

Le pansement à l'iodoforme a pu, chez des enfants, produire soit des intoxications iodoformiques, soit surtout des eczémas. On recourt en ces cas aux gazes salolée ou sublimée ou simplement stérilisée.

Le pansement est remplacé tous les quatre jours en moyenne, à moins qu'une suppuration abondante n'exige des injections phéniquées quotidiennes et des pansements humides.

En cas de cholestéatome, la plaie ne doit pas être suturée, mais doit guérir par bourgeonnement.

Procédé de Küster. — Son auteur s'est surtout proposé de mettre largement à nu tous les points qui suppurent. Après avoir

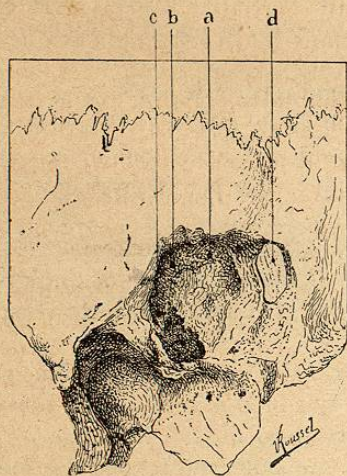


Fig. 96. — Évidement de l'ancre, de la caisse et de l'aditus. — a, fond de l'ancre mastoïdien; — b, fond de l'aditus; — c, fond de la caisse; — d, paroi membraneuse externe du sinus latéral.

décollé le pavillon et la paroi postérieure du conduit membraneux et après les avoir réclinés en avant, il attaque avec la gouge et le maillet la paroi postérieure du conduit auditif osseux. Il la fait entièrement disparaître, ainsi que sa paroi supérieure et la paroi externe de l'attique. De la sorte l'ancre, l'attique et la caisse sont largement mis à jour. C'est le procédé qu'emploie aussi Wolf.

Procédé de Bergmann. — Il ne diffère du précédent que par une ablation plus large des parois supérieure du conduit et externe de l'attique.

Procédé de Zaufal. — L'auteur a décrit son procédé dans une première communication, en 1890 (1).

Il l'a complétée par une nouvelle communication en 1894 (2). Il pratique le lambeau anguleux dont j'ai déjà parlé, puis opère avec une pince coupant de Luer. Quand il existe des trajets fistuleux, il introduit une des branches dans les trajets et fait ainsi sauter la corticale. Dans les autres cas il décolle les parois postérieure et supérieure du conduit membraneux jusqu'au tympan et fait sauter avec la pince la paroi postéro-supérieure osseuse, ainsi que la paroi externe de l'attique et la corticale. Il en résulte la réunion en une seule de toutes ces cavités diverses.

Procédé de Stacke. — Il mène au-dessus et en arrière du pavillon une incision courbe qui permet de le rabattre en avant. Décollant ensuite le conduit membraneux du squelette jusqu'aux approches de

(1) ZAUFAL, *Kongress des deutschen Aerzte*, 18 avril 1890.

(2) ZAUFAL, *Arch. für Ohrenheilk.*, août 1894.

la membrane du tympan, il l'incise dans sa moitié postérieure pour approcher plus de la membrane tympanique. Il enlève le tympan ou ce qui en reste avec le marteau, puis, introduisant son protecteur recourbé dans l'attique, contre la face profonde du mur de la logette, il fait sauter cette partie du squelette avec une petite gouge. L'encume est enlevée à ce moment. Alors il introduit le protecteur dans l'aditus et fait sauter la paroi externe de l'ancre. Ainsi la caisse, l'aditus et l'ancre ne forment plus qu'une seule cavité en forme de bissac dont la concavité regarde en bas et en avant (fig. 96). Finalement Stacke recouvre les parties évidées au moyen d'un lambeau qu'il détache sur la portion membraneuse décollée du conduit auditif externe. Pour ce faire, il incise cette portion membraneuse, sur son bord supérieur jusqu'au pavillon, puis en descendant sur sa ligne de fusion avec le pavillon. Le lambeau quadrilatéral ainsi libéré est appliqué sur la brèche osseuse. Un point de suture mis en haut suffit à retenir le pavillon en place. Quand l'excavation osseuse est vaste, Stacke renonce à l'apposition de ce lambeau et laisse la plaie se fermer par bourgeonnement. Cette opération a l'avantage de mettre à jour et de nettoyer les diverses cavités qui sont généralement infectées.

