule au dehors. Cet écoulement est constamment suivi d'une accalmie considérable. Par un traitement approprié, on peut obtenir la guérison du mal; le catarrhe se tarit, la membrane se cicatrise, il ne reste pas forcément une diminution sensible de l'ouïe. Quelquefois, malgré tous les moyens de traitement, l'écoulement continue et la maladie passe à l'état chronique.

Si, par exception, la membrane du tympan ne cède pas, le pus ne pouvant s'écouler puisque la trompe est entièrement obstruée, l'inflammation se propage au cerveau et à ses enveloppes et entraîne la mort, terminaison particulièrement à redouter chez les jeunes enfants.

**Diagnostic.** — L'otite moyenne aiguë est assez fréquemment confondue avec la myringite; cependant l'otite externe, qui presque toujours accompagne ou précède la myringite, permettra le plus souvent d'éviter l'erreur. Lorsque dans la myringite, l'inflammation se limite exactement à la membrane du tympan, les symptômes étant presque les mêmes, ce n'est qu'en tenant compte de l'intensité des phénomènes morbides, puis des résultats fournis par l'exploration de la trompe, que l'on pourra établir son diagnostic. Chez les enfants, nous le répétons, la maladie est commune, fait que l'on doit avoir présent à

l'esprit lorsque se montrent des phénomènes du côté du cerveau. Chez les adultes, l'otite moyenne survient souvent pendant le cours des fièvres graves, elle passe alors facilement inaperçue, ce qui implique la nécessité de procéder fréquemment à l'examen des oreilles.

**Pronostic.** — L'otite moyenne aiguë est toujours une affection sérieuse. Chez les jeunes enfants, les lésions produites entraînent parfois la surditité; chez les adultes, une diminution notable de l'acuité auditive. Dans quelques cas, le pronostic acquiert une gravité des plus grandes; la maladie, ainsi que nous l'avons vu, peut entraîner la mort.

**Traitement.** — Pendant la période aiguë du mal, il faut s'attacher à calmer la douleur. Pour cela, les applications de sangsues et les injections de morphine seront employées avec avantage, les instillations calmantes, les fumigations rendront aussi des services. On insistera sur les révulsifs du côté du tube digestif; nous donnons dans ce cas la préférence aux purgatifs salins répétés de temps à autre. Dès que la présence d'une collection liquide dans la caisse est manifeste, il faut lui donner issue en faisant une ponction dans le point le plus saillant de la membrane du tympan (S. DUPLAY). Si malgré toutes ces précautions, il se produit une perforation de la membrane, avec large destruction, on aura recours aux injections calmantes, d'abord, puis astringentes. LADREIT DE LACHARRIÈRE conseille de faire dans la caisse des injections chaudes avec une décoction de tête de pavot, rendue astringente par l'adjonction d'une petite quantité de borax en poudre. Plus tard, cette injection sera remplacée par une préparation plus astringente: décoction de feuilles de ronces, de noyer. Enfin on pourra recourir aux injections chloralées à 1/10. Le chloral, d'après cet auteur, serait particulièrement indiqué dans ce cas, à cause de l'extrême rapidité avec laquelle il dessèche les muqueuses.

## 2° INFLAMMATION CHRONIQUE DE LA CAISSE. OTITE MOYENNE CHRONIQUE

Ainsi que nous l'avons exposé, l'inflammation chronique de la caisse reconnaît les mêmes causes que l'inflammation aiguë. Cependant il existe dans son étiologie un certain nombre de particularités qu'il est nécessaire de mettre en relief. Le plus souvent l'otite moyenne chronique est sous la dépendance d'une lésion du pharynx nasal, laquelle est presque toujours la manifestation d'un état général (scrofule, herpétisme, syphilis). De là, la fréquence, la ténacité si grande de la maladie, et la cause de la prétendue hérédité signalée par quelques auteurs.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions produites par l'otite chronique ont été pendant longtemps inconnues. Les anciens, pour masquer leur ignorance, donnaient indistinctement le nom de surditité nerveuse à toutes les maladies de l'oreille moyenne et interne. Depuis les recherches de TOYNBEE, cette question a été un peu élucidée. En France, en particulier, la plupart des auteurs sont d'accord pour diviser, avec DUPLAY, les lésions produites par l'otite moyenne chronique en trois groupes.

a. *Otite catarrhale.* — Avec TOYNBEE et LADREIT DE LACHARRIÈRE, nous pen-



sons que l'otite catarrhale chronique se présente sous deux formes : dans le premier cas, la membrane sécrète un liquide plus ou moins séreux ; dans le second, la sécrétion est presque nulle, mais il existe un épaissement considérable de la muqueuse. La forme séreuse est de beaucoup la moins grave ; le liquide sécrété en quantité variable trouve par la trompe une voie d'écoulement, ou dans le cas contraire détermine la rupture de la membrane du tympan. La sortie du liquide est toujours suivie d'une accalmie, l'inflammation diminue, et avec quelques soins la maladie peut guérir.

