

CHAPITRE XIX

TRAITEMENT DES VERTIGES

PAR

E. WEILL,

Médecin de la Charité,
Chargé de la clinique des maladies des enfants à la Faculté de Lyon.

I

Considérations générales.

Le vertige est une sensation très spéciale d'instabilité de notre position dans l'espace relativement aux objets environnants. Cette sensation peut s'accompagner d'illusions visuelles, tactiles, auditives : oscillation, déplacement du sol, rotation, mouvements divers des corps voisins. Elle s'associe souvent aussi à des troubles moteurs : titubation, chute, démarche ébrieuse.

Dans beaucoup de cas, il s'ajoute aux phénomènes précédents de l'angoisse, du malaise général, des vomissements ; exceptionnellement le vertige aboutit à des convulsions et à de la perte de connaissance.

L'élément fondamental du vertige est la *sensation d'instabilité*, les autres phénomènes sont contingents. C'est donc un trouble conscient purement subjectif, laissant dans l'esprit du patient un souvenir durable. Aussi est-ce par une véritable confusion de mots qu'on a fait entrer dans l'étude du vertige les attaques de petit mal épileptique et la plupart des ictus non vertigineux, tels que l'ictus laryngé. Je crois devoir maintenir

la distinction que j'ai faite antérieurement entre ces états et le vertige¹.

Le vertige se rencontre dans l'épilepsie à l'état d'aura. Le vertige peut aussi remplacer une attaque. Il se voit surtout chez les épileptiques qui sont sous l'influence du bromure de potassium et quand les attaques proprement dites sont enrayées (Charcot). Mais les absences avec perte de connaissance et amnésie doivent être séparées du vertige ; leur traitement ne saurait trouver sa place ici.

II

Classification et pathogénie.

Au point de vue thérapeutique, on peut distinguer deux ordres de vertiges aussi dissemblables par leur pathogénie que par leur évolution : les uns sont liés à une lésion ou à un trouble fonctionnel de l'appareil d'équilibration (nerf auditif et cervelet) ; les autres à un trouble de la coordination des images sensorielles perçues par le cerveau. Les premiers sont durables quand la lésion ou le trouble fonctionnel qui les provoque persiste. Les autres sont passagers, même si la lésion d'origine est permanente.

A. — A la première catégorie appartiennent le vertige de Ménière et le vertige cérébelleux, à la seconde le vertige oculaire.

Cette division toute pathogénique a besoin de quelques explications sur le mécanisme du vertige. Nous nous bornons aux notions essentielles.

On sait expérimentalement que les lésions ou les excitations du cervelet (Flourens, Ferrier), des pédoncules cérébelleux (Magendie, Laborde), des canaux semi-circulaires (Flourens, Brown-Séguard, etc.), du nerf auditif (Brown-Séguard, Betcherew), déterminent une véritable déséquilibration des

1. E. WEILL. — Des vertiges. *Th. d'agrég.*, 1886.