

d'un os qui porte avec justesse le nom de *roche pénètreuse*, échappe complètement à nos recherches pendant la vie ; et à son examen après la mort, on ne peut que rarement en tirer des conclusions satisfaisantes. »

Les recherches nécroscopiques ont démontré que la congestion ou l'anémie cérébrale ; la formation d'un foyer apoplectiforme dans les ventricules ou à la surface du cerveau ; la présence d'un néoplasme à la base de cet organe ; l'hydrocéphalite ; la méningite cérébro-spinale et même les affections de la moelle épinière, peuvent déterminer des phénomènes en tout point semblables à ceux qu'on attribue aux affections du labyrinthe. S'il en est ainsi, comment apprécier le caractère des bourdonnements par rapport à la lésion qui le produit ? C'est donc là un phénomène trop vague pour en tirer des indications sérieuses pour le diagnostic ; tout au plus peut-il servir à corroborer la valeur des signes pathognomoniques quand ils existent.

CHAPITRE X

SURDITÉ PROPREMENT DITE.

C'est pour ne pas trop dévier de la méthode généralement suivie dans la classification des maladies de l'oreille que je vais consacrer un article spécial à la surdité proprement dite, existant sans lésions anatomiques apparentes.

En étudiant la manière dont le sujet est traité par presque tous les auteurs, ayant vu tout le vague qui règne dans leur diagnostic, et par suite dans le mode de traitement, j'ai cru devoir grouper tout ce que j'ai déjà dit sur les moyens presque infaillibles de constater la sensibilité du nerf acoustique ; ces moyens d'investigation, bien que secondaires peut-être dans le diagnostic des maladies précédentes, deviennent indispensables dans les surdités qui vont nous occuper.

Je ferai ici à peu près ce que les ophthalmologistes, après

avoir parlé des lésions des autres parties qui entrent dans la composition de l'œil, font à l'égard des maladies des yeux en traitant de l'amaurose. Seulement, quoique les maladies du nerf auditif se prêtent à la même classification, aux mêmes causes, etc., que le nerf optique et la rétine, je serai plus sobre dans les détails ainsi que dans les différentes dénominations qui servent à les désigner.

Cette nomenclature, appliquée aux variétés diverses de l'amaurose, est devenue si riche que, si elle est la véritable expression du progrès de l'oculistique, les oculistes modernes laisseront à leurs successeurs moins d'espace que celui qu'ils ont trouvé dans la classification que L.-J. Sanson leur avait léguée. On n'a, pour se convaincre de cette vérité, qu'à comparer la classification de ce praticien, avec celle de Sichel (1). La première ne reconnaissait que deux genres d'amauroses, la sthénique et l'asthénique ; tandis que la seconde en décrit quatorze variétés.

La surdité nerveuse, proprement dite, peut se diviser en deux sections : celle *symptomatique* et celle *provenant de la paralysie du nerf*.

ARTICLE 1^{er}.

Surdité symptomatique.

Quoique les auteurs consacrent un article spécial à la surdité symptomatique, je crois avoir suffisamment élucidé ce sujet en traitant des lésions l'appareil auditif pour n'avoir rien omis sur les nuances de la fonction de l'ouïe en rapport avec le degré différent que présentent ces lésions.

ARTICLE II.

Surdité idiopathique.

Il faut comprendre sous cette dénomination les surdités dues à une affection purement nerveuse et indépendante de toute altération organique.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*. Paris, 1852-1859, in-4, section xz, *L'amaurose et l'ophthalmoscope*, p. 746.

1° *Causes.* — Les causes qui peuvent produire cette surdité sont très-nombreuses, et aucune d'elles cependant n'a une action assez spéciale sur ce nerf pour produire la maladie, s'il n'était déjà frappé de prédispositions toutes particulières ; parmi ces prédispositions, on doit mettre en première ligne l'hérédité, laquelle, comme Kramer l'a très-bien dit, entre pour une bonne part, un tiers au moins.

La débilité du système nerveux, sa grande susceptibilité, coïncidant avec une constitution faible et délicate, sont des causes qui prédisposent à cette affection comme à toutes celles qui peuvent atteindre le système nerveux. L'âge, qui affaiblit à la longue tous les organes, agit souvent d'une manière toute particulière sur le sens de l'ouïe, de manière à abolir presque complètement la sensibilité du nerf et produire enfin l'espèce de surdité désignée sous le nom de torpide.

