

d'épilepsie vraie, surtout lorsqu'elles sont violentes, on observe à la face de petites ecchymoses ressemblant à des piqûres de puces et produites par de légères extravasations sanguines; ces hémorragies capillaires font défaut chez les simulateurs; 6° les caractères sphygmographiques du pouls, signalés par M. Voisin, fournissent aussi un élément de diagnostic. 7° La flexion forcée du pouce dans la main n'a pas l'importance qu'on lui attribuait autrefois, d'autant plus que ce caractère est souvent connu des simulateurs. 8° En dehors des attaques convulsives, il n'y a chez les simulateurs ni vertiges, ni troubles mentaux.

Le vertige épileptique peut être confondu avec le vertige stomacal ou avec la maladie de Ménière, avec des attaques apoplectiques lorsque les foyers hémorragiques sont très-peu étendus; enfin, avec des lipothymies; nous nous occuperons dans le chapitre suivant du diagnostic différentiel du vertige épileptique et de la maladie de Ménière; les petits foyers cérébraux (hémorragies, ramollissements) donnent lieu à des vertiges, à des éblouissements, à des chutes; mais il est rare que les malades perdent connaissance, et on n'observe chez eux ni délire, ni hallucinations, ni impulsions irrésistibles. Les lipothymies surviennent chez des individus faibles, anémiques, ou bien à l'occasion d'émotions vives, et s'accompagnent d'un arrêt des battements du cœur.

L'épilepsie peut être méconnue pendant longtemps, lorsque les attaques se produisent seulement la nuit; les malades ignorent eux-mêmes qu'ils en sont atteints; l'incontinence nocturne d'urines, revenant à intervalles variables sans cause apparente, met quelquefois sur la voie du diagnostic.

Le pronostic de l'épilepsie est toujours grave; alors même que les malades n'éprouvent que des vertiges ou des absences, on peut prévoir que des troubles graves de l'intelligence et de grandes attaques convulsives ne tarderont pas à se produire. Les épileptiques sont obligés d'abandonner toutes les professions qui les exposent aux regards du public, et la facilité avec laquelle ils commentent des actes violents rend leur société très-dangereuse; ils peuvent vivre longtemps, mais l'état d'abrutissement dans lequel ils tombent au bout de quelques années est pire que la mort. Chez les jeunes enfants l'épilepsie est une cause d'idiotie. Les malades succombent souvent à la suite des attaques répétées qui constituent l'état de mal.

L'épilepsie essentielle ne guérit presque jamais.

TRAITEMENT. Parmi les médicaments les moins inefficaces, il faut citer: 1° la belladone préconisée surtout par Bretonneau et Trousseau; 2° l'oxyde et le lactate de zinc, trop vantés par Herpin; 3° le bromure de potassium, qui produit des améliorations temporaires bien plutôt qu'il ne guérit l'épilepsie.

La médication par la belladone est formulée ainsi qu'il suit par Trousseau: on prescrit des pilules qui renferment chacune 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme de poudre de feuilles de belladone; le malade prend chaque jour une de ces pilules, le matin, si les accès ont lieu surtout dans la journée, et le soir si les accès se produisent plus particulièrement la nuit. Chaque mois on donne une pilule de plus, et on continue la médication jusqu'à production d'effets toxiques: dilatation de la pupille, sécheresse de la gorge. La médication doit être continuée pendant plusieurs années.

Le bromure de potassium doit être donné longtemps et à forte dose, 6 à 8 grammes par jour. Chez quelques malades qui ont des auras périphériques, on parvient à arrêter les attaques par une constriction de la partie des membres qui est le point de départ de l'aura, mais c'est là un fait exceptionnel.

Les épileptiques doivent être surveillés avec soin, et placés dans des asiles d'aliénés lorsque les troubles de l'intelligence sont très-marqués et lorsqu'ils s'accompagnent d'impulsions irrésistibles ou d'accès de fureur.