Les statistiques montrent les heureux effets de l'ouverture de l'apophyse. La statistique de Schwartze donne 20 p. 100 de mortalité. Celles de Buck et de Poinot indiquent seulement 17 p. 100. Stacke accuse dix-neuf guérisons sur trente-trois interventions conformes à son procédé.

VIII

MALADIES DE L'OREILLE INTERNE

La nosologie de l'oreille interne, ou labyrinthe, est formée d'un ensemble d'affections assez disparates, dont le classement ne semble pas définitif (1). L'anatomie pathologique n'a pas, en effet, dit ici son

(1) MOOS, Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica. Heidelberg, 1881, p. 14. — ROOSA et KIRCHNER, *Sitzungsb. der Würzb. physik. med. Gesellschaft*, 1881. — POLITZER, Sur les affections du labyrinthe. Soc. imp. et royale de Vienne (*Sem. méd.*, 1885, p. 26). — BAGINSKI, Du syndrome de Ménière (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1885, n° 5). — BOUCHERON, Contr. à l'ét. de l'otopérisis (*Acad. des sciences*, 6 juillet 1885). — BARATOUX, Altérations de l'or. int. dans la syphilis héréd. (*Progrès méd.*, 29 octobre 1887). — MOOS, Modif. histol. du labyr. dans quelques mal. infect. (*Arch. für Augen. und Ohrenh.*, Bd. V, p. 221). — GRADENIGO, Les maladies du nerf acoustique (*Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXVII, Heft 2 et 3). — GRADENIGO, Les névrites de l'acoustique par méningites (*Congrès de Berlin*, 1890). — STEINBRUGGE, Anat. pathol. du labyr. (*Congrès de Berlin*, 1890). — PEUGNIEZ et C. FOURNIER, Le vertige de Ménière et l'émotivité (*Revue de méd.*, nov. 1890). — URBANTSCHITSCH, *Arch. für Ohrenh.*, Bd. XVI, p. 185. — MOOS, *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Bd. IX, p. 97. — OWEN POMEROY, *New York med. Journ.*, vol. I, 1891, p. 716. —

dernier mot et nous sommes obligés de grouper par approximation seulement les types divers dont nous donnons la description.

Les affections du labyrinthe peuvent être réparties en : 1° *troubles circulatoires*; nous y rattacherons la maladie de Ménière; 2° *affections inflammatoires*; 3° *altérations syphilitiques*; 4° *maladies du nerf acoustique* qui comprendront ses néoplasmes.

Les lésions traumatiques seront étudiées dans un chapitre d'ensemble sur les traumatismes de l'oreille.

I. Troubles circulatoires. — 1° ANÉMIE DU LABYRINTHE. — Toutes les conditions qui amoindrissent la circulation sanguine dans l'oreille interne peuvent déterminer des troubles spéciaux. Parmi les principales, je rappellerai la chloro-anémie, l'affaiblissement qui survient après les maladies graves, la syncope, les hémorragies abondantes. Urbantschitsch a communiqué l'observation d'une cophose bilatérale à la suite d'une épistaxis prolongée. Des cécités ont été observées dans les mêmes circonstances.

Le sujet qui est dans ces conditions entend des bruits anormaux, a des vertiges et devient sourd. Mais il suffit qu'il congestionne son labyrinthe en se couchant ou en faisant un effort pour que l'ouïe revienne. Tel ce malade d'Abercrombie qui n'était sourd que dans la station verticale. Lermoyez a communiqué, en 1896, à la Société française d'otologie l'intéressante observation d'un malade chez lequel les troubles cessaient par l'inhalation de cinq ou six gouttes de nitrite d'amyle, dont l'action est vaso-dilatatrice. Comme cet agent augmenterait au contraire les troubles similaires dus à l'hyperhémie labyrinthique, Lermoyez propose, en cas de doute, de recourir à cette éprouvée du nitrite d'amyle.