Cette surdité atteint-elle plus spécialement un sexe qu'un autre ? D'après la statistique de Kramer, il y aurait peu de différence entre les deux sexes ; sur cinq cent quatre-vingts hommes, il compte quatre cent quarante-sept femmes ; tandis qu'en supputant mes chiffres, je constate un résultat contraire, c'est-à-dire cent cinquante-deux hommes et deux cent six femmes ; mais j'avoue que ces chiffres ne peuvent pas être pris pour base d'un calcul sévère, attendu que j'ai remarqué depuis longues années que les femmes, par un sentiment qu'il est facile de deviner, vont plus volontiers prendre les conseils d'un médecin spécial pour tâcher de se guérir d'une infirmité qui les gêne à un plus haut point que les hommes. Comme cause déterminante, on doit mettre en première ligne les applications brusques d'un froid intense sur la tête. J'ai observé tant d'exemples de surdités produites par cette cause, que je proscriis absolument ces applications.

L'action d'un froid très-intense agissant immédiatement sur le crâne peut aussi produire subitement l'insensibilité du nerf acoustique. J'en citerai un exemple curieux.

OBSERVATION XLVIII. — M. L... habitait depuis quelques années Saint-Petersbourg. Ayant obtenu l'autorisation du gouvernement russe d'exploiter une forêt non loin de cette capitale, il partit par un froid très-rigoureux pour aller explorer l'étendue de sa conces-

sion, ainsi que la nature des bois qu'elle contenait. Il était triplement couvert de vêtements fourrés, la tête elle-même était cachée dans une calotte.

M. L... réfléchissait sur les moyens à employer pour le transport des bois, et s'extasiait sur la grandeur des chênes, lorsque par un mouvement instinctif il enleva sa calotte pour se frotter la tête. A peine eut-il découvert le crâne, garni pourtant d'une assez belle chevelure, qu'il éprouva un sentiment subit comme si un épais morceau de glace eût remplacé la calotte. Tout à coup sa vue s'obscurcit et il cessa d'entendre les bruits qui se faisaient autour de lui. Depuis ce moment, malgré tous les traitements, tant à Saint-Petersbourg qu'à Moscou, et plus tard à Paris, l'ouïe n'est plus revenue, la vue seule s'est un peu améliorée.

M. L... vint me consulter et je constatai une paralysie, non complète mais tellement avancée du nerf auditif, que j'engageai le malade à se résigner à supporter son infirmité, tout traitement me paraissant inutile. Du reste, M. L... est fort et robuste, âgé d'une quarantaine d'années, et sa constitution ne paraît pas avoir souffert autrement de la cause qui a produit cette infirmité. Ajoutons qu'il n'y a ni bourdonnements ni aucun autre symptôme se rattachant à une maladie quelconque de l'appareil de l'ouïe. Ses facultés intellectuelles, qui avaient faibli pendant quelque temps, ont repris peu à peu toute leur activité.

Kramer a omis de parler de la surdité symptomatique ; et, dans l'énumération des causes, il me paraît confondre quelquefois cette surdité avec celles qui appartiennent à la surdité purement nerveuse. Ainsi les convulsions des enfants, la dentition laborieuse, les commotions violentes, la masturbation, les fièvres nerveuses, etc., sont autant de causes que Kramer invoque en faveur de la surdité essentielle. Il me semble que le praticien de Berlin fait ici confusion.

2° *Symptômes.* — Je ne saurais mieux décrire les symptômes qui se rattachent à l'audition qu'en rapportant la classification de Vidal (de Cassis) et la comparaison qu'il a faite entre la surdité essentielle et les névroses de la vision :

« 1° Le champ de l'audition, dit ce praticien, est changé ; le sujet n'entend qu'à des distances très-rapprochées, cet état peut être comparé à la myopie. Le sujet n'entend que quand on lui parle de loin : c'est l'analogie de la presbyopie ;

« 2° Un sujet n'entendra que les sons éclatants, tandis qu'un

autre ne percevra que les sons doux et ne répondra que quand on parlera à voix basse, comme on observe des yeux qui ne sont sensibles qu'à une vive lumière naturelle, et ne voient pas dans l'obscurité ou à une lumière artificielle. L'*héméralope* et le *nyctalope* sont dans ce cas ;