TISSOT, Traité de l'épilepsie, Paris, 1770. — CALMEIL, Thèse, Paris 1824. — GEORGET, art. *Epilepsie*, in Diction en 30 vol., Paris, 1835. — LEURET, Recherches sur l'épilepsie, (Arch. gén. de méd., 1843). — HERPIN, Du pronostic et du traitement de l'épilepsie, Paris, 1852. — DELASIAUVE, De l'épilepsie, Paris, 1854. — FALRET, Des théories de l'épilepsie, (Arch. gén. de méd., 1859). — MOREL, Traité des malad. mentales, Paris, 1860. — BAILLARGER, De la responsabilité des épileptiques (Union méd. 1864). — TROUSSEAU, clinique méd., 3<sup>e</sup> édit., t. II, p. 86. — A. VOISIN, article *Epilepsie*, in Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques, 1870. — BROWN-SÉQUARD, Leçons sur les vaso-moteurs et sur l'épilepsie; trad. de Béné-Barde, Paris, 1872. — BOURNEVILLE, Études clin. et thermom. sur les malad. du syst. nerveux, Paris, 1873, p. 243. — JANNIN, De l'épilepsie larvée, thèse, Paris, 1875. — MAGNAN, Des rapports entre les convulsions et les troubles circulatoires et cardiaques dans l'attaque d'épilepsie, (Gaz. méd. 1877). — TOIGNE, Du vertige épileptique, thèse, Paris, 1877. — A. FERRAND et E. VIDAL, article *Convulsions*, in Diction. encyclop. des sc. méd. — LASÈGUE, De l'épilepsie par malformation du crâne (Acad. de méd., 1877, et Arch. gén. de méd., 1877, t. II, p. 5). — LEGRAND DU SAULLE, Étude médico-légale sur les épileptiques, Paris, 1877.

#### DES VERTIGES. DE LA MALADIE DE MÈNIÈRE.

Le vertige est un symptôme commun à un grand nombre de

maladies ; on l'observe chez les anémiques, dans l'ischémie cérébrale consécutive aux lésions des artères ; il figure parmi les symptômes les plus caractéristiques des tumeurs du cervelet ; enfin il est souvent la conséquence de lésions de l'estomac, *vertigo a stomacho læso*, *vertige stomacal* ; de l'oreille, *vertigo ab aure læsa* ; les maladies du larynx le provoquent aussi quelquefois, *vertigelaryngé* (Charcot). Les vertiges et les nausées qui surviennent chez des personnes qui se balancent ou qui ont le mal de mer constituent seuls un état pathologique distinct ; cet état se lie du reste si étroitement à sa cause, et il disparaît si vite quand celle-ci vient à cesser, qu'il mérite à peine le nom de maladie. Le vertige stomacal et le vertige laryngé se rattachent naturellement à l'histoire des maladies de l'estomac et du larynx ; nous n'en parlerons pas ici, mais nous croyons devoir dire quelques mots du vertige *ab aure læsa*, qui est souvent confondu avec des affections des centres nerveux ou avec le vertige épileptique.

C'est à Ménière que revient le mérite d'avoir démontré que des lésions de l'oreille interne ou de l'oreille moyenne pouvaient provoquer des vertiges, des nausées, des vomissements : de là le nom de *maladie de Ménière*.

ÉTIOLOGIE. — Ce sont les lésions de l'oreille interne, et en particulier celles des canaux demi-circulaires, qui provoquent les vertiges et les nausées ; il n'est pas nécessaire du reste que les lésions portent directement sur l'oreille interne ; une simple augmentation de pression dans le labyrinthe ou les canaux demi-circulaires suffit. Aussi le vertige de Ménière peut s'observer à la suite de lésions de l'oreille moyenne, telles que l'ankylose de la chaîne des osselets ; le seul attouchement de la membrane du tympan provoque parfois des nausées. Les lésions primitives de l'oreille interne sont rares ; cependant le froid semble pouvoir provoquer l'otite labyrinthique qui existait probablement chez cette malade de Ménière qui fut prise de surdité complète et de vertiges continuels, après avoir voyagé pendant une nuit très-froide sur l'impériale d'une diligence. La syphilis est aussi une cause des lésions labyrinthiques.

DESCRIPTION. — Au début, la maladie de Ménière se présente sous forme d'accès qui reviennent à intervalles irréguliers. Les malades éprouvent tout à coup des bourdonnements d'oreilles ; ils entendent des sifflements analogues à ceux d'une locomotive (Charcot) ; puis ils se sentent entraînés en avant ou en arrière, comme s'ils allaient faire la culbute ; ou bien ils ont la sensation du mal de

mer ; la rotation du corps semble quelquefois s'opérer autour de l'axe vertical ; la chute se produit quand les malades ne rencontrent pas à temps un point d'appui solide, mais il n'y a jamais perte de connaissance. La fin de l'accès est marquée par des nausées et des vomissements, puis tout rentre dans l'ordre.

