

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).

L'accès est souvent précédé d'une véritable aura : bourdonnement violent, bruit de vapeur, de sifflement. Les nausées et les vomissements ne se produisent pas toujours après. La surdité augmente à chaque nouvelle attaque. L'intelligence persiste et le malade a parfaitement notion des mouvements auxquels il ne peut résister.

Les accès se reproduisent d'une façon indéterminée, parfois à intervalles très rapprochés (plusieurs dans le même jour), d'autres fois à des mois ou des années de distance. L'intensité en est de même variable.

A l'examen de l'oreille, le tympan est normal; on ne trouve aucun trouble du côté de la trompe d'Eustache. Cependant l'audition est tout à fait abolie ou diminuée au point que le malade n'entend plus que les sons très forts et seulement dans le voisinage de l'oreille. La perception de la montre et de l'acoumètre est nulle par les os de la tête; si l'affection est bilatérale, le diapason sur le crâne n'est pas perçu ou seulement d'une façon très indistincte. L'affection est-elle unilatérale, le diapason n'est perçu que du côté normal.

Selon que l'affection est plus ou moins intense, la **marche** est variable. Parmi les symptômes de début que nous avons énumérés, la perte de connaissance et les vomissements disparaissent rapidement; l'état syncopal qui accompagne la première attaque se manifeste de moins en moins dans les attaques suivantes. Les vomissements, sous la dépendance plus étroite des vertiges, se renouvellent plus souvent.

Les vertiges persistent avec les bourdonnements; ils ne disparaissent qu'après des semaines ou des mois, s'il n'y a pas de rechute après la première attaque. Ils se manifestent surtout au moment des crises, sinon dans leurs intervalles, mais pouvant parfois forcer le malade à ne pas quitter le lit. Le malade ne peut marcher qu'appuyé sur une canne ou soutenu par une autre personne, soit que le corps soit entraîné du côté de l'oreille malade ou que le malade tourne sur lui-même. Le malade voit tout tourner autour de lui et ne peut échapper à cette pénible sensation qu'en fermant les yeux.

« Les troubles de l'équilibre sont surtout frappants dans l'obscurité et dans la marche les yeux fermés; ici même dans les cas les plus légers, il se produit une incertitude dans la marche comme on ne l'observe que dans l'ataxie d'un degré élevé » (Politzer).

L'écriture, au début de la maladie, est modifiée; elle est tremblée, comme chez les vieillards, et ne reprend son caractère normal qu'avec la diminution des vertiges. Il peut y avoir aussi des troubles psychiques: paresse de la pensée, diminution de la mémoire.

Les bourdonnements diminuent parfois de violence, mais ne disparaissent pas complètement. Ce sont des bruits sonores, musicaux

(sifflets de locomotive, sons de cloche, chants d'oiseaux); très rarement des bruits vasculaires.

Des trois grands symptômes de la maladie de Ménière, la surdité persiste toujours, parfois avec une légère amélioration, à laquelle succède, après une nouvelle attaque, une nouvelle aggravation. Dans certains cas, il y a des lacunes de l'audition, c'est-à-dire une surdité partielle pour quelques groupes de sons. Le plus souvent cette surdité est totale.

Que le début soit brusque ou insidieux, le **pronostic** de la maladie de Ménière est toujours des plus défavorables. La mort peut survenir après un ou plusieurs accès; en tout cas la surdité demeure sans espoir d'amélioration possible, sinon dans les cas récents.

Diagnostic. — Le diagnostic positif de la maladie de Ménière ne doit s'établir que si les trois symptômes, *surdité, bourdonnements, vertiges* se trouvent réunis et surviennent chez un individu bien portant, à audition normale, dans une attaque apoplectiforme sans autres phénomènes de paralysie. L'examen de l'appareil auditif doit faire constater que le tympan est normal et la trompe d'Eustache libre.

Dans ce cas en effet, comme le démontre Ménière, on ne peut admettre une affection cérébrale, puisque, en dehors de l'appareil auditif, les autres régions nerveuses ne sont pas atteintes. D'ailleurs nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec les vertiges d'origine autre que l'origine auriculaire (vertige stomacal, vertige épileptique, vertige par lésion cérébelleuse). Ce diagnostic est traité ailleurs.

Mais, le vertige étant bien nettement d'origine auriculaire, à quelles lésions de l'oreille faut-il le rattacher?

Est-ce à une lésion du labyrinthe ou bien à une lésion du conduit ou de l'oreille moyenne? Le diagnostic ne peut être porté qu'après l'examen approfondi de l'appareil auditif.

Parfois on trouvera dans le *conduit* un bouchon cérumineux dont l'ablation fera disparaître les bourdonnements, la surdité, les vertiges. D'autres fois, on constatera la présence d'une otorrhée ancienne, amenant par des sécrétions accumulées, par des fongosités, la compression du liquide labyrinthien. Si c'est une affection de l'*oreille moyenne* qui débute brusquement avec une surdité intense et les phénomènes violents de la maladie de Ménière, on constatera à l'examen du tympan les signes d'un épanchement dans l'oreille moyenne. « Le diagnostic peut être très délicat après un intervalle de temps prolongé, car les produits de l'inflammation aiguë de la caisse peuvent disparaître sans laisser d'anomalie sur la membrane du tympan ou dans la trompe, et les troubles graves de l'ouïe peuvent être dus à la fixation des osselets produite dans l'intervalle » (Politzer).