« 3° Comme il y a une vue partielle, l'hémiopie, il y a une *audition partielle*. Ainsi le sujet pourra n'entendre que certains mots de la conversation, par exemple ceux qui ont beaucoup de voyelles ;

« 4° Un seul bruit, un seul son peut être entendu comme s'il était doublé ; il y a alors une espèce d'écho. Ainsi, le malade croit entendre deux voix quand une seule personne parle. Cette névrose correspond à la diplopie, à la vue double ;

« 5° Le malade croit entendre des bruits, des sons, qui ne sont pas produits, comme il peut voir des objets qui n'existent pas, ce qui constitue la *berlue* et ses variétés. Les sifflements, les tintements, certains chants de petits oiseaux, des bourdonnements, tout cela peut n'avoir aucun rapport avec le monde extérieur ; l'oreille seule du malade en est le siège ;

« 6° Comme fin, malheureusement trop fréquente de toutes ces modifications de l'ouïe, la cophose, la surdité arrive, c'est-à-dire l'abolition complète du sens de l'ouïe, ce qui correspond à l'amaurose ; et, comme l'amaurotique, en face du plus brillant soleil, est plongé dans les ténèbres les plus épaisses, celui qui est complètement sourd n'entend pas le canon qu'on tire à ses côtés (1). »

Si l'on parcourt les auteurs, on trouve chez eux une grande divergence d'opinions touchant les symptômes et le siège des maladies nerveuses.

Duverney avait déjà prévu que bien des surdités, appelées nerveuses, pouvaient dépendre d'une maladie organique du labyrinthe, ou bien de la compression dans les cavités crâniennes du nerf auditif.

Kramer a donné une bonne définition en disant qu'on doit entendre par surdité nerveuse celle qui n'offre pas de lésions appréciables à un examen de l'oreille externe et moyenne,

(1) Vidal (de Cassis), *Pathologie externe*. Paris, 1861, t. III, p. 670.

de la trompe et de la caisse. Certes, il n'est pas possible de mieux définir ce genre de cophose.

Cette définition, pour être aussi complète que l'état actuel de la science le demande, n'a besoin que de l'addition du résultat des expériences que j'ai faites sur la sensibilité du nerf acoustique.

J'ai déjà dit et répété que bien des surdités avaient été et étaient encore classées comme nerveuses parce que l'examen, comme le dit Kramer, n'avait révélé aucune altération pathologique dans l'appareil de l'ouïe ; avant les principes que j'ai posés sur l'emploi de la montre et du diapason, cet examen portait sur toutes les parties de l'organe, excepté sur le nerf lui-même. C'est pourtant là le point essentiel, puisque le rétablissement de sa fonction est toujours le but qu'on se propose.

Si, avant tout, on consulte, comme je le conseille, la sensibilité du nerf acoustique avec la montre, puis avec le diapason, on arrivera à une distinction beaucoup plus juste des surdités réellement nerveuses de celles qui ne sont entretenues que par un vice de conformation ou un état pathologique quelconque de l'appareil. Ainsi, si la montre est entendue sur toutes les parois du crâne, on pourra sans hésiter diagnostiquer l'état normal du nerf. Si la montre n'est entendue que sur quelques points, tels que l'apophyse mastoïde et la base de l'apophyse zygomatique, à la cause que je viens de désigner, si elle existe, il faudra ajouter un affaiblissement notable dans la sensibilité du nerf ; mais si la montre n'est pas entendue et que le diapason, représentant l'*ut* de la troisième octave, le soit, la sensibilité est encore plus atteinte. Si enfin ce diapason n'est entendu ni à distance de l'oreille ni appliqué sur le crâne, on peut sans crainte diagnostiquer un affaiblissement qui approche de la paralysie. Je sais très-bien qu'après cet instrument, dont le son est très-aigu, le nerf peut encore percevoir les sons du diapason ordinaire ; mais l'expérience m'a appris depuis longtemps que, lorsque le nerf est arrivé à ce degré d'insensibilité, il n'est plus ou que très-rarement accessible à aucune médication.

J'ai traité trop de personnes affectées de dysécie de ce genre, et mis en usage sans succès un trop grand nombre de remèdes pour n'être pas autorisé à émettre une pareille opinion.

