

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.

mouvements dans le détail de laquelle nous ne pouvons entrer ici.

La galvanisation de la partie postérieure de la tête, les lésions pathologiques de ces différents organes ont ajouté au trouble moteur la connaissance de la sensation vertigineuse. On peut considérer comme acquis qu'une excitation anormale partie des différents segments du système cérébelleux-acoustique, trouble simultanément l'équilibre sensitif et moteur. Le cervelet exerce à la fois une action sur les muscles dont il trouble les contractions harmoniques nécessaires pour les différentes stations du corps et sur le centre de réception