On guérit les troubles labyrinthiques par le traitement de l'affection causale, par les ferrugineux, l'absorption de l'oxygène, les séjours d'altitude. Lermoyez a pu guérir son malade en ayant recours à l'action vaso-dilatatrice persistante de la trinitrine. La formule de Huchard est recommandée :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100..... XXX gouttes.
Eau distillée..... 300 grammes.

dont le malade prendra chaque jour de trois cuillerées à dessert à trois cuillerées à potage, pendant une vingtaine de jours tous les mois.

2° HYPERHÉMIE DU LABYRINTHE. — Les bruits d'oreille, les maux de tête, les vertiges et la surdité surviennent dans l'hyperhémie, comme dans l'anémie, mais il s'y ajoute cette particularité que la membrane

TSARYROGLOUS, *Monatschr. für Ohrenh.*, n° 11, nov. 1892. — ROMEO MONGARDI, *Bolletino delle mal. dell'orecchio*, n° 2, 2 février 1892. — LERMOYEZ, *Otol. rhinol. laryng.* à Vienne. Paris, 1894. — E. MÉNIÈRE, *Otol. clin.* Paris, 1895. — LERMOYEZ, *Soc. fr. d'otol.*, 5 mai 1896. — GELLÉ, *Traitement du vertige labyrinth.* (Rapport à la *Soc. fr. d'otol.*, 1896).

tympanique se montre hyperhémisée surtout au niveau du marteau. La douche d'air aggrave les symptômes auriculaires (Schwartz). Les causes en sont assez nombreuses. D'abord toutes les congestions céphaliques, celles de la scarlatine et de la fièvre typhoïde, puis les diverses otites moyennes, les troubles vaso-moteurs des hystériques lorsque, d'après Hartmann, l'action constrictive du grand sympathique s'affaiblit. Les troubles auditifs qui surviennent après l'emploi de la quinine ou du salicylate de soude, comme dans les ivresses alcoolique, chloroformique, sont bien attribuables à la congestion de l'oreille interne, puisque Roosa et Kirchner, ayant administré à des animaux des doses excessives de quinine et d'acide salicylique, ont constaté un état apoplectique de la membrane tympanique et des oreilles moyenne et interne.

Les principaux moyens thérapeutiques sont l'application de sangsues à la région mastoïdienne, la dérivation intestinale par les purgatifs salins, les courants électriques continus ou induits sur la portion cervicale du grand sympathique.

3° HÉMORRAGIES DU LABYRINTHE. — Les traumatismes de l'oreille, et notamment les fractures du rocher, peuvent être cause d'un épanchement sanguin dans le labyrinthe. Une commotion céphalique ou simplement un bruit violent peuvent produire le même résultat (Moos). Les diverses inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille déterminent aussi parfois des hémorragies labyrinthiques. Hartmann cite le cas d'un jeune sourd-muet qui avait été frappé d'hémorragie du labyrinthe dans un accès de toux de coqueluche. Enfin Moos a bien établi, par ses recherches microscopiques, que les troubles auditifs de la pachyméningite hémorragique étaient attribuables à des épanchements de sang dans l'oreille interne qui y auraient pénétré par diapédèse.

La *symptomatologie* est en rapport avec la quantité de sang épanché. Le labyrinthe est-il rempli? Des bruits d'oreille et des vertiges intenses éclatent laissant après eux une surdité prononcée ou même une cophose absolue et souvent définitive. Les désordres sont moins graves si l'épanchement du sang est peu abondant.

Le *traitement* de l'affection causale, le repos absolu, l'application de vessies de glace sur la région sont les moyens les plus utiles.

MALADIE DE MÉNIÈRE. — J'étudie cette affection particulière après les hémorragies labyrinthiques, puisque Ménière l'envisageait comme telle. Nous verrons, au cours de la description, que ce complexe symptomatique n'appartient pas exclusivement aux hémorragies du labyrinthe.

En 1861, Paul Ménière donnait à la *Gazette médicale de Paris* une étude importante sur « Les lésions de l'oreille interne occasionnant les symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme ».

L'attention une fois appelée sur cette maladie, des travaux nombreux ont surgi qui tendent à en faire l'expression clinique d'otopathies assez diverses.