Je sais aussi qu'un jugement aussi sévère qui condamne à l'incurabilité une catégorie très-nombreuse de sourds, ne sera pas accepté facilement, surtout par les jeunes praticiens qui, poussés par l'amour de la science et le désir d'en reculer les limites, n'ont pu encore voir leur jugement façonné par les nombreuses déceptions qu'on éprouve nécessairement en s'obstinant à traiter une infirmité qui demeure rebelle à tout traitement. Mais après quelques années, ils se convaincront que cette règle ne souffre que de rares exceptions.

Voici donc, d'après les données qui précèdent, la classification des surdités nerveuses que j'ai établie au point de vue pratique :

1° Surdités entendant le tic-tac de la montre sur toutes les parties du crâne.

C'est à tort, selon moi, que les auteurs ont compris ce genre de surdité dans la catégorie de celles dites nerveuses ; car il est bien évident que le nerf n'est nullement affecté ni dans sa racine ni dans ses subdivisions labyrinthiques, et que la dysécie tient, à n'en pas douter, à un obstacle quelconque qui empêche les sons d'arriver jusqu'au nerf ; comme cet état peut exister sans qu'un examen le plus minutieux, fait par des praticiens les plus habiles, fasse découvrir la plus légère altération dans l'organisme de l'oreille, on a trouvé plus facile de la qualifier de nerveuse. Cette dysécie est très-curable, du moins les chances de sa guérison peuvent être évaluées à seize sur vingt ;

2° Surdité n'entendant le tic-tac de la montre que sur les apophyses mastoïdes et zygomatiques, et nullement sur les autres parties du crâne, ni contre le pavillon de l'oreille. On peut les classer, quoique à un moindre degré, dans le rang des surdités curables. Les chances peuvent être égales aux précédentes, mais l'ouïe restera toujours faible, c'est-à-dire qu'une montre ordinaire ne pourra pas être entendue au delà de 10 à 20 centimètres ;

3° Surdité n'entendant nulle part la montre appliquée sur le crâne, mais entendant le diapason correspondant à l'ut de la troisième octave, à la distance de 5 centimètres de l'oreille ;

4° Surdité n'entendant pas le son du diapason à distance, mais appliqué sur tout le crâne.

Ces deux genres de surdité présentent peu de chances de curabilité, tout au plus s'il est permis d'espérer un peu d'amélioration, selon le degré de sensibilité que le nerf a témoigné pendant les expériences ;

5° Surdité n'entendant plus cet instrument, mais percevant le son du diapason ordinaire, soit à une faible distance de l'oreille ou appliqué.

Cette surdité présente si peu de chances non de guérison, mais seulement d'amélioration, que je n'hésite pas à la mettre au rang des incurables (1) ;

6° Enfin les surdités qui n'entendent nullement le diapason sur aucune des parties du crâne et sur l'incurabilité desquelles il ne peut y avoir aucun doute.

En résumé, les surdités, sous le rapport des chances de guérison qu'elles offrent, peuvent être ainsi classées : surdités curables, douteuses et incurables.

Je n'ai certainement pas la prétention de présenter cette classification comme infaillible ; s'il faut admettre des exceptions aux règles les mieux posées, c'est surtout en médecine, car il ne peut être donné au meilleur observateur de pouvoir deviner les limites où s'arrêtent nos moyens thérapeutiques, pas plus qu'il ne peut fixer d'une manière absolue où commence l'incurabilité.

Je pourrais donc, à la rigueur, terminer là cet article sur les surdités essentielles et nerveuses, puisque leur thérapeutique repose sur les données qui précèdent, quelles que soient la cause et la nature de la surdité ; mais un ouvrage n'est pas seulement l'exposition des idées de l'auteur, il doit aussi présenter un résumé succinct de celles des praticiens qui l'ont précédé.

Kramer, qui avait divisé les surdités nerveuses comme Samson les amauroses, c'est-à-dire en surdité sthénique ou par éréthisme, et en surdité asthénique ou par faiblesse, avait pris les bourdonnements comme symptômes essentiels pour reconnaître ces deux genres d'affection. Dans la surdité par éréthisme, le bourdonnement ne manque jamais et présente

(1) Si M. Miot avait pris la peine de lire ce paragraphe, il n'aurait pas écrit que : « je considère comme curables cette classe de cophoses. »

toutes les variétés qui l'accompagnent, tandis que dans la surdité par défaut d'excitation ou torpide, ce symptôme manquerait toujours.

J'ai cherché à faire l'application des idées de Kramer, et j'ai trouvé cette classification très-défectueuse et impossible à établir, parce que le bourdonnement reconnaît plusieurs causes.