Traitement. — Au début, le traitement doit être dirigé contre les symptômes apoplectiformes : glace sur la tête, révulsion derrière les oreilles, frictions sur le corps, sinapismes aux jambes, dérivation intestinale. Il faut recommander aux malades de garder le lit, de tenir la tête un peu haute et d'éviter tout mouvement qui tendrait à faire revenir les vertiges et les vomissements.

A l'intérieur, on donnera la *quinine* et l'*iodure de potassium*. Le sulfate de quinine, préconisé par Charcot, réussit moins bien dans la maladie de Ménière que dans les autres affections auriculaires qui la simulent. Il doit être donné en pilules de 10 centigrammes chacune, à la dose de quatre à six par jour, à intervalles autant que possible égaux. Les premières doses produisent parfois un accroissement des bourdonnements ; puis la sédation se produit. De toutes manières l'emploi doit en être surveillé.

L'iodure de potassium à faible dose réussit assez bien. Nous conseillons, après avoir donné de la quinine pendant les huit ou dix premiers jours, de passer à l'iodure de potassium pendant trois ou quatre semaines ; suspendre alors le traitement et reprendre s'il y a lieu.

On peut aussi utiliser la pommade à l'iodure de potassium (4 grammes pour 30 grammes de vaseline) en frictions sur l'apophyse mastoïde.

Le *traitement local* donne peu de résultats. On ne le commencera que quelque temps après le début des accidents, quand les symptômes irritatifs se seront calmés (deux, trois semaines). On fera le cathétérisme de la trompe d'Eustache et par la sonde on injectera dans la caisse du tympan six ou huit gouttes de solution d'iodure de potassium (2 pour 100). Contre les bourdonnements violents, on pourra injecter de l'éther, du bromure d'éthyle, du chloroforme. Il faut toujours être très prudent, de manière à éviter toute réaction inflammatoire de l'oreille moyenne.

L'*électricité* doit être laissée de côté au début de la maladie. Elle augmente les vertiges et les bourdonnements, on ne la commencera que trois ou quatre semaines après le début. On emploiera d'abord des courants faibles ; et on la cessera, si après quinze ou vingt séances aucune amélioration ne s'est produite.

Enfin, on recommandera les cures thermales (salées ou iodées) et d'altitude.

H. CUVILLIER.

HÉMIPLÉGIE

L'*hémiplegie* est un syndrome et non une entité morbide. L'étude de l'hémiplegie est donc une étude de séméiologie, qui doit, comme toute étude de séméiologie, d'une part, établir les caractères cliniques du syndrome, et, de l'autre, montrer comment du symptôme on remonte à la cause efficiente.

Définition et étude clinique. — L'hémiplegie est l'abolition, d'ailleurs plus ou moins absolue, de la motilité volontaire dans une moitié du corps : face, membre supérieur, membre inférieur d'un même côté. Telle est l'hémiplegie *complète* qui va nous servir de type dans notre description. Nous dirons ensuite qu'il est des *variétés cliniques* où la physionomie de l'hémiplegie, telle que notre définition l'établit, est quelque peu modifiée.

HÉMIPLÉGIE COMPLÈTE. — L'hémiplegie comporte des *symptômes essentiels* : ce sont les phénomènes qui caractérisent l'abolition de la motilité volontaire, ou *phénomènes paralytiques* ; elle comporte en outre des *symptômes de second plan*, non essentiels assurément, mais qui par leur présence ou leur absence, par leurs associations diverses, donnent un cachet spécial aux types cliniques de l'hémiplegie et servent grandement au diagnostic étiologique.

I. Symptômes essentiels ou moteurs. — Ce sont les symptômes de paralysie *flaccide* ou *spasmodique* siégeant à la face, au membre supérieur, aux membres inférieurs.

L'hémiplegie flaccide est d'ordinaire le phénomène initial. La contracture remplace la flaccidité ; elle n'est d'ailleurs nullement constante : l'hémiplegique peut guérir ou succomber sans avoir passé par la phase de contracture ; il peut encore conserver à jamais une hémiplegie flaccide.

A l'étude de la paralysie flaccide ou spasmodique, il faut joindre l'étude des *réflexes* et de l'*électro-motricité*.

a. — La *face* dans l'hémiplegie peut être atteinte en entier, le facial supérieur étant pris comme l'inférieur ; mais la variété qui comporte l'atteinte du facial supérieur étant rare — nous verrons ailleurs quelle est la raison de cette variété — nous n'étudierons que l'hémi-paralysie faciale avec atteinte du seul facial inférieur.

En voici les caractères principaux, d'abord à l'état de paralysie flaccide, puis à l'état spasmodique :

A la face, l'hémiplegie *flaccide* se caractérise simplement par la