La maladie ou vertige de Ménière force l'attention par ses caractères révélateurs.

Tableau symptomatique. — Dans le cours d'une santé parfaite le malade entend une sorte de détonation, ou des bourdonnements éclatent en même temps que des vertiges, des nausées et même des vomissements. Le visage pâlit et le malade tombe comme une masse, sans connaissance, ou tourne sur lui-même. Cette attaque dure quelques minutes, ou peut se prolonger pendant des heures. Le malade en sort abasourdi et assourdi. Cette surdité porte sur l'ensemble du champ auditif ou seulement sur une partie. La perception des sons aigus peut uniquement disparaître, ou ce seront les sons du médium, ou encore les notes graves. Quelquefois même, deux ou trois notes ont seules disparu. Ces attaques vont se répétant à intervalles, et le malade en sort de plus en plus sourd.

Telle est, dans ses traits principaux et groupés, l'attaque de la maladie de Ménière, mais il est des formes incomplètes, frustes, très embarrassantes pour le diagnostic, comme nous allons voir plus loin. Les variations du tableau clinique permettent de distinguer : 1° la forme apoplectique type ; 2° les formes légères incomplètes ; 3° les formes chroniques (Tsakyroglous). D'ailleurs des symptômes insolites peuvent se produire. C'est ainsi que Tsakyroglous dit avoir vu deux fois des secousses musculaires dans le bras et la moitié correspondante de la figure, pendant l'accès. Dans les formes incomplètes, la démarche du malade est assez significative. Il craint de tomber, pour peu qu'il regarde latéralement. C'est vers le côté malade qu'il penche et c'est la main correspondante qui s'appuie, sur une canne.

Guye a signalé au Congrès d'Amsterdam, en 1879, l'écriture tremblée de quelques sujets atteints de la maladie de Ménière.

Anatomie et physiologie pathologiques. — A quels désordres dans les cavités otiques répond ce complexe ? L'otologie n'est pas en mesure encore de répondre définitivement à la question. La cause de ce desideratum est surtout dans la difficulté et la rareté des examens nécroscopiques. Dans l'autopsie qui servit de base à son remarquable travail, Ménière trouva du sang dans les canaux demi-circulaires et dans le vestibule, mais le limaçon était indemne. On était encore sous l'impression des belles recherches de Flourens sur les canaux demi-circulaires (1842). Ce physiologiste a démontré, par les expériences, que si l'on détruit le canal demi-circulaire horizontal, l'animal exécute des mouvements rotatoires ; si c'est le canal demi-circulaire vertical, les mouvements se produisent verticalement de haut en bas. Quand les trois canaux sont brisés, lacérés, tous les

mouvements s'emmêlent et l'animal est pris de vertiges. Dans les expériences de Flourens, si le limaçon était seul détruit, la surdité se produisait, mais non la déséquilibration.

La description de Ménière, arrivant après les expériences de Flourens, a fait admettre pour pathogénie de cette affection singulière l'idée d'exsudations brusques dans l'oreille interne ; mais depuis, Moos, Lucae, ont trouvé des labyrinthes remplis de sang ou de sérosité sans que, pendant la vie, les sujets eussent présenté le complexe de Ménière. Actuellement on sait que le vertige s'observe dans un bon nombre d'affections que nous allons énumérer à l'étiologie, sans qu'il soit possible d'indiquer le lien pathogénique qui les rapproche, si tant est qu'il existe.

Étiologie. — On voit figurer dans cette partie de la question des circonstances causales diverses, à ce point qu'il est difficile de les présenter dans un ordre méthodique.

Traumatismes graves (commotion cérébrale, fractures du rocher), coups de froid, ou insulations, efforts de l'accouchement, otite moyenne dans toutes ses variétés aiguës et chroniques, suppurées ou non, polypes de la caisse, influenza, fièvre typhoïde, syphilis tertiaire, méningites de la base, tumeurs du cerveau et du cervelet (O. Wolf), ataxie locomotrice (Gottstein), artério-sclérose, leucémie (E. Ménière). Mais des conditions plus simples peuvent avoir un effet semblable. Ainsi Læwenberg signale quelques cas de vertige de Ménière dans des efforts brusques pour se moucher ou dans le sondage des trompes d'Eustache. Les diverses interventions de la chirurgie tympanique ont pu déchaîner les troubles graves du vertige auriculaire.

