

C'est donc bien à Ménière que nous devons de connaître le rapport existant entre les lésions du labyrinthe et les troubles cérébraux qu'avant lui tous les médecins rapportaient à des troubles de l'estomac, à des congestions apoplectiformes, ou encore au début d'affections cérébrales plus graves. En 1861¹, Ménière établissait que les malades affectés d'otite labyrinthique présentaient un ensemble d'accidents réputés cérébraux, tels que vertiges, étourdissements, marche incertaine, tournoiement et chute; accidents qui étaient accompagnés de nausées, de vomissements et parfois d'un état syncopal.

Une observation réitérée des faits de ce genre ne tarda pas à lui démontrer que tous ces accidents, loin de suivre la marche habituelle des affections cérébrales ou du vertige stomacal, se dissipaient après un temps variable pour laisser subsister à leur place une surdité rebelle, le plus souvent irrémédiable.

Dans le travail auquel je fais allusion, Ménière rapportait l'histoire d'une jeune fille qui, étant à l'époque de ses règles, voyagea la nuit, en hiver, sur l'impériale d'une diligence, et éprouva, par suite d'un froid considérable, *une surdité complète et subite*. Reçue dans le service de Chomel, elle avait présenté comme symptômes principaux des vertiges continuels; le moindre effort pour se mouvoir produisait des vomissements, et la mort survint le cinquième jour. L'autopsie démontra que le cerveau, le cervelet et le cordon rachidien étaient absolument exempts de toute altération, mais comme la malade était devenue tout à fait sourde après avoir toujours parfaitement entendu jusqu'au moment de son accident, Ménière enleva les temporaux afin de rechercher avec soin quelle pouvait être la cause de cette surdité complète survenue si rapidement. Les canaux semi-circulaires étaient les seules parties du labyrinthe qui offrirent un état anormal consistant dans la présence d'une lymphe plastique, rougeâtre, remplaçant le liquide de Cotugno.

Dans les observations de Saissy et de Triquet, on trouva à l'examen nécroscopique un semblable épanchement de matière plastique, rougeâtre, et de plus un épaississement de la membrane nerveuse qui tapisse les canaux semi-circulaires. Il est donc permis de supposer que peut-être, dans ces cas, on eût constaté pendant la vie les mêmes symptômes que dans le fait de Ménière, si l'attention eût été éveillée sur ce point.

Plusieurs d'entre vous, messieurs, se rappellent assurément cette femme qui était couchée au n° 25 de la salle Saint-Bernard. Elle était affectée d'une surdité presque complète, et chaque fois que pour l'interroger on parlait un peu trop fort, sa figure exprimait une vive souffrance, et elle

1. P. Ménière, *Sur une forme de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne* (Bulletin de l'Académie de médecine, janvier 1861, t. XXVI, p. 241.)

accusait de grandes douleurs dans la tête, des bruits insupportables dans les oreilles, en même temps qu'elle était prise de vertige, puis elle tenait sa tête entre ses deux mains comme pour se soustraire à tout bruit extérieur. Tout lui semblait tourner autour d'elle, et si, lorsqu'elle était debout, on élevait un peu trop la voix en lui parlant, elle saisissait les barreaux de son lit pour ne pas tomber à terre. Elle nous racontait que depuis longtemps, sans cause appréciable, elle avait été prise de vertiges qui avaient augmenté de jour en jour, à ce point qu'elle ne pouvait plus aller seule dans les rues, parce que le bruit des voitures lui était insupportable et lui donnait le vertige; elle racontait de plus que souvent elle se sentait poussée de *gauche à droite*, et que, sur les trottoirs, elle avait grand soin de prendre toujours la droite dans la crainte de tomber sur la chaussée. La surdité était surtout prononcée du *côté droit* et c'était aussi de ce côté que l'impression du bruit était douloureuse. Souvent la malade avait des nausées et de l'inappétence, bien qu'elle fût absolument sans fièvre et que sa langue n'indiquât aucun embarras gastrique. Il n'y avait point d'amaigrissement notable, jamais il n'y avait eu de troubles dans les sécrétions hépatique et rénale; le flux cataménial était normal. Ces vertiges dépendaient donc d'une affection de l'appareil auditif: les bourdonnements d'oreille presque continuels, la surdité presque complète, l'exaspération des bourdonnements et de la douleur toutes les fois qu'on faisait du bruit près de la malade, témoignaient en faveur de cette opinion. En examinant le conduit auditif externe on voyait que la membrane du tympan était déprimée vers son centre et présentait à ce point un enfoncement que Triquet attribue à la soudure des osselets de l'ouïe, mais cette dépression du tympan qui indiquait une ancienne phlegmasie de l'oreille moyenne n'existait que du côté droit et établissait une contiguïté douloureuse entre la membrane du tympan et la fenêtre ovale.

