

révèle par aucun signe évident, si l'on observe seulement une tachycardie assez légère, comment savoir s'il existe une maladie de Basedow de forme fruste, et si le tremblement en dépend? Toutefois, si les agents esthésiogènes se montraient capables de modifier ce tremblement, c'est l'hystérie qu'il faudrait incriminer.

Le *tremblement héréditaire* n'a été étudié que dans ces dernières années. M. Fernet, en 1872, en avait admis l'existence. Charcot (*Leçons du mardi*) en avait relaté un cas; MM. Debove et Renault<sup>1</sup> les premiers en France, en décrivirent avec détail les principaux caractères. Enfin M. Raymond<sup>2</sup> publia sur le même sujet un article où il signala et utilisa des documents intéressants empruntés à la littérature étrangère.

MM. Debove et Renault résument ainsi qu'il suit les caractères de cette affection: « Il existe un tremblement héréditaire qui se transmet aussi bien dans la ligne paternelle, et n'atteint pas nécessairement tous les membres d'une même famille. » Il apparaît dès l'enfance, et devient souvent manifeste au moment où le sujet apprend à écrire. « C'est un tremblement à oscillations rapides, nul au repos complet, très net quand les sujets étendent la main; il persiste sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels. Il peut occuper les membres, les paupières, les lèvres, la langue; il a pour siège de prédilection les membres supérieurs. » Il dure toute la vie. M. Raymond, se fondant sur un cas personnel et sur les observations publiées, montre que ces traits distinctifs ne sont pas tout à fait constants. C'est ainsi que le tremblement héréditaire peut exister au repos presque absolu, adopter un rythme lent, être exagéré dans une certaine mesure par les mouvements volontaires, affecter la tête à la façon du tremblement sénile, dont il se rapproche beaucoup d'après Charcot. Il peut même revêtir des formes assez différentes chez plusieurs membres d'une seule famille (Nasy). Ainsi, le caractère familial de l'affection serait l'unique particularité incontestablement commune à tous les cas de tremblement héréditaire. En attendant que des observations nouvelles permettent de connaître la fréquence relative des autres caractères, celui-là permet encore d'établir le diagnostic, en l'absence de toute cause connue de tremblement acquis.

**Pathogénie.** — La pathogénie du tremblement n'est pas établie. Spring explique ce symptôme par des altérations de la *fibres musculaire*, ou par une modification des vaisseaux, ou enfin par une altération du sang qui retentirait directement sur la fibre contractile. Cette théorie est invraisemblable.

1. DEBOVE et J. RENAULT (*Soc. méd. des hôp.*, 3 juillet 1891).

2. RAYMOND (*Bull. méd.*, 1892, p. 205). — Voir cet article pour les indications bibliographiques.

On a invoqué une exagération de la tonicité musculaire, due à l'excitation directe ou réflexe des *centres moteurs médullaires*. Mais, sans parler des autres objections, il faudrait expliquer alors des intermittences dans l'intensité du tonus musculaire, ce qu'on ne fait point. On peut bien accepter cette interprétation pour le tremblement épileptoïde: le tiraillement des extenseurs entraînerait leur contraction; dès lors les fléchisseurs sont tirillés, ils se contractent à leur tour; les extenseurs, tirillés à nouveau, réagissent, et ainsi de suite, de là une série d'oscillations. Mais une semblable explication ne semble pas pouvoir s'adapter à tous les cas de tremblement.

Pour les uns, le tremblement est d'ordre *paralytique*; pour les autres, il est d'ordre *convulsif*. On peut concevoir des théories différentes pour les différentes variétés. Bref, la pathogénie du tremblement demeure un terrain ouvert à la discussion; nous n'insisterons pas sur ce sujet où règne exclusivement l'hypothèse.

L. HALLION.

## VERTIGES

Le *vertige*<sup>1</sup> est un syndrome dont l'élément essentiel est une sensation subjective d'instabilité de notre position dans l'espace, par rapport aux objets environnants.