Diagnostic. — Avant tout il faut ne pas confondre la maladie de Ménière proprement dite avec le syndrome de Ménière, qu'on rencontre dans nombre d'otopathies et qui est constitué par des bruits subjectifs violents, du vertige, des troubles de l'équilibre, des vomissements, de la surdité. Or cette différenciation n'est pas toujours facile. C'est en constatant la cause du syndrome (bouchon de cérumen, etc.) qu'on y parvient. Le diagnostic n'est pas difficile quand le complexe morbide est au complet ou à peu près, et quand l'examen de l'appareil auditif y montre des altérations de l'oreille moyenne ou interne.

L'examen attentivement porté sur ces deux côtés, permettra généralement de différencier le vertige *ab aure* de celui des affections stomachales, cérébrales, spinales, oculaires. Charcot nous a laissé dans ses *Leçons* un magistral parallèle différentiel des vertiges auriculaire et stomacal. La neurasthénie prend parfois les apparences d'un vertige de Ménière. La congestion apoplectiforme se distingue de la maladie de Ménière par les phénomènes de paralysie.

Pronostic. — La gravité des cas dépend de la cause. D'une façon

générale, le pronostic est sombre, bien que quelques cas puissent être très améliorés et même guéris. Mais l'audition reste plus ou moins compromise. Les malades tombent à la longue dans un état d'excitabilité nerveuse que Gellé a heureusement dénommée *labyrinthisme*.

Traitement. — Le premier à essayer, si l'examen n'a rien révélé sur quoi l'on pourrait agir directement, c'est le traitement, dit de *Charcot*, par le sulfate de quinine. Le malade en prend pendant quinze jours d'abord aux doses de 60 centigrammes à 1 gramme par jour, pris en deux ou trois fois au moment des repas; il supprime le médicament pendant huit jours, pour le reprendre encore pendant quinze jours, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il soit délivré de son mal. C'est ce qui arrive souvent après quatre ou cinq reprises de la médication. La dose de quinine doit être suffisante pour provoquer des bourdonnements d'oreille. Le bromhydrate de quinine, plus employé dans ces dernières années, et le valérianate ne m'ont pas paru préférables au sulfate. Il ne faut pas aller aux doses fortes qui risqueraient d'amener une rechute en congestionnant le labyrinthe. Aux doses habituelles, le sulfate de quinine agit comme anesthésique et anti-congestif, ainsi que l'ont établi les expériences de Laborde. Nos soldats coloniaux combattent les bourdonnements du traitement en bourrant leurs conduits auditifs d'ouate. (Gentil.)

Si ce traitement pour ainsi dire classique n'a pas amené de résultat, on a le choix entre diverses médications qui ont pu donner des succès : injections sous-cutanées de pilocarpine, selon la méthode de Politzer (5 gouttes par jour d'une solution aqueuse à 2 p. 100); salol en potion, antipyrine, bromure de potassium. Romeo Mongardi donne ce dernier médicament à la dose de trois grammes par jour, en l'associant au valérianate de fer. D'après lui, cette médication améliorerait rapidement l'ouïe, ferait disparaître le vertige et la titubation. Le salicylate de soude (aux doses de 3, 4 à 6 grammes) est un utile succédané de la quinine.

L'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes par jour, est recommandé par Politzer qui use aussi du traitement quinique. C'est dans la forme apoplectique notamment que réussit l'iodure. Il met en garde contre les douches d'air par les trompes, qui peuvent aggraver le cas.

Gruber conseille :

Teinture de noix vomique.....	1 gr, 50
Teinture d'arnica.....	15 grammes.

Six à dix gouttes par jour.

Pour peu qu'il y ait des soupçons d'antécédents syphilitiques, traitement intensif par le mercure et l'iodure.

L'électrisation de l'oreille ou du grand sympathique cervical, le massage avec l'instrumentation spéciale ne sont pas à dédaigner.