Chez cette malade il n'y avait jamais eu de perte de connaissance, jamais de convulsions ni de paralysie, l'intelligence était intacte, il n'était donc guère possible de s'arrêter à l'hypothèse d'une lésion cérébrale ou cérébelleuse, la vue était bonne, et jamais il n'y avait eu de strabisme. Mais en rapprochant d'une part les expériences de MM. Flourens, Brown-Séquard et Vulpian sur les canaux semi-circulaires et les conclusions du mémoire de Ménière, et d'autre part les symptômes éprouvés par notre malade, à savoir la surdité, les bourdonnements d'oreille, la propulsion à droite et les vertiges, il était naturel de penser que les canaux semi-circulaires étaient le siège d'une altération qui rendait compte de tous les symptômes que nous avons notés. De plus, la lésion du labyrinthe, bien qu'existait des deux côtés, était plus marquée du côté droit; or, la douleur était plus intense de ce côté, et la propulsion avait lieu de *gauche à droite*.

Les expériences de Flourens¹, confirmées par celles de Brown-Séguard et Vulpian, ont démontré que la lésion simultanée des canaux semi-circulaires de chaque côté donne lieu à des mouvements en avant, en arrière ou de culbute, suivant la disposition des canaux lésés, et que, lorsqu'il n'y a lésion que d'un côté, la propulsion a toujours lieu du côté correspondant à la lésion. L'anatomie pathologique comparée a confirmé les résultats de la physiologie expérimentale. En 1861, MM. Signol et Vulpian communiquaient à la Société de biologie² l'observation d'un coq qui, dans une lutte, avait reçu un violent coup de bec sur la tête; l'animal fut d'abord étourdi; mais bientôt on le vit, la tête penchée en avant, tourner sur lui-même de *gauche à droite* lorsqu'il voulait marcher. Il devint aveugle, et lorsqu'il mourut, six semaines après le début de ces accidents, on constatait une nécrose d'une grande portion du temporal droit: toute la partie de cet os, où siègent les canaux semi-circulaires, était isolée par une membrane de nouvelle formation, et il fut impossible de retrouver trace des canaux semi-circulaires du côté droit.

Si réellement, comme nous le supposons, il existait chez notre malade une lésion des canaux semi-circulaires, la propulsion de gauche à droite trouverait son explication dans la plus grande altération des canaux du côté droit. Quant aux autres symptômes, les vertiges, les douleurs de la tête et les nausées, il suffit pour s'en rendre compte de se rappeler que toute secousse violente, imprimée à la membrane du tympan par un stilet ou par une injection, suffit pour occasionner des bourdonnements d'oreille et des vertiges avec nausées. Il est probable que, dans ces cas, la secousse est transmise à la fenêtre ovale par la chaîne des osselets et de là à l'oreille interne, dont les lésions amènent des vertiges, ainsi que le prouve le fait de la jeune femme dont Ménière a consigné l'observation dans son mémoire.