**Description.** — La description que donne le vertigineux des sensations qu'il éprouve varie un peu suivant le cas. Les objets lui semblent se mouvoir circulairement ou en ligne droite, dans le sens vertical ou dans le sens horizontal; ils s'éloignent ou bien se rapprochent, s'inclinent d'un côté ou de l'autre; le sol se dérobe sous ses pieds ou il oscille comme le pont d'un navire, etc. D'autres fois, ce ne sont pas les objets voisins qui paraissent se déplacer, mais le corps lui-même.

Il suffit parfois que le sujet adopte la position couchée ou assise, pour voir son vertige disparaître; mais le symptôme peut aussi persister et même débiter dans le décubitus. Le lit paraît alors subir des

1. Voir pour les indications bibliographiques l'article *Vertige*, par LEROUX, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

oscillations de roulis ou de tangage, ou pivoter autour d'un axe imaginaire. Bref, le mode de déplacement dont le vertigineux éprouve l'illusion est fort divers.

A ce symptôme s'adjoint toujours, dans une mesure variable, une instinctive angoisse, qui peut aller jusqu'à la défaillance.

Mais la conscience persiste; le malade ne perd pas connaissance. C'est là, d'après Charcot, un caractère absolu du vertige vrai. Aussi n'est-ce que par un abus de langage qu'on a dénommé vertige apoplectique et vertige épileptique des états dans lesquels la conscience s'éclipse. Pourtant, M. Grasset admet une variété avec crises épileptiformes, dans laquelle les sujets perdent connaissance, et qui serait la plus haute et la plus grave expression du vertige<sup>1</sup>.

A côté de ces traits essentiels, il en est d'inconstants. Tels sont les troubles sensitifs: brouillards devant les yeux, coloration imaginaire des objets, bourdonnements d'oreille, etc. En présence de ces symptômes d'ordre auditif ou visuel, il ne faudrait pas prendre pour la cause ce qui n'est qu'une conséquence du vertige lui-même.

Pareille remarque s'applique aux nausées et vomissements, qui ne sont pas rares. Enfin, surtout dans les grands vertiges, la peau se rétracte et se couvre de sueurs froides, comme dans les états lipothymiques les plus marqués.

L'occlusion des yeux augmente ou diminue le vertige, suivant les cas. Cette influence a été étudiée par M. Grasset, qui lui attribue une importance diagnostique assez grande.

Tel est l'accès de vertige. Il comporte des degrés divers d'intensité. Les accès graves peuvent se compliquer de *syncope*, et, d'après M. Grasset, de *crises épileptiformes*.

Eu égard à l'évolution du syndrome, ce dernier auteur distingue le vertige *aigu ou accidentel*, et le vertige *chronique ou habituel*. Celui-ci, dont l'importance clinique est de beaucoup la plus grande, est lui-même, suivant les cas, ou *constant*, ou *prolongé*, ou *fréquent*. Un état vertigineux constant se traduit par une démarche titubante et cérébelleuse (Charcot). Le malade oscille, décrit des zigzags, écartant les jambes pour élargir sa base de sustentation.

Outre ces formes tirées de la marche du syndrome, on en distingue d'autres d'après le caractère des phénomènes (*vertigo titubans, vacillans, gyrans*), ou d'après la cause du vertige (*stomacal, arthritique, etc.*).

Gerlier a donné le nom de *vertige paralysant* à une variété singulière, caractérisée par des troubles de la vision, des parésies momentanées, des douleurs spinales. La *maladie de Gerlier* s'observe

1. GRASSET, *Leçons de clinique médicale*, 1891.

chez les vachers. Est-ce une maladie infectieuse (Gerlier) ou une névrose (Ladame<sup>1</sup>)? On ne le sait.

**Étiologie.** — Le vertige est relativement rare chez l'enfant; cela s'explique en partie par la moindre fréquence, à cet âge, des causes du vertige.

*Vertige physiologique.* — Certaines conditions produisent du vertige chez des sujets d'ailleurs normaux; toutefois elles agissent avec une facilité et une intensité particulières sur les sujets névropathes.