A mesure que l'affection devient plus ancienne, les crises tendent à se rapprocher ; l'état vertigineux est continu avec des paroxysmes ; les sons un peu forts, tous les mouvements volontaires ou communiés, augmentent la sensation de vertige ; les malades restent couchés, il leur semble qu'il sont menacés sans cesse de tomber dans un précipice ouvert à côté d'eux.

Les vertiges, les nausées, les vomissements, attirent généralement toute l'attention des malades, et, préoccupés de cet état si grave en apparence, ils ne songent pas à parler au médecin de quelques troubles de l'appareil auditif peu gênants et sans relation évidente avec les phénomènes nerveux. Si cependant on les interroge dans ce sens, on apprend qu'ils éprouvent habituellement des bourdonnements ou des sifflements dans les oreilles et que l'ouïe est diminuée d'un côté ; d'autres fois il existe ou il a existé une otorrhée purulente. L'exploration à l'aide de la montre permet de constater l'affaiblissement de l'ouïe et l'examen otoscopique révèle les lésions du conduit auditif externe et de la membrane du tympan, lésions qui du reste peuvent manquer complètement.

Chez un malade atteint de vertiges de Ménière avec surdité presque complète d'un côté, l'un de nous a constaté l'existence d'une otorrhée abondante qui se rattachait probablement à l'irritation de la corde du tympan.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — Dans une autopsie faite par Ménière, les canaux demi-circulaires étaient remplis par des exsudats qui remplaçaient le liquide de Cotugno. Dans une observation de Moos il y avait également des lésions des canaux demi-circulaires. Dans d'autres cas on a trouvé une ankylose de la chaîne des osselets, une otite moyenne avec rétention du pus, etc.... Il n'existe aucune lésion concomitante des centres nerveux.

La physiologie expérimentale montre bien que ce sont les lésions des canaux demi-circulaires qui jouent le principal rôle dans les sensations vertigineuses de la maladie de Ménière. Il résulte en effet des expériences de Flourens, de Brown-Séguard et de Vulpian, que lorsqu'on blesse chez un animal les canaux demi-circulaires, il se produit des mouvements de culbute en avant ou en arrière, ou

des mouvements de rotation, suivant la disposition des canaux lésés. M. Brown-Séquard a pu provoquer des effets analogues en agissant sur le nerf auditif lui-même, ce qui prouve que les mouvements déterminés par les lésions des canaux semi-circulaires doivent être rapportés à un vertige auditif. MM. Signol et Vulpian ont vu ces troubles de motilité survenir spontanément chez un coq qui avait reçu un violent coup de bec sur la tête, et chez lequel les canaux demi-circulaires avaient été fortement lésés.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La véritable nature des accidents qui caractérisent la maladie de Menière est souvent méconnue; le vertige *ab aure laesa* est confondu avec une maladie du cerveau, du cervelet, ou bien encore avec le vertige épileptique. L'existence de troubles de l'ouïe, tels que : bourdonnements, surdité plus ou moins complète etc....; les sifflements qui précèdent d'ordinaire les vertiges et la conservation de l'intelligence même pendant les accès les plus forts, suffisent à séparer la maladie de Menière des maladies organiques de l'encéphale et du vertige épileptique. Dans la maladie de Menière, on n'observe ni paralysies, ni troubles de la sensibilité, ni embarras de la parole; les malades rendent très-bien compte des sensations qu'ils éprouvent.

Le vertige stomacal s'accompagne de douleurs d'estomac, de troubles digestifs, tandis que l'appareil auditif est intact; de même il est facile de distinguer le vertige laryngé de la maladie de Menière.

Le vertige des anémiques s'accompagne de bourdonnements d'oreilles, mais il acquiert rarement l'intensité du vertige *ab aure laesa*; il se produit principalement lorsque les malades lèvent trop brusquement la tête, et s'accompagne des symptômes ordinaires de l'anémie : pâleur de la face, souffles dans les vaisseaux, etc....; enfin il n'y a pas de surdité, ni de sifflement précédant les vertiges; les nausées et les vomissements sont rares.