Nous croyons donc que, chez notre malade, il y avait lésion des canaux semi-circulaires; mais si la physiologie, l'étude clinique et nécroscopique des faits rapportés par Ménière, nous autorisent à accepter cette conclusion quant au siège de la lésion, nous n'avons pu connaître la cause qui avait produit celle-ci. Saissy et Triquet accordent une grande part étiologique à la diathèse rhumatismale; aux constitutions atmosphériques catarrhales; nous avons vu dans le cas de Ménière quelle influence pouvaient avoir le froid et la suppression du flux cataménial. Ici il ne nous était point permis d'invoquer l'action de ces dif-

1. Flourens, *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux*, 2^e édition, 1842, p. 442 et suiv.

2. J. Signol et A. Vulpian, *Note sur un cas de nécrose d'une portion du diploé crânien chez un coq. Altération profonde de l'appareil auditif: phénomènes symptomatiques semblables à ceux que produit la section des canaux semi-circulaires* (*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1861, Paris, 1862, p. 135).

férentes causes, puisque nous n'avons point constaté d'influence rhumatismale et que notre malade n'avait jamais eu de suppression des règles.

A côté de l'observation que je viens de résumer il est à propos de vous en rappeler deux autres: l'une qui appartient au docteur Burggraevé¹, la seconde à M. le docteur Hillairet². Dans le premier de ces faits, à la suite d'un refroidissement, il y avait eu otite interne avec perforation du tympan et écoulement de pus sanguinolent par le produit auditif. Tout à coup l'écoulement se supprima, et alors apparut de l'incertitude dans les mouvements, et plusieurs fois le malade faillit perdre l'équilibre. Bientôt il éprouva des vertiges et était obligé de se tenir au bord de son lit pour ne pas obéir à la tendance à tourner sur lui-même. De plus, sa tête était entraînée violemment de droite à gauche et de gauche à droite; il lui était impossible de marcher, le parquet ne lui paraissait pas solide; il se trouvait comme sur le pont d'un navire agité par un violent roulis; et il avait des nausées, des vomissements, en un mot un véritable mal de mer. — « Quand ma tête était ébranlée, » dit le docteur Burggraevé, car c'est sa propre histoire qu'il raconte, « soit en la tournant brusquement, soit en » me mouchant, mes jambes se dérobaient et je tombais comme terrassé » par la foudre. » Une circonstance digne d'attention, c'est que les extrémités supérieures ne participaient pas au dérèglement des extrémités inférieures, et que pendant toute la durée de la maladie, elles conservèrent toute la précision de leurs mouvements. La tête était parfaitement libre; la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe même, à part un bourdonnement et un sifflement incommodes dans l'oreille malade, n'étaient pas altérés. Ces accidents, nous dit l'auteur, cessèrent en grande partie aussitôt que reparut l'écoulement par l'oreille; mais, pendant plus d'un mois, il y eut une certaine indécision dans les mouvements.

Il est évident que cette observation renferme tous les symptômes que Ménière a rapportés aux lésions du labyrinthe: le vertige avec bourdonnements d'oreille, les nausées, les vomissements, la tendance irrésistible à tourner dans un sens déterminé, étant, je viens de vous le dire, les symptômes caractéristiques des lésions des canaux semi-circulaires.

Le fait communiqué par M. Hillairet à la Société de biologie n'est pas moins intéressant: après un refroidissement qui avait déterminé des douleurs violentes et longtemps persistantes dans les deux oreilles, survint un écoulement purulent de l'oreille droite. A partir du moment où cet

1. *Gazette médicale de Paris*, 1842, et *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1841.

2. Hillairet, *Lésions de l'oreille interne; action réflexe sur le cervelet et les pédoncules* (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, 3^e série, t. III, année 1861, Paris, 1862, p. 148).

écoulement avait eu lieu, les douleurs avaient été moins violentes et beaucoup plus rares; mais bientôt l'inflammation chronique du rocher avait eu pour conséquence la production de bourgeons charnus nombreux qui, sous forme de polype, faisaient saillie dans le conduit auditif externe; puis, ce polype empêchant l'écoulement du pus, les douleurs étaient revenues avec leurs premiers caractères, et de plus étaient survenus des bourdonnements dans l'oreille malade, avec des vertiges, des envies de vomir, de la titubation, de la faiblesse des membres inférieurs et de la tendance à s'incliner et à tourner du côté opposé à celui où l'affection existait. Le malade fut soulagé par l'ablation du polype, qui donna une issue facile à l'écoulement purulent; puis cet écoulement se tarit graduellement sous l'influence d'un traitement local et général, et les phénomènes nerveux cessèrent.