A cette catégorie de vertiges se rattachent le vertige de *rotation*, le vertige des *altitudes*, celui qu'on peut appeler le vertige de *translation* et que provoque la vue d'objets passant avec rapidité dans le champ du regard (vue d'un train en marche, vue d'une grille que l'on côtoie, et dont les barreaux se succèdent avec rapidité dans le champ visuel, etc.); enfin le vertige du *mal de mer*.

*Maladies nerveuses.* — Le vertige s'observe dans la *neurasthénie*, l'*hystérie*; il peut s'associer à la *migraine*; on l'a signalé parmi les symptômes possibles du *goître exophtalmique*.

Beaucoup de *lésions du cerveau* (congestion et anémie, commotion cérébrale, coup de soleil), la *paralysie générale progressive*, mais surtout les lésions du *cervelet* et des pédoncules cérébelleux s'accompagnent de vertige.

Les *maladies de l'oreille* sont les causes les plus fréquentes. En raison de son importance, le *vertigo ab aure læsa*, ou *vertige de Ménière*, fera dans cet ouvrage l'objet d'un chapitre spécial (p. 551). Des troubles de l'appareil moteur extrinsèque (strabisme, nystagmus) ou intrinsèque (asthénopie) de l'œil sont également capables de produire le vertige.

*Maladies de divers appareils.* — M. Grasset attribue à l'*artériosclérose* un rôle des plus importants dans l'étiologie et la pathogénie de ce syndrome. La plupart des *maladies du cœur*, mais surtout l'*insuffisance aortique*, peuvent en être accompagnées.

Le *vertige gastrique*, *vertigo a stomacho læso*, étudié spécialement par Trousseau, et celui que provoquent les vers intestinaux, représentent la contribution du tube digestif à la production du symptôme.

Mentionnons encore le vertige *laryngé*.

D'autres organes ont été accusés de déterminer le vertige par leurs altérations pathologiques, mais leur intervention est rare, douteuse même; nous bornons là notre énumération.

*Maladies générales.* — Citons la *goutte*, la *chlorose*, la *maladie de Bright* (Bonnier), bon nombre de *maladies infectieuses*, parmi

1. LADAME (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1891).

lesquelles nous devons une mention particulière à la *fièvre typhoïde*, à la *grippe* et au *paludisme*; enfin, certaines *intoxications* (alcool, plomb, tabac et autres solanées, quinine, digitale, salicylate de soude, etc.) semblent produire le vertige par action du poison sur les centres nerveux. La dyspepsie agirait par auto-intoxication.

**Pathogénie.** — Un fait est bien établi : la relation entre le vertige et les lésions des canaux semi-circulaires. Du même coup se trouve démontré le rôle joué par ces derniers dans l'équilibration.

Sur les autres points, la pathogénie du vertige demeure obscure. On tend à considérer les canaux semi-circulaires comme les organes périphériques du sens de l'espace; une portion du nerf auditif en représenterait le nerf spécial; dans le bulbe, la protubérance, peut-être dans le cervelet s'en trouveraient les centres. C'est chose certaine que les lésions de ces divers organes peuvent, comme celles des canaux semi-circulaires, s'accompagner de vertige; mais par quel processus, et pourquoi dans tel cas, non dans tel autre? Il y a là des relations à établir, des localisations à préciser. Lorsqu'il s'agit de phénomènes subjectifs comme le vertige, l'expérimentation sur l'animal ne vaut pas les recherches anatomo-cliniques pratiquées chez l'homme, et la physiologie attend de la clinique plus d'éclaircissements qu'elle ne saurait lui en offrir.

Certaines variétés de vertige peuvent être attribuées avec plus ou moins de vraisemblance à des processus particuliers. L'artériosclérose, dont le rôle pathogénique est fort considérable en l'espèce, d'après M. Grasset, provoquerait une véritable claudication intermittente du bulbe, ayant le vertige pour expression. Certains poisons, agissant sur le bulbe, produiraient ce symptôme : ce serait, dans la goutte, l'acide urique (Buzzard); dans la dyspepsie, des toxines d'origine gastrique (Boucharde). Des influences psychiques s'exercent à coup sûr dans les vertiges dits physiologiques; l'idée de mouvement entraîne le mouvement, l'idée de chute, par exemple, tend à passer à l'acte (Charcot).