Pendant l'accès, le malade doit être garanti contre la chute. Il ne doit pas sortir seul, le bruit des voitures l'attirerait sous les roues. Contre l'état demi-syncopal on emploiera quelques gorgées d'eau chloroformée. On n'oubliera pas les indications chirurgicales fournies par l'examen de l'oreille : paracentèse ou ablation de la membrane tympanique, des osselets, mobilisation ou ablation de l'étrier, section des muscles du marteau et de l'étrier, etc.

Remédier dans la mesure du possible aux lésions constatées, d'abord la quinine, puis la série des médicaments ci-dessus choisis d'après la considération du malade, telle est la ligne de conduite à suivre.

II. Affections inflammatoires. — 1° **Labyrinthites aiguës.** — On a cité quelques cas d'inflammation primitive de l'oreille interne, mais le plus souvent il s'agit d'infections propagées des méninges ou de l'oreille moyenne. Deux autopsies pratiquées (Politzer, Schwartze), se rapportent à ces labyrinthites aiguës primitives. Voltolini expliquait par une inflammation aiguë et primitive du labyrinthe, ces cophoses qui se montrent rapidement chez des enfants avec l'appareil symptomatique d'une méningite (*otite labyrinthique de Voltolini*). Un enfant, bien portant jusqu'alors, tombe brusquement malade vers l'âge de deux ou trois ans. Il a de la fièvre, des convulsions, du délire, ou du coma. Ces symptômes rétrocedent rapidement, mais l'enfant conserve une cophose bilatérale incurable, avec des vertiges et de la titubation qui finissent par disparaître. Quelques-uns restent aphasiques ou idiots. L'épilepsie a été notée à la suite de ces otites. Phénomènes de méningite puis cophose, telle est, en somme, l'otite de Voltolini. Or, aujourd'hui, la plupart des auteurs admettent qu'il s'agit plutôt, en ces cas, de labyrinthites consécutives à des méningites simples ou cérébro-spinales. Sur quarante-trois cas de méningite cérébro-spinale épidémique, Moos a vu la surdité se produire tôt ou tard. Il est vraisemblable que l'inflammation se propage le long du périnèvre du nerf acoustique (névrite descendante). L'infection peut encore arriver au labyrinthe par les aqueducs. Une autopsie de Lucae donne encore à penser que l'inflammation peut suivre les tractus vasculaires qui, de la dure-mère, se rendent au tissu spongieux entourant la capsule labyrinthique.

Les divers exanthèmes, la fièvre typhoïde, les oreillons se compliquent quelquefois d'otites internes aiguës secondaires.

La labyrinthite aiguë peut encore être secondaire à une otite moyenne. Le pus passe par les fenêtres ou à travers une carie de la paroi labyrinthique.

Le pronostic est des plus graves, surtout au point de vue de la fonction. Dans l'otite de Voltolini, la cophose est bilatérale.

Le traitement consiste d'abord dans l'application de vessies de glace, les émissions sanguines locales, les préparations mercurielles,

la dérivation intestinale. En cas d'insuccès, on aura recours aux injections sous-cutanées de pilocarpine, préconisées par Politzer. Chaque jour on pratique une injection de cinq gouttes en moyenne d'une solution à 2 p. 100. La dose nécessaire pour amener la sudation varie beaucoup avec les divers malades. La pilocarpine est contre-indiquée dans les affections du myocarde.

2° **Labyrinthites chroniques.** — Les autopsies d'oreille, qui se publient de plus en plus nombreuses, ont signalé dans le labyrinthe des altérations assez diverses, mais qu'il est logique de rattacher à un processus inflammatoire chronique : épaisissements du labyrinthe membraneux, ses transformations fibro-scléreuse, dégénérescence graisseuse ou amyloïde, un développement excessif des vaisseaux, des accumulations de calcaire ou de dépôts pigmentaires, enfin des modifications du liquide labyrinthique. Moos et Steinbrügger ont rencontré l'atrophie scléreuse du premier tour de spire du limaçon. Chez les chaudronniers, Habermann a vu l'atrophie de la lame spirale. Toutes les professions à marteau exposent à ces altérations labyrinthiques.

Boucheron a décrit, sous le nom d'*otopiésis*, les effets de l'augmentation de pression dans le labyrinthe.