Bien plus grave est l'hyperhémie de la membrane de la caisse. L'épaississement occupe d'ordinaire toute l'étendue de l'oreille moyenne ; or, dans une cavité contenant des organes aussi délicats, semblable lésion ne saurait exister sans occasionner les troubles les plus sérieux : oblitération de la trompe d'Eustache, épaissement, vascularisation de la membrane du tympan, etc. Les désordres sont surtout accentués du côté de la paroi interne de la caisse et de la chaîne des osselets. Les petites cavités ou niches au fond desquelles se trouvent placées la fenêtre ronde et la fenêtre ovale sont presque obstruées, ce qui nous explique la difficulté qu'ont les ondes sonores pour parvenir jusqu'au labyrinthe. La muqueuse qui entoure l'étrier participe elle aussi au gonflement, et comme elle se continue avec celle de la fenêtre ovale, il se forme ainsi une sorte de puits au fond duquel l'étrier est enseveli (S. DUPLAY). L'inflammation se communique encore à la muqueuse qui environne la chaîne, elle détermine la disjonction de l'enclume et de l'étrier, accident qui entraîne une surdité presque incurable ; enfin les ligaments qui unissent les petites articulations se prennent à leur tour ; de là des troubles divers, rétraction du ligament suspenseur du marteau, du tendon du muscle tenseur du tympan et de celui du muscle de l'étrier, lesquels peu à peu subissent la dégénérescence graisseuse. Les produits de sécrétion sont en quantité fort minime, mais ils se font remarquer par leur extrême plasticité et la facilité avec laquelle ils s'organisent ; ainsi se forment des brides fibreuses, qui unissent des parties normalement séparées. Sur treize cents autopsies, TOYNBEE a constaté deux cent deux fois la présence d'adhérences dans la caisse. Les lésions les plus fréquentes en ce genre sont la réunion de l'étrier au promontoire ou à la fenêtre ovale, et les adhérences entre la membrane du tympan et la paroi labyrinthique.

*b. Otite sèche, interstitielle* (TRÆLTSCH). *Scléromateuse* (S. DUPLAY). — Ces différents qualificatifs servent à distinguer une forme particulière de la maladie, caractérisée par le développement d'éléments anatomiques de nouvelle formation dans l'épaisseur même de la muqueuse. Ces produits s'organisent, et la membrane pâlit en même temps qu'elle augmente de densité. On ne connaît pas encore très bien la nature intime du phénomène, mais comme dans la forme précédente, les dépôts sont loin d'être répartis d'une façon uniforme : tantôt la paroi externe de la caisse est seule malade, le tympan présente alors la forme spéciale que nous avons décrite sous le nom de sclérose de la membrane du tympan ; parfois aussi le tympan est intact, mais il existe des lésions incurables du côté de la paroi labyrinthique. D'après la plupart des auteurs, en particulier TOYNBEE et DUPLAY, le périoste de la caisse serait en même temps le point de départ de productions calcaires, d'exostoses, d'hypérostoses. Ces

altérations, surtout fréquentes du côté de la paroi labyrinthique, aboutiraient à l'ankylose de la base de l'étrier dans la fenêtre ovale. LADREIT DE LACHARRIÈRE prétend que cette hypothèse n'est pas vérifiée par l'observation. Les plaques calcaires, d'après cet auteur, existent souvent du côté de la membrane du tympan sans qu'il y ait trace de sclérose, et l'ankylose des osselets, affection des plus fréquentes, se produirait chez les rhumatisants et les gouteux dans des conditions bien différentes de la sclérose.