**Diagnostic.** — Le vertige ne peut guère se confondre avec d'autres syndromes. L'accident qualifié de *vertige épileptique* s'accompagne d'une perte de connaissance qui n'appartient pas au vertige. Il en est de même de la *syncope*. Pourtant la *syncope*, et aussi, d'après M. Grasset, des *phénomènes épileptiformes*, peuvent faire cortège au vertige vrai.

L'*apoplexie*, avec la perte de connaissance qui en est inséparable, et ces sensations vagues, avec obnubilation de la conscience et des sens, auxquelles on applique parfois le nom de *vertige ténébreux*, se distinguent tout aussi aisément du syndrome qui nous occupe.

Certaines attaques d'*hystérie* frustes, avortées, ne doivent pas être prises pour des vertiges.

De semblables méprises sont, en général, faciles à éviter; il faut, en tout cas, se rappeler que les malades qualifient souvent de vertige une obnubilation plus ou moins complète des sens, qui n'a rien de commun avec le vertige véritable.

**DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.** — Le vertige reconnu, quelle est sa cause? Deux cas principaux se présentent : le vertige est aigu ou chronique.

A. *Vertige aigu.* — La cause est aisément découverte quand il s'agit du vertige physiologique. On se souviendra pourtant qu'une prédisposition au vertige est souvent l'indice d'un tempérament névropathique.

De même, lorsque le vertige accompagne une maladie infectieuse aiguë comme la fièvre typhoïde, une intoxication manifeste, une indigestion, etc., le diagnostic est sans difficulté. Il importe seulement d'être en garde contre l'erreur qui consisterait à prendre pour un symptôme de la maladie des vertiges provoqués par un médicament : la quinine par exemple.

Ce symptôme peut se montrer comme un phénomène insolite au cours de certaines affections chroniques, et c'est alors qu'il acquiert une grande importance séméiologique. Ainsi en est-il dans le goitre exophtalmique, dans le tabes, dans les maladies diathésiques. Mais ces affections peuvent aussi déterminer le vertige fréquent, et nous allons, par conséquent, les retrouver tout à l'heure.

B. *Vertige chronique.* — Au premier rang se place le vertige de Ménière. Cette variété sera étudiée à part dans l'article suivant. Disons seulement que chez un malade qui accuse des vertiges, il importe de rechercher d'abord les *lésions auriculaires*.

Si le résultat est négatif, on explore l'*appareil de la vision*; de la diplopie, de l'asthénopie peuvent en effet provoquer le vertige.

On doit toujours évoquer aussi la possibilité d'une *tumeur du cervelet*, hypothèse que confirmeraient une céphalalgie occipitale permanente et des vomissements répétés. Dans les cas précédents, l'état vertigineux peut être continu, avec des exacerbations, ou procéder par crises plus ou moins fréquentes.

D'autres maladies nerveuses peuvent tenir le vertige sous leur dépendance. S'agit-il d'une *sclérose en plaques*, le nystagmus, l'exagération des réflexes et surtout le tremblement spécial la feront reconnaître. S'agit-il du *tabes*, les réflexes sont abolis, on constate le signe d'Argyll Robertson, on note des troubles spéciaux de la démarche et le signe de Romberg, etc. Dans cette affection, le vertige peut être lié à des crises laryngées (vertige laryngé).

Dans la *maladie de Basedow*, la nature du vertige se reconnaît par l'ensemble symptomatique auquel ce phénomène se trouve associé.

Chez un sujet *hystérique*, en l'absence de toute autre cause appréciable de vertige, on attribuera ce symptôme à la névrose.

On se comportera de même en présence de vertiges survenant chez un *neurasthénique*. Dans ce dernier cas, les vertiges surviennent volontiers à jeun et disparaissent après le repas.