Ainsi il peut dépendre : 1° d'une surexcitation nerveuse avec affaiblissement plus ou moins considérable du nerf auditif; 2° d'une congestion sanguine locale ou générale coïncidant avec ou sans affaiblissement de l'ouïe, quelquefois même avec la paralysie presque complète du nerf; 3° enfin d'autres causes peuvent produire un bourdonnement passager, telles que les obstructions ou obstacles de toute nature qui surviennent dans une partie quelconque de l'appareil.

Ces bourdonnements accompagnent les surdités avec des nuances si diverses qu'il n'est pas possible de préciser s'ils appartiennent plus spécialement à un genre de surdité plutôt qu'à un autre.

Du reste, Menière (1) nous apprend que l'auteur allemand a singulièrement modifié cette division fondamentale.

Kramer dit (2) que les bourdonnements peuvent accompagner toutes les maladies de l'oreille sans que l'on puisse indiquer les conditions matérielles de ce phénomène. La présence et l'absence de ces bruits sont tout à fait inexplicables, aussi bien dans les inflammations franchement inflammatoires de l'oreille que dans la surdité nerveuse proprement dite.

Kramer a été peut-être un peu loin à cause de la facilité d'établir une distinction entre les bourdonnements nerveux et sanguins. Les premiers sont continus, simulent toute espèce de bruits : tantôt c'est un oiseau qui chante, tantôt c'est un orchestre complet qui joue ; d'autres fois ce sont des voix qui se font entendre dans le lointain et qui arrivent à l'oreille comme un écho ; le malade croit entendre le bruit d'une vapeur qui s'échappe d'un tube avec difficulté ; ou bien, ce qui est le plus fréquent, celle qui sort d'une bûche verte mise au feu, etc. ;

(1) Menière, *in* Kramer, traduction, note annexée à la page 355.

(2) Kramer, *Beiträge* (additions).

mais les bruits les plus insupportables sont ceux qui semblent produits par un archet râclant sur des cordes d'intonations différentes. Ce dernier bourdonnement, fort heureusement le plus rare, agace tellement les malades, qu'il les tient dans une surexcitation continuelle qui ressemble presque à la folie.

Le bourdonnement sanguin, au contraire, a cela de particulier, qu'il est toujours la conséquence d'une congestion générale ou locale, et se traduit par des battements, isochrones à ceux du pouls. Ces pulsations, répétées dans l'oreille, donnent naissance à d'autres bruits qui ont quelque ressemblance avec ceux qui précèdent ; mais comme ils suivent toutes les phases de la congestion sanguine, qu'ils disparaissent, qu'ils diminuent et qu'ils augmentent avec cette congestion, leur distinction est facile à établir.

3° *Marche*. — La marche de cette surdité ressemble en général à toutes celles des maladies des nerfs ; elle affecte quelquefois une telle lenteur que les malades ne se doutent de l'infirmité qui les menace que bien des années après le début ! comme on s'habitue peu à peu à se servir d'un organe lorsque sa fonction faiblit d'une manière insensible, il s'ensuit que les malades ne demandent conseil que lorsque la surdité est déjà très-avancée ; et, lorsqu'on leur demande la date de l'invasion, tous répondent qu'elle remonte à un an ou à quelques mois seulement ; comme il est facile de reconnaître l'erreur, on arrive facilement à la connaissance de la vérité, soit par le malade lui-même, qui, pressé de questions, finit par avouer que le début de son infirmité remonte à une époque bien plus reculée.

D'autres fois cependant, comme dans le cas que j'ai cité, la surdité arrive tout à coup ; mais ce sont là des cas excessivement rares.

4° *Diagnostic*. — Ce que j'ai dit jusqu'à présent a dû suffire pour établir un bon diagnostic des surdités nerveuses essentielles. Je ne m'occuperai maintenant de ce sujet que pour relever une proposition de Kramer, acceptée par tous les médecins auristes et à laquelle son savant traducteur, Menière, n'a adressé aucune réflexion.

Ainsi Kramer, conséquent avec la division qu'il a établie, assure que dans les surdités par éréthisme, le cathétérisme des trompes est plus difficilement supporté, et les phénomènes qu'il

produit par une injection d'air, sont plus caractérisés, plus violents, surtout plus agaçants.