Westphal a décrit sous le nom d'*agoraphobie*, ou *peur des espaces*, une névrose qui présente les caractères suivants : les malades n'éprouvent rien de particulier lorsqu'ils se trouvent chez eux; ils n'ont ni douleurs, ni vertiges, ni affaiblissement des membres; mais dans la rue, surtout lorsqu'ils ont à traverser une place, ils sont pris d'angoisse, leurs membres inférieurs fléchissent sous eux, ils ne peuvent plus avancer et croient à une chute imminente. Cet état qui est dû, chez bon nombre de malades, à la faiblesse de la vue et à des troubles de l'accommodation, ne ressemble en rien au vertige

de Menière, il se rapproche davantage du vertige stomacal avec lequel, du reste, il paraît avoir été plus d'une fois confondu.

La maladie de Menière a une marche presque toujours chronique et souvent elle ne disparaît qu'avec la vie; on peut cependant espérer de la voir guérir, soit spontanément lorsque la surdité devient complète du côté lésé, soit sous l'influence des médications que nous allons passer en revue.

TRAITEMENT. — Le traitement doit être dirigé autant que possible contre la maladie de l'oreille qui est le point de départ des accidents; des faits nombreux démontrent que les antispasmodiques mis en usage contre les vertiges ne donnent aucun bon résultat.

Lorsque la maladie de Menière débute brusquement à la suite d'un refroidissement et qu'il y a lieu de soupçonner une otite labyrinthique, il faut employer les émissions sanguines locales et ensuite les révulsifs, tels que vésicatoires, pointes de feu au niveau de l'apophyse mastoïde. Si le malade est syphilitique, le traitement spécifique est indiqué.

Lorsqu'il existe des maladies de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne, il faut les traiter avec soin. La guérison d'une otorrhée purulente a quelquefois amené une notable amélioration dans les symptômes de la maladie de Menière; dans un cas observé par Hillairet, les vertiges cessèrent après l'ouverture d'un abcès de l'oreille moyenne.

Le sulfate de quinine à haute dose produit, comme on sait, des bourdonnements d'oreilles, ce qui semble indiquer que ce médicament a une action spéciale sur l'appareil auditif; on pouvait espérer, d'après cela, qu'il modifierait l'état de cet appareil dans la maladie de Menière. Ces prévisions se sont justifiées et la médication par le sulfate de quinine compte déjà des succès remarquables (Charcot). Le sulfate de quinine doit être administré à la dose de 0<sup>gr</sup>,60 à 1 gramme par jour et pendant longtemps.

FLOURENS. Op. cit. — MENIÈRE (Bullet. de l'Acad. de méd., t. XXVI, p. 241, et Gaz. méd., 1861). — TROUSSEAU. 3<sup>e</sup> édit., 1868, t. III, p. 11. — KNAPP et MOOS (Arch. of Ophthalm. and Otology. New York, 1870). — DE TRÖELTSCH. Traité pratique des maladies de l'oreille, trad. franç. de Kühn et Lévi, 1870. — AMANIEU. Vertiges, siège et causes, thèse, Paris, 1871. — DUPLAY (Arch. gén. de méd., 1872, t. II, p. 711). — WESTPHAL. De l'agoraphobie (Arch. f. Psychiatrie, 1872). — CORDES (Même rec., 1872). — CLÉMENT. Étiologie du vertige, thèse, Paris, 1873. — BERTRAND (J.). De la maladie de Menière, thèse, Paris, 1874. — VOURY (Ed.). Même sujet, thèse, Paris, 1874. — LASBATS. Diagnostic différentiel des vertiges, thèse, Paris, 1875. — LEO (Hipp.). Du

vertige auriculaire simple, thèse, Paris, 1876. — CHARCOT. Leçons sur les malad. du système nerveux. — Du même. Du vertige laryngé (Soc. de biol., et Gaz. méd. de Paris, 1876). — MOOS. Des lésions du labyrinthe dans la syphilis secondaire (Anal. in Rev. des sc. méd., t. X, p. 197). — LEGRAND DU SAULLE. De la peur des espaces (Ann. méd.-psych., 1876, et Gaz. des hôp., 1877). — A. RITTI. De l'agoraphobie (Gaz. hebdom., 1877, p. 677). — E. GYON. Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires, thèse, Paris, 1878. — N. GUENEAU DE MUSSY. Clinique médicale, t. I, p. 78.

## MIGRAINE.

La migraine est caractérisée par des accès de céphalalgie qui se terminent souvent par des nausées et des vomissements; les douleurs de tête, très-intenses, sont d'ordinaire unilatérales, d'où le nom d'hémicrânie qu'on lui donne quelquefois.