M. Hillairet n'hésita pas à rattacher tous les phénomènes nerveux qu'il avait observés chez son malade à une lésion des canaux semi-circulaires; puis, s'autorisant des expériences physiologiques et du fait si bien analysé de MM. Vulpian et Signol, il conclut que les phénomènes nerveux sont la conséquence probable de la lésion de l'oreille interne.

Tous ces faits bien établis, il nous resterait à rechercher comment les lésions des canaux semi-circulaires produisent des troubles cérébraux, c'est-à-dire les vertiges, la titubation et la tendance irrésistible à tomber ou à tourner dans une direction déterminée. Nous savons que tous ces phénomènes peuvent avoir lieu lorsqu'il y a lésion de certaines parties de l'encéphale; mais il nous faut rejeter, dans les cas que nous analysons, l'hypothèse d'une lésion propagée par continuité de l'oreille interne au cerveau, puisque, d'une part l'étude clinique, et d'autre part les autopsies faites par Ménière, Viricel et M. Vulpian, établissent l'intégrité de la substance cérébrale.

Vous savez, messieurs, la part importante que l'on accorde aujourd'hui à l'action réflexe dans la production des actes physiologiques et morbides; vous savez que la moelle, incitée par un nerf sensitif de la vie animale ou organique, est un centre d'actions réflexes multiples; le cerveau partage aussi cette propriété toutes les fois qu'un nerf crânien de sensibilité générale ou spéciale est excité d'une certaine façon. En effet, une irritation portée sur la branche ophthalmique est réfléchie, sans que nous en ayons conscience, d'une façon spéciale par le cerveau, et la conséquence de cette action réflexe détermine l'écoulement des larmes et l'injection de la conjonctive; de même, lorsque l'action excitatrice porte sur la rétine, vous constatez, en vertu de cette même action réflexe, le clignement des paupières, l'épiphora et la contraction de la pupille. Vous savez encore que l'opération de la cataracte par abaissement détermine des vertiges et des envies de vomir.

Des phénomènes analogues se manifestent lorsque nous éprouvons de

vives douleurs d'oreille. Je pourrais multiplier les exemples de cette action réflexe du cerveau. Qu'il me suffise aujourd'hui de vous faire remarquer que M. Brown-Séguard, dans ses *Leçons sur le système nerveux*¹, a conclu que l'irritation du nerf auditif, de même que celle du nerf optique et de tout nerf sensitif, peut produire, par action réflexe, des convulsions, des vertiges et d'autres symptômes de troubles des fonctions de l'encéphale. Et, comme l'action réflexe peut porter aussi bien sur le système nerveux vaso-moteur que sur le système nerveux sensitif ou moteur, il est permis de supposer que, dans le cas de lésion des canaux semi-circulaires, l'action réflexe agit sur le système vasculaire du cerveau de façon à produire une anémie cérébrale et partant plusieurs des symptômes de cette anémie, c'est-à-dire vertiges et nausées avec sentiment de défaillance, etc.

Cette dernière remarque nous conduit à émettre cette hypothèse, à savoir que le vertige stomacal n'est peut-être que le résultat d'une action réflexe sur la circulation cérébrale, laquelle action réflexe aurait sa cause d'incitation dans l'estomac.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation de ces phénomènes vertigineux liés à une lésion du labyrinthe, ou à des troubles de l'estomac, leur existence est maintenant parfaitement établie; vous pourrez les rapporter, toutes les fois qu'ils seront accompagnés de bourdonnements persistants dans les oreilles, et plus tard de surdité, à une affection de l'organe de l'ouïe.