Ces lésions s'accusent par la triade symptomatique plus ou moins complète et plus ou moins compliquée (bruits entotiques musicaux, surdité, vertiges).

Ces labyrinthites chroniques coïncident parfois avec des rétinites pigmentaires. En ces cas, si la rétinite et la labyrinthite sont unilatérales, elles occupent le même côté. De la débilité intellectuelle s'ajoute souvent à ce complexus oto-ophthalmique. La combinaison de ces deux affections peut atteindre la famille, sinon l'individu. C'est ainsi que les malades atteints de rétinite pigmentaire ont souvent des ascendants ou collatéraux sourds-muets et *vice versa*. Graefe a mentionné le cas d'une famille où, sur cinq enfants, trois étaient atteints de rétinite pigmentaire et sourds-muets. Chez quelques-uns de ces malades affectés de rétinite, Hartmann a noté, avec le diapason-vertex, une diminution de la durée de l'audition pour les deux perceptions (aérienne et osseuse). Lucae a constaté un affaiblissement de la perception des sons élevés.

Diagnostic. — Le diagnostic des surdités labyrinthiques se pose :

1° En excluant, par l'examen direct et spécial, les altérations de l'oreille moyenne ;

2° Par l'affaiblissement ou la diminution de la perception des sons au diapason-vertex ;

3° Par l'insensibilité auditive de l'oreille sous un fort courant électrique (Moos) ;

4° Enfin, lorsque la surdité existe seulement pour quelques sons, on est en droit de conclure qu'elle a pour siège l'oreille interne.

Traitement. — La thérapeutique restera presque désarmée, tant que le labyrinthe sera inaccessible à nos moyens directs d'action, chirurgicaux ou autres. Nous n'avons d'autres ressources que la révulsion mastoïdienne (vésicatoires, pointes de feu, teinture d'iode, pomades irritantes de Fioravanti, etc.), la dérivation intestinale et l'administration à l'intérieur des iodures. Le traitement de Politzer, par des injections sous-cutanées, a donné quelques résultats encourageants.

III. Syphilis du labyrinthe. — Les manifestations syphilitiques du labyrinthe apparaissent surtout à la période secondaire. Les otopathies antérieures, otorrhées tarries, etc., sont une cause puissante d'appel. Le processus est scléreux comme dans beaucoup d'autres organes.

La surdité est le plus souvent bilatérale. L'épreuve de Rinne reste positive (diapason mieux entendu et plus longtemps, par le conduit auditif que sur l'apophyse mastoïde ou la région temporale). On doit soupçonner la syphilis toutes les fois que la surdité ne s'explique pas autrement.

L'évolution est rapide et d'un pronostic grave.

Comme *traitement* : les frictions mercurielles ou les injections de calomel, l'iode de potassium à hautes doses (5 ou 6 grammes par jour) ; Buck a donné jusqu'à 30 grammes. Y joindre les bains sulfureux deux fois par semaine. Il y a quelques cas de guérisons.

La syphilis héréditaire se montre principalement entre les âges de dix et vingt ans, surtout chez les filles. On la reconnaît à la triade d'Hutchinson (dents cuspidées, surdité, kératite interstitielle). Cette dernière est la plus habituelle manifestation de la triade.

IV. Maladies du nerf acoustique. — Parmi les plus importantes, on doit signaler :

a. Les *névrites*, consécutives le plus souvent à des méningites ou des labyrinthites.

b. L'*atrophie*. On l'observe dans les cas où des inflammations de voisinage ou des tumeurs compriment son tronc. Les lésions siégeant à ses deux extrémités (périphérique, centrale) réalisent le même résultat. Le nerf subit la dégénérescence graisseuse.

Boettcher et Moos y ont même trouvé des transformations calcaires. Politzer a signalé la dégénérescence amyloïde de la columelle du limaçon.

c. Les *tumeurs* signalées sur l'acoustique sont : des gommés, des fibromes, des névromes, des sarcomes. Virchow a vu un psammome qui, parti de la dure-mère, avait pénétré dans le conduit auditif interne et détruit les nerfs facial et acoustique. D'après cet auteur, le nerf auditif serait, de toutes les paires crâniennes, la plus souvent atteinte de tumeurs malignes.