**Symptômes.** — *a. Otite catarrhale.* — Le premier symptôme accusé par le malade est une diminution plus ou moins considérable de l'ouïe, parfois même une surdité complète. Le degré de la surdité, nécessairement lié aux altérations de la caisse, varie suivant le siège occupé par les lésions. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'influence de l'état atmosphérique sur cette infirmité. La surdité serait surtout accusée pendant les temps froids et humides ; le séjour des malades dans une atmosphère sèche et douce, au contraire, déterminerait une amélioration momentanée. Avec la diminution de l'ouïe, il faut signaler l'existence presque constante de bourdonnements dont l'intensité, la nature et le mode varient aussi à l'infini. Tel malade entend le sifflet d'une locomotive, tel autre le murmure du vent dans les arbres, celui-ci le bruit d'une chute d'eau, celui-là un bourdonnement véritable, etc. Les douleurs, rarement très vives, sont le plus ordinairement sourdes mais continues, avec des exacerbations périodiques. Certains sujets, les enfants en particulier, ont la sensation de la présence d'un corps étranger, et font pour le retirer des tentatives incessantes. L'examen direct permet de constater du côté de la membrane du tympan des symptômes assez nets. Au début de l'affection, le tympan présente un aspect rosé dû à une congestion plus ou moins active, plus tard la membrane est grisâtre, opaque. A moins que le liquide accumulé dans la caisse ne maintienne le tympan, généralement celui-ci est déprimé. Les segments antérieur et postérieur forment deux excavations au milieu desquelles fait saillie le manche du marteau. Le triangle lumineux a parfois disparu complètement, mais en tout cas son étendue est toujours diminuée. La présence d'une collection liquide dans l'intérieur de la caisse est d'ordinaire facile à reconnaître. Si l'épanchement est abondant, la membrane est repoussée en dehors ; la collection est-elle au contraire peu considérable, le liquide se réunit naturellement dans la partie inférieure de la caisse, la membrane présente alors une teinte différente dans ses parties inférieures et supérieures. Le niveau du liquide est indiqué par une ligne noirâtre en forme de croissant, à concavité supérieure. La forme et la direction du croissant varient avec les mouvements que l'on imprime au malade (fig. 89, 90, 91). Si la trompe est perméable et que la douche d'air puisse passer, l'auscultation de l'oreille permettra de reconnaître un bruit de gargouillement particulier, semblable aux râles sous-crépitaux. Sous l'influence d'un traitement approprié, la maladie est susceptible de s'améliorer ; dans d'autres cas, il se fait une poussée, et brusquement l'écoulement devient purulent.

*b. Forme sèche.* — Cette variété, particulièrement fréquente chez les adultes et les vieillards, semble spéciale aux arthritiques ; son début est des plus insidieux. Une légère diminution de l'acuité auditive est le premier symptôme



qui attire l'attention du malade. La perte de fonction va toujours en augmentant. Jamais on n'observe de ces alternatives de haut et de bas signalées dans la forme précédente, jamais de douleurs. La surdité présente un certain nombre de caractères spéciaux. Le malade, par exemple, perçoit encore d'une façon assez satisfaisante le tic-tac d'une montre, alors qu'il est incapable de suivre une conversation, surtout si plusieurs personnes y prennent part. Ce fait particulier démontre une diminution de la faculté d'accommodation, et partant l'existence de lésions graves du côté de la chaîne des osselets. Autre particularité : le patient entend beaucoup mieux au milieu du bruit, en voiture, en chemin de fer, par exemple. Ces phénomènes caractérisent l'ankylose des osselets (LADREIT DE LACHARRIÈRE); bientôt surviennent des bourdonnements : sifflements, bruissements, bruits de compression. Intermittents tout d'abord, ces

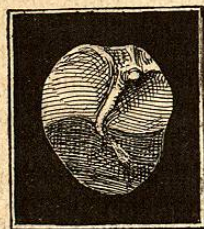


Fig. 89. — Accumulation d'exsudat dans la partie inférieure de la caisse. Ligne de niveau ondulée. Sur une femme syphilitique de quarante ans. Enlèvement de l'exsudat au moyen de la paracentèse.



Fig. 90. — Déplacement de la ligne de niveau de l'exsudat par le renversement de la tête en arrière dans le même cas.

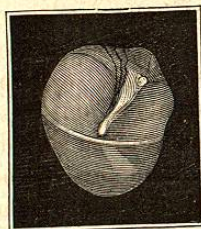


Fig. 91. — Accumulation d'exsudat fluide dans la partie inférieure de la caisse, marquée par une ligne chatoyante. Sur un jeune homme, dans le cours d'un fort rhume de cerveau.

bruits par leur persistance deviennent au bout de peu de temps une source de tourments pour le malade.

L'examen révèle des lésions multiples. Le tympan épaissi, rétracté, présente les diverses altérations que nous avons déjà décrites en parlant de sa dégénérescence fibreuse : teinte gris jaunâtre sale, rétraction de la membrane avec saillie du marteau, dépressions et saillies par suite d'adhérences, disparition du triangle lumineux. L'examen avec le spéculum pneumatique fait reconnaître une diminution notable dans la motilité de la membrane, due à l'existence d'adhérences. Au moment de l'aspiration, en effet, chacune des adhérences détermine à la surface du tympan la formation de dépressions marquées par autant de points lumineux. La trompe est en général largement perméable, aussi l'auscultation pratiquée au moment où l'on fait une insufflation permet d'entendre un souffle véritable; lorsqu'il y a rétrécissement, l'air pénètre par saccades, ce que dénotent une série de sifflements successifs et inégaux.

La marche de la maladie est des plus lentes; parfois elle reste stationnaire pendant un temps assez long, mais reprend ensuite son développement progressif, et conduit presque fatalement à la perte absolue de l'ouïe. Les insufflations d'air dans la caisse ne donnent aucune amélioration.

**Diagnostic.** — A l'aide des divers symptômes que nous avons énumérés et par un examen attentif du pharynx nasal, de la trompe et de la membrane du tympan, il est d'ordinaire facile de reconnaître l'otite moyenne, de déterminer sa forme et le siège exact des lésions. Au début, pourtant, il est parfois peu commode de dire si l'on se trouve en face d'une lésion labyrinthique ou d'une affection de la caisse. Cependant, on se souviendra que les bruits dans le cas de lésion du labyrinthe sont des bruits musicaux ou métalliques (bruits de voix, de cloches); puis on aura recours à l'exploration de l'ouïe à l'aide du diapason appliqué sur le crâne. Si le malade entend mieux les sons du côté malade que du côté sain, il est probable que le labyrinthe est intact; si le contraire se produit, les lésions sont profondes.

**Pronostic.** — Quelle que soit sa forme, l'otite moyenne abandonnée à elle-même est une affection sérieuse; parfois aussi malgré les soins les plus intelligents, elle entraîne des désordres graves et souvent une surdité incurable. Il faut savoir qu'au début une médication bien entendue peut enrayer la marche de la maladie, malheureusement les sujets se préoccupent peu à cette époque des troubles qu'ils ressentent, et lorsqu'ils viennent réclamer des secours, les lésions souvent sont déjà trop avancées.

**Traitement.** — Comme dans toutes les affections de cette nature, on instituera tout d'abord un traitement général en rapport avec la constitution du sujet.

Il est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est l'influence néfaste de l'eau froide. L'hydrothérapie sous toutes ses formes, les bains de mer devront être sévèrement proscrits; en revanche la médication thermale rend de véritables services. Il faut attaquer la lésion localement; nous avons insisté à différentes reprises sur les relations intimes qu'ont entre elles les affections du pharynx nasal et les maladies de la caisse, aussi commencera-t-on par traiter les lésions pharyngiennes. Les fumigations, les pulvérisations, les irrigations nasales sont fort utiles; les divers établissements thermaux possèdent des appareils spéciaux disposés pour cet usage. Dans certains cas, l'ablation des amygdales et la section de la luette seront indiquées.

Les révulsifs appliqués sur l'apophyse mastoïde constituent d'utiles adjuvants, ceux auxquels nous donnons la préférence sont : les vésicatoires, la teinture d'iode et les pointes de feu. Une application de sangsues faite en temps opportun peut trouver aussi son indication, en général cependant il faut se montrer avare d'émissions sanguines.

Pour agir efficacement sur la muqueuse de la caisse, une seule voie nous est offerte, c'est la trompe d'Eustache. Les injections d'air faites directement dans la caisse à l'aide de la sonde d'Itard, peuvent rendre à la membrane et à la chaîne des osselets une partie de leur souplesse. De plus, quand la trompe est perméable, l'insufflation permet de faire pénétrer dans la caisse des vapeurs médicamenteuses. Il suffit pour cela de faire barboter l'air dans un vase à deux tubulures contenant une solution de la substance que l'on veut employer, l'air entraîne avec lui une quantité suffisante de vapeur. D'après LADREIT DE LACHARRIÈRE, lorsqu'il y a une certaine atonie de la membrane, chez les sujets lymphatiques par exemple, la teinture d'iode, l'ammoniaque, l'acide acétique sont particulièrement favorables; lorsque les sécrétions deviennent abondantes,