Messieurs, il arrive encore trop souvent que les vertiges stomacaux, surtout chez les personnes qui approchent de la vieillesse ou qui y sont rarivées, soient le prélude d'accidents cérébraux très-graves, tels que l'hémorragie du cerveau et le ramollissement. Ainsi, aujourd'hui, bien que, dans la très-grande généralité des cas, les formes vertigineuses que je vous ai décrites semblent ne laisser sur le cerveau qu'une impression fugace, et paraissent avoir leur origine dans l'appareil digestif, quoique je n'hésite pas à faire le traitement que je vais indiquer et qui guérit les malades, les uns temporairement, et c'est le plus grand nombre, les autres définitivement, je n'en fais pas moins mes réserves, sachant que, dans quelques cas rares, à un vertige simple succèdent des accidents cérébraux formidables, et trop évidemment dus à une grave lésion de l'encéphale.

Au vertige stomacal appartiennent assurément les phénomènes cérébraux qui accompagnent l'indigestion, l'embarras gastrique, un simple état de plénitude de l'estomac, comme cela arrive après un repas plus copieux que d'habitude, ou même après l'ingestion de plusieurs substances alimentaires.

1. Brown-Séguard, *Lectures on the physiology and pathology of the central nervous system*, p. 195 et suiv.

Ces vertiges, accompagnés de pesanteur, de céphalalgie gravative, de tintements, de bourdonnements d'oreille, ressemblent, bien plus que les précédents, à ceux que l'on regarde comme liés à une congestion cérébrale. Alors même qu'ils sont l'unique indice du malaise de l'estomac, les circonstances dans lesquelles ils se produisent, empêchent de méconnaître leur nature; phénomènes d'ailleurs aussi passagers que la cause dont ils relèvent, ils cèdent avec la plus grande facilité, et, en vérité, il n'est pas nécessaire d'insister davantage sur ce sujet, pas plus que sur le traitement qui convient pour les combattre.

Il n'en est pas de même des accidents dont nous nous occupons plus spécialement ici. Au moment où ils ont lieu, l'ingestion d'une petite quantité d'aliments, du bouillon, un peu de vin généreux et surtout des liqueurs alcooliques et aromatiques, suffiront souvent pour les calmer; mais pour en prévenir le retour, pour guérir la maladie, il faut un traitement qui, s'adressant à un état pathologique plus ou moins ancien, plus ou moins persistant, doit être suivi avec persévérance.

Il est une médication qui m'a rendu de grands services, je la tiens de mon vénéré maître Bretonneau; c'est celle que vous m'avez vu employer chez nos malades, et dans laquelle les préparations amères et les alcalins jouent un rôle important.

Elle consiste dans l'emploi des moyens suivants :

Chaque matin le malade prend une tasse de macération amère faite avec :

Copeaux de bois de quassia amara..... 2 grammes.

qu'on laisse pendant douze heures dans une tasse à thé d'eau froide.

Ou bien la macération s'obtient en laissant séjourner pendant une demi-heure la même quantité d'eau dans un gobelet fait avec ce bois amer.

Après chacun des deux principaux repas, et le soir en se couchant, le malade prend également un paquet de poudre ainsi composée :

℞ Bicarbonate de soude..... 1 gramme.
Craie préparée..... 2 grammes.
Magnésie..... 1 gramme.

Mélez et divisez en trois prises qui sont délayées, au moment d'en faire usage, dans un demi-verre d'eau sucrée.

Ces paquets doivent être pris cinq ou six jours de suite, et l'on y revient huit ou dix jours plus tard. Dans l'intervalle, on donne au malade des eaux minérales naturelles, telles que l'eau de Vichy, de Pougues, de Vals, d'Éms, qui semblent agir surtout par leurs principes alcalins, mais dont la dose ne doit pas être portée à plus de deux verres par jour; ou

bien on a recours aux eaux de Bussang, de Spa, de Schwalbach, qui, empruntant aussi une partie de leur action aux principes alcalins qu'elles contiennent en plus petite quantité, semblent agir surtout par leurs éléments ferrugineux.

Lorsque l'appétit est languissant, les préparations tirées des plantes de la famille des strychnées sont indiquées pour solliciter la sensibilité de la membrane muqueuse gastrique en même temps que la contractilité de l'appareil musculaire de l'estomac. En dehors de l'excitation qu'elles produisent, ces préparations sont d'excellents toniques. Aussi je prescris souvent de prendre au commencement des repas, soit des gouttes amères de Baumé, à la dose d'une, deux d'abord, puis de trois et même quatre gouttes; soit la teinture, soit l'extrait de noix vomique, la première à la dose de cinq, huit, dix gouttes; le second à la dose de 5 à 25 centigrammes, par pilules contenant chacune 5 centigrammes d'extrait.

Mais, avant toute chose, il est essentiel d'insister sur la nécessité d'un régime tonique et substantiel, aidé par un exercice modéré. Le traitement des vertiges stomacaux est, en un mot, celui de la dyspepsie, sur lequel j'aurai à revenir plus amplement un jour avec toutes les indications qu'il comporte.

À côté de ces cas où le vertige est le fait dominant, il importe d'en mentionner d'autres, où le vertige est également un élément de la maladie, mais n'en est pas l'élément principal. Ces faits qu'a observés M. Krishaber, il les rapporte à un état pathologique spécial désigné par lui sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque*; voulant ainsi signaler du même coup les troubles encéphaliques et circulatoires, qui sont caractéristiques de cette névrose.

En effet, elle présente trois groupes de symptômes principaux : 1° des troubles des sens; 2° des troubles de la locomotion; 3° des troubles de la circulation. À cet ensemble s'ajoutent quelques symptômes secondaires.

« Aux troubles sensoriels, dit M. Krishaber, se rattachent des conceptions fausses ou perverses, pouvant aller jusqu'à un état qui a beaucoup d'analogie avec l'ivresse alcoolique, mais qui n'est jamais le délire réel, le malade gardant toujours la faculté de corriger par le raisonnement les illusions qu'il subit. Un symptôme non moins constant que les aberrations, c'est l'hyperesthésie des sens.

» Les troubles de la locomotion consistent le plus souvent dans l'abolition du sentiment d'équilibre, causée par le vertige et ses étourdissements. Il survient quelquefois de la paraplégie jusqu'à complète résolution des membres; d'autres fois il n'y a que la parésie plus ou moins accusée, affectant presque tous les muscles du corps et se traduisant par une sensation de lassitude et d'épuisement. Quelquefois encore il a des impulsions involontaires, et le malade marche malgré lui dans des directions déterminées. D'autres fois la démarche est seulement hésitante, incertaine,

mais à peu près normale comme attitude. Dans d'autres cas enfin, il y a excitation au lieu de paralysie, et les malades sont poussés à marcher comme mus par un ressort. Ces divers troubles se succèdent parfois chez le même malade dans le cours de l'affection.

» Les troubles de la circulation consistent surtout en une irritabilité du système vasculaire telle, que le moindre mouvement, comme de se mettre debout étant assis ou de se retourner dans son lit, amène une augmentation du pouls de 20, 30 et même 40 pulsations. Il y a, en outre, de fréquentes et violentes palpitations; elles sont spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes. En dehors des moments de contraction désordonnée du cœur, le pouls radial est petit, lent, mou, très-dépressible; il y a cependant parfois, au début de la maladie, un ensemble de phénomènes simulant la fièvre, tels que le frisson, suivi pendant un temps qui dépasse rarement une heure, d'un pouls large et vibrant, mais qui n'augmente jamais de fréquence. La température du corps, pendant ces accès, monte d'un demi-degré, très-rarement davantage. Ces accès, qui affectent un type presque périodique, cessent spontanément et n'apparaissent, du reste, qu'au commencement de la maladie. »

Quant aux symptômes secondaires, ils sont purement individuels et par suite très-variés. Mais ce qui ne manque chez aucun malade, c'est une excessive irritabilité, se traduisant elle-même d'une façon très-diverse.

» Pendant la période la plus intense, il survient des lipothymies; quelquefois, mais rarement, il y a syncope avec perte complète de connaissance. A ces troubles s'ajoute toujours une sensation d'angoisse précordiale presque continue, allant parfois jusqu'à la douleur la plus vive et affectant alors la forme de l'angine de poitrine.

» L'invasion de la maladie est brusque et se fait avec une intensité extrême. C'est une véritable sidération du système nerveux dont le mode d'apparition est instantané. Les malades se souviennent pourtant dans le cours de l'affection d'avoir eu quelques avertissements, mais ils avaient passé presque inaperçus, tant ils étaient peu prononcés. Les symptômes sont constants, mais avec des moments de recrudescence très-accentués. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y a jamais un seul instant de retour à l'état normal. Sa durée varie de deux à quatre ans; quelque fois elle persiste beaucoup plus longtemps. Sa terminaison ordinaire est la guérison.

» Cette affection se présente quelquefois avec une prédominance très-marquée d'un seul des principaux symptômes; on la méconnaît alors aisément si l'on n'a pas soin de s'enquérir des symptômes concomitants auxquels il sera toujours possible de reconnaître, même s'ils sont peu accentués, le type caractéristique de la maladie.

» Elle affecte deux formes, l'une grave, l'autre légère. Un criterium

invariable les distingue : c'est le sommeil. Dans la forme grave, les nuits sont agitées d'insomnie, de cauchemars, de palpitations et d'une grande surexcitation cérébrale (toujours sans délire). Dans la forme légère, au contraire, les malades dorment à peu près normalement. Il va sans dire qu'entre ces deux fonctions extrêmes il y a des états intermédiaires et des phases de rapprochement; c'est toujours la même affection, mais elle apparaît avec des degrés d'intensité très-divers. »

Nous avons vu que le vertige *a stomacho læso*, comme le vertige *ab aure læsa*, pouvait être rapporté à un état d'anémie cérébrale par action réflexe dont le point de départ était la lésion ou le trouble fonctionnel de l'estomac ou de l'oreille; action réflexe dont le caractère propre est de n'être point permanente. Eh bien, M. Krishaber attribue également la névrose qu'il a décrite à l'anémie cérébrale, mais une contraction persistante des petits vaisseaux de l'encéphale. Voici d'abord l'explication succincte qu'il donne de cet état : Irritation du système nerveux vasculaire, contraction consécutive des petites artères encéphaliques, ischémie; dont les effets immédiats sont une irritabilité générale par défaut de sang, hyperesthésies sensorielles excessives et perturbations consécutives des sens; de là ce que M. Krishaber appelle, par analogie, *vertigo a sensibus læsis*, et troubles de la locomotion. Les perceptions fausses sont une conséquence directe des troubles des sens. Les palpitations sont dues à l'excitation des racines du sympathique, qui émanent de l'encéphale. Mais le fait sur lequel M. Krishaber insiste surtout, c'est qu'il y a dans cette névrose anémie locale et anémie active, par contraction persistante des vaisseaux. C'est cette contraction persistante, qui n'a pas encore été signalée, qui forme la base de toute la théorie pathogénique de M. Krishaber. Il affirme que les petits vaisseaux peuvent se contracter d'une façon permanente, pendant trois, quatre, cinq ans et au delà, par suite d'un état spasmodique continu.

Ce qui prouve en faveur de la théorie de M. Krishaber, quant à l'anémie cérébrale, c'est le bon effet à peu près immédiat du décubitus, la tête étant plus basse que le tronc, et le mauvais effet des médicaments qui resserrent les vaisseaux, tels que le bromure de potassium.

On comprend qu'une névrose qui porte une si grave atteinte aux fonctions sensorielles, qui trouble la marche, empêche le sommeil, etc., jette le malade dans un état voisin du désespoir. On comprend d'ailleurs que ces troubles si variés des fonctions nerveuses encéphaliques, que ces illusions, que ces perceptions erronées résultant des troubles des sens, mais que cependant le malade sait toujours être des illusions, la raison restant constamment entière, — on comprend que tout cela ait été englobé par certains médecins dans cette espèce de déversoir pathologique qu'on appelle chez l'homme l'hypochondrie, chez la femme l'hystérie. On comprend enfin que certains autres médecins aient rattaché à l'aliénation

mentale ces faits dont ils ne saisissaient pas la pathogénie; rien n'est cependant plus erroné, la raison étant intacte.

D'un autre côté, il se pourrait bien que certains cas de vertige considérés comme dérivant de troubles fonctionnels de l'estomac ou de l'oreille rentrassent dans la catégorie de ceux décrits par M. Krishaber. Tels pourraient bien être, entre autres, deux des faits mentionnés dans cette leçon : le cas du jeune homme de la salle Sainte-Agnès et celui de la dame de Bordeaux, adressée à M. Lasègue.

Le traitement de la névrose décrite par M. Krishaber consiste dans des moyens hygiéniques et thérapeutiques : les moyens hygiéniques sont une aération puissante, surtout dans la chambre à coucher (M. Krishaber va même jusqu'à conseiller en certains cas de dormir la fenêtre ouverte); — dans le même ordre de faits, et parce qu'il y a une moindre pression atmosphérique sur les vaisseaux, le séjour à des altitudes considérables, telles que celles de Saint-Morritz et de Bormio en Suisse (dans ces cas le vertige est d'abord augmenté, mais il ne tarde pas à diminuer); — l'abstention absolue de tous les excitants, ainsi le café, le thé et même le chocolat.

Quant aux moyens thérapeutiques, il y a d'abord ceux dont il faut s'abstenir, ainsi le quinquina dans toutes ses formes pharmaceutiques qu'on ne manque pas de prescrire d'une façon banale, et surtout la quinine, qui semble particulièrement indiquée dans les cas fréquents où il existe une certaine périodicité dans les accidents nerveux : la quinine soulage d'abord, mais au prix d'une aggravation considérable ultérieure dans les accidents. Le quassia ne convient pas davantage. L'éther même, cet antispasmodique si puissant, est contre-indiqué : il produit une amélioration momentanée, mais détermine bientôt de la surexcitation au lieu de sédation. Au contraire tous les autres antispasmodiques sont indiqués, ainsi la valériane, et spécialement l'extrait qu'on peut donner à des doses énormes (il produit momentanément une sorte d'ivresse, mais le soulagement est bientôt considérable); après la valériane, l'asa foetida, le castoréum; puis les antispasmodiques moins puissants, l'eau de fleur d'oranger à dose très-élevée, l'infusion de tilleul, etc. Tous ces médicaments agissent bien moins sur le vertige, qu'ils augmentent même momentanément, que sur l'irritabilité nerveuse, sur les troubles du sommeil, et surtout sur l'angoisse précordiale, les symptômes d'angine de poitrine, les palpitations et le sentiment de strangulation.

Un moyen d'une énorme puissance est surtout les bains tièdes prolongés, de quinze à dix-huit heures de durée, de 29 à 31° centigrades : il en résulte un apaisement presque complet de l'irritabilité nerveuse morbide.

Alternativement ou plus tard, l'hydrothérapie joue un rôle des plus bienfaisants : l'eau doit être d'abord à la température de 18° centigrades,

et l'on arrive graduellement à 12°, mais rarement au-dessous. La forme la plus efficace et par laquelle on doit commencer consiste dans les affusions, pratiquées à l'aide de six, huit à dix seaux d'eau projetés sur le corps, avec ou sans sudation préalable, suivant que l'irritabilité sera plus ou moins prononcée. Plus tard on donnera la douche en colonne ascendante, c'est-à-dire dirigée des pieds vers la tête. Mais ce dont il faut soigneusement s'abstenir, c'est de la douche en pluie et de la douche en cercle, qui sont excitantes¹.

1. Krishaber, *Névropathie cérébro-cardiaque* (*Gazette hebdomadaire*, mai 1872, et *Comptes rendus de l'Institut*, 1872).