Le *vertige gastrique* montre des tendances inverses; il se manifeste plutôt à une période avancée de la digestion. Les nausées, les vomissements accompagnant le vertige ne démontrent nullement une origine gastrique; toutefois ces accidents sont plus fréquents dans le vertige stomacal que dans les autres variétés.

Chez un malade *goutteux*, ou *rhumatisant*, ou *diabétique*, on pourra rapporter le vertige à la diathèse, lorsque toute autre cause apparente fera défaut. On doit également songer au *mal de Bright* et examiner les urines (Bonnier).

L'*artério-sclérose* doit être fréquemment incriminée, d'après M. Grasset. C'est à ce processus que, suivant cet auteur, on devrait rapporter le vertige arthritique, celui de l'intoxication lente par le tabac ou par l'alcool, et même celui d'un certain nombre d'affections cérébrales et cérébro-spinales, telles que la sclérose en plaques, le tabes, etc. Le vertige des artério-scléreux peut revêtir tous les degrés d'intensité, et M. Grasset en décrit trois types: vertige simple, vertige avec attaque épileptiforme, vertige avec pouls lent permanent et crises épileptiformes ou syncopales.

Le même auteur a étudié l'influence de l'occlusion des yeux sur certains vertiges; elle atténue les uns (mal de mer), augmente l'intensité des autres (indigestion); il estime que « ce symptôme, mieux étudié, servira peut-être de base à une classification ultérieure des vertiges ». Jusqu'à présent, sa véritable valeur sémiologique reste mal établie.

**Traitement.** — Il n'y a pas de médication applicable au vertige en général, la notion étiologique fournit seule les indications; nous n'insistons pas.

L. HALLION.

## MALADIE DE MÉNIÈRE

**Définition.** — Sous le nom de *maladie de Ménière*, on doit entendre un syndrome clinique, se caractérisant par des *vertiges*, des *bourdonnements d'oreille*, de la *surdité*, et lié au point de vue anatomo-pathologique à une *hémorragie labyrinthique*. Il faut en distraire toutes les autres altérations de l'ouïe, confondues à tort, dans ces derniers temps, dans une même description, et qui n'ont de commun avec elle que les bruits subjectifs et le vertige.

**Étiologie.** — Les hémorragies labyrinthiques peuvent reconnaître pour causes: 1° un traumatisme sur la région mastoïdienne ou sur l'occiput (fractures du crâne, fissures du rocher); 2° une carie du temporal; 3° des lésions cérébrales provoquant des modifications pathologiques du centre vaso-moteur (méningite, pachyméningite hémorragique, méningite basilaire tuberculeuse, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, oreillons).

Si elles se produisent en pleine santé, sans cause appréciable, on est forcé d'admettre une prédisposition héréditaire ou acquise. On a signalé aussi l'influence du froid humide et intense, de la très forte chaleur, la coexistence du tabes ou de la leucémie. L'hémorragie se fait le plus souvent sur la lame spirale; plus rarement dans les petits sacs du vestibule et les ampoules.

**Symptômes et marche.** — La maladie de Ménière le plus souvent débute brusquement. Un individu, ordinairement robuste, dont l'audition est excellente, est, en pleine santé, frappé d'une perte de connaissance subite. Il revient à lui peu de temps après; mais son visage, d'une pâleur excessive, est baigné d'une sueur froide. Tout lui semble tourner autour de lui; la marche est incertaine et vacillante; le moindre mouvement provoque des nausées et des vomissements. Dans les deux oreilles, plus fréquemment que dans une, le malade accuse des bruits subjectifs violents; il est devenu sourd. C'est le type de la *surdité apoplectiforme* des Allemands. Parfois, la maladie s'établit par poussées successives, aggravant peu à peu la situation. La surdité a commencé. Les vertiges, les bourdonnements, les nausées apparaissent par accès, sans cause appréciable; le malade prévoit alors sa chute et peut l'éviter, en s'appuyant sur les objets qui l'entourent. Puis un jour survient l'attaque apoplectique véritable; et le malade reste dans un *état vertigineux* permanent qui le force au séjour continu au lit (Charcot).