ETIOLOGIE. — La migraine se rattache fréquemment aux diathèses arthritique ou goutteuse, l'hérédité joue un rôle important. Des veilles prolongées, des travaux intellectuels trop soutenus, des inquiétudes morales, certaines odeurs, une lumière trop vive, sont les causes occasionnelles les plus fréquentes des accès. La migraine est plus commune chez la femme que chez l'homme, elle est très-rare chez l'enfant et chez le vieillard.

DESCRIPTION. — La fréquence des accès est très-variable, ils reviennent tous les mois, tous les quinze jours, quelquefois même ils se rapprochent davantage; dans les intervalles, les malades vivent de la vie commune et n'éprouvent aucune douleur, aucune gêne; la description de la maladie se réduit donc à celle des accès.

L'accès de migraine est assez souvent annoncé par un malaise général, de l'inaptitude au travail, des horripilations, une irritabilité très-grande avec hyperesthésie des organes des sens. La douleur de tête, d'abord limitée à un point d'une des régions temporales ou circumorbitaires, s'étend bientôt à tout un côté de la tête. Le côté gauche est plus fréquemment pris que le droit; lors même que la céphalalgie se généralise, elle est presque toujours plus intense d'un côté. « La douleur est lancinante, gravative; elle revient dans le cours de l'accès par une série de petits accès dont l'intermittence n'est jamais complète, et va *crescendo* à partir de son début; le moindre mouvement, la marche, l'ascension d'un escalier, l'exaspèrent; les malades comparent alors la douleur qu'ils éprouvent à celle que déterminerait une masse liquide ballottée dans la boîte crânienne, ou bien à celle que produirait la pression du crâne par un étou. » (Gubler et A. Bordier, art. MIGRAINE, in *Diction.*

*encycl. des sc. méd.*) La face est tantôt pâle, tantôt injectée; l'état de dilatation de la pupille est aussi variable. Les battements de l'artère temporale du côté de l'hémicrânie sont exagérés et les vaisseaux rétiens paraissent dilatés (Mollendorff). Dans quelques cas, les muscles de la face sont animés de mouvements convulsifs. Les malades fuient la lumière et le bruit, ils s'enferment chez eux et restent souvent couchés et immobiles jusqu'à la fin de la crise, dont la durée est en moyenne de huit à douze heures, vingt-quatre heures au plus; pendant tout ce temps ils ne peuvent se livrer à aucun travail intellectuel. Vers la fin de l'accès, les douleurs de tête se compliquent fréquemment d'un état analogue au *mal de mer*, les malades éprouvent des nausées très-pénibles et ils sont pris de vomissements bilieux qui terminent l'accès.

La circulation et la respiration s'accomplissent régulièrement. MM. Gubler et Bordier ont même remarqué que la facilité de la respiration augmentait et que des sujets affectés de palpitations en étaient exempts pendant le cours de l'accès.

Les douleurs se calment progressivement, les malades s'endorment, et en se réveillant il ne leur reste plus qu'une légère courbature qui ne tarde pas à se dissiper; ils se sentent même plus dispos qu'avant l'accès, si bien qu'il leur arrive parfois de désirer une crise.

La migraine dépend-elle d'une excitation du sympathique, comme le veut Dubois-Reymond, ou de sa paralysie, suivant l'opinion de Mollendorff? Ces deux théories ne sont pas inconciliables: il est possible qu'au début il y ait excitation des nerfs vaso-moteurs, contraction des vaisseaux, ischémie des tissus, et que la paralysie vasculaire se produise au bout d'un certain temps, variable suivant les sujets.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic est en général fait par les malades eux-mêmes qui savent très-bien reconnaître les accès de migraine dès qu'ils en ont éprouvé un seul.

L'apyrexie, la prédominance des douleurs dans un des côtés de la tête, la rapidité avec laquelle les accidents disparaissent, permettent de séparer la migraine de la méningite et des autres affections fébriles qui s'accompagnent d'une céphalalgie violente.

Les tumeurs cérébrales donnent lieu à des douleurs bien plus persistantes que celles de la migraine, de plus il existe souvent d'autres symptômes morbides, tels que paralysies, attaques épileptiformes, etc. Si les tumeurs sont syphilitiques, les douleurs reviennent surtout la nuit et elles cèdent à la médication spécifique.