J'ai sondé bien des personnes atteintes de l'une ou l'autre de ces surdités, et je dois dire que je n'ai pu constater la différence des phénomènes signalés par Kramer. Telle personne, affectée de surdité torpide, est vivement impressionnée par le cathétérisme et les injections d'air, tandis que telle autre, atteinte de surdité, avec exaltation des bourdonnements, supporte très-facilement cette opération.

Cette surexcitation nerveuse de l'oreille, qui tient à l'état pathologique de la cinquième paire, du ganglion d'Arnold, du plexus tympanique ainsi que des nombreux filets qui en partent, est tout à fait indépendante du nerf acoustique; par conséquent, les phénomènes qui en résultent peuvent également coïncider avec une augmentation ou un affaiblissement de la sensibilité de ce nerf.

5° *Pronostic.* — Le pronostic des surdités nerveuses essentielles est toujours grave; car il est rare, quel que soit le traitement mis en usage, qu'on obtienne une guérison complète. Il est subordonné, comme toutes les autres maladies, à la cause, à la constitution, à l'âge, etc., il est bien évident que, si peu de chances que présente un traitement, on pourra espérer un résultat meilleur sur une personne jeune, dont les nerfs sont plus accessibles à l'action des agents thérapeutiques, que sur des personnes très-âgées dont le système nerveux a perdu une grande partie de sa vitalité.

6° *Traitement.* — Le traitement de la surdité nerveuse essentielle se compose d'une foule de moyens rationnels et empiriques; c'est surtout, comme je l'ai déjà dit, contre ce genre de surdité que s'adressent les nombreux remèdes qui ne sauraient être soumis à aucune réglementation médicale. Aussi cette surdité offre-t-elle un vaste champ d'exploitation aux empiriques, qui guérissent infailliblement et voient accourir, pour participer aux bienfaits de leur panacée, les malheureux sourds qui n'ont rencontré que des déceptions auprès d'autres praticiens plus réservés.

Dès qu'un malade se présente, atteint de cette infirmité, il y a deux manières d'apprécier les conséquences du traitement qu'il est essentiel de lui faire connaître.

Après avoir bien examiné et ausculté le degré de sensibilité du nerf, on jugera presque *à priori* du résultat qu'on peut espérer; s'il est possible d'obtenir de l'amélioration ou si, l'affaiblissement du nerf étant trop avancé, on peut seulement arrêter les progrès du mal. C'est surtout ici qu'il faut faire l'application des conseils très-sages donnés aux médecins auristes par Kramer, de la manière suivante :

« Très-souvent, les malades oublient qu'on leur avait donné peu d'espoir; ils croient que quelques mois de traitement doivent améliorer leur position d'une façon remarquable, et c'est pour prévenir les inconvénients de cette disposition d'esprit, que je me suis fait une loi de consigner par écrit mon opinion sur la maladie ou sur les suites probables du traitement que je mets en usage: grâce à cette précaution, on peut toujours prévenir les reproches que les malades adressent au médecin quand la guérison n'arrive pas au gré de leur impatience (1). »

La conduite si bien tracée par Kramer est la seule qui convienne à tout praticien qui veut garder, auprès des consultants, sa dignité et son honorabilité. En agissant ainsi, on ne donne jamais au malade un espoir qui ne se réalise pas, tandis qu'on peut se ménager la satisfaction de voir se produire une amélioration où l'on n'avait espéré qu'arrêter simplement la marche de l'affection. Il faut, en un mot, que le praticien se place franchement en présence de ses malades en leur faisant connaître, après deux ou trois examens s'ils sont nécessaires, s'il a l'espoir de les guérir, de les soulager, d'arrêter les progrès du mal, ou s'il n'y a absolument rien à faire, rien à tenter.

Les médications employées contre cette surdité sont très-nombreuses et très-variées.

Avant qu'on ait été familiarisé avec le cathétérisme des trompes, on prodiguait à outrance les médications générales dans lesquelles les purgatifs de toute nature jouaient un grand rôle; puis, comme application locale, les dérivatifs profonds tels que cautères, vésicatoires et sétons à la nuque, derrière les oreilles, voire même sur toute l'étendue du crâne; et enfin, comme modificateur du sang, on prescrivait à l'intérieur

(1) Kramer, ouvrage cité, p. 386.

les altérants, les ferrugineux, les toniques, etc. Mais tous ces moyens étaient généralement employés d'une manière empirique et sans qu'on pût juger au préalable des rapports qu'ils pouvaient avoir avec la surdité.

Cette manière de faire dépendait de ce que le plus grand nombre des praticiens ignoraient les moyens de diagnostiquer la sensibilité avant d'entreprendre tout traitement.

Kramer est le premier qui ait signalé cette lacune dans le diagnostic des surdités ; il critique, sans réserve aucune, les doctrines de Curtis, de Wright, de Swan, de Saunders, de Buchanan, de Beck, de Véring, de Franck, de Saissy, d'Itard et de Deleau. « Aucun de ces auteurs, dit Kramer, n'a pu mettre en rapport le traitement avec le diagnostic, puisque celui-ci n'a pas été posé avec soin dans aucun de leurs ouvrages. » Menière n'a pas voulu accepter les critiques adressées à son prédécesseur, et il l'a défendu par l'argumentation suivante : « Un homme comme Itard, dit Menière, a pu diagnostiquer une surdité nerveuse sans prendre tant de précautions minutieuses, et peut-être bien sans dire qu'il les eût prises, et je ne pense pas qu'on puisse rayer d'un seul trait de plume ce qu'il a écrit sur un sujet qu'il possédait d'une manière supérieure (1). »

Je partage entièrement l'opinion de Menière, touchant cette partie du livre d'Itard, où ce praticien s'est montré le plus sagace, et qui témoigne de l'étude approfondie qu'il avait faite du sujet.

Seulement au point de vue du diagnostic différentiel, Kramer avait raison puisque Itard ne se rendait compte de la nature de la surdité, qu'après le résultat du traitement. Mais Kramer, si sévère, ne paraissait guère plus avancé sur ce point, car lui-même ne jugeait le caractère des dysécies nerveuses qu'après avoir sondé les trompes d'Eustache et fait un examen des conduits auditifs et de la membrane du tympan.

Aurai-je été plus heureux que mes prédécesseurs ? Tout me porte à l'espérer, sans avoir toutefois la prétention de croire que d'autres n'arriveront pas à un résultat meilleur. Toujours est-il, que la méthode que j'ai établie pour ausculter la sensi-

(1) Kramer, note de Menière, p. 374.

bilité des nerfs acoustiques, avant tout autre examen, s'est tellement généralisée que tous les auteurs modernes l'emploient et la recommandent (souvent sans indication d'origine, mais qu'importe), et que les médecins de la province ont soin de soumettre à un examen préalable les malades qu'ils envoient au praticien spécialiste. Ils jugent ainsi eux-mêmes et peuvent éclairer les parents ou la personne elle-même, des chances probables qu'elle peut espérer.

Avant de commencer aucun traitement local, il importe d'étudier la santé générale du malade, sa constitution et si surtout elle est entachée de quelque vice ; car, bien que la surdité puisse être indépendante, il y a toujours plus de chances d'un résultat meilleur en ramenant la santé à des conditions plus normales. On s'enquerra surtout, chez les jeunes filles et les femmes, si le flux menstruel se fait régulièrement, et, chez les hommes, s'ils sont sujets aux hémorroïdes ou aux épistaxis.

Kramer, qui est si absolu dans ses propositions, regarde comme inutiles et superflus les moyens à l'aide desquels on essaye de ranimer le nerf acoustique, de détruire une humeur métastatique, ou enfin de combattre une phlegmasie que rien ne démontre. Ainsi, d'après lui, les révulsifs ne peuvent avoir d'efficacité ; l'électricité même serait complètement impuissante.

Certes, sans accorder à cette médication le crédit qu'elle a trouvé et qu'elle trouve encore, je suis loin de partager ce pessimisme.

Ainsi, quand je suis consulté par un malade, dont le début de la surdité a coïncidé avec la disparition subite d'une éruption dartreuse ou autre, d'une suppuration établie sur une partie du corps, je ne saurais me dispenser, ne serait-ce que par un sentiment de prudence, de rappeler cet exutoire, même avant de commencer le traitement local. Si l'emploi de ces moyens devient inutile, ils ne sauraient jamais avoir les inconvénients que Kramer leur attribue, à moins d'en faire un abus excessif.

J'emploie quelquefois chacun de ces moyens, pour compléter l'action d'un traitement général, sans y ajouter une grande importance ; mais quand j'ai à traiter un jeune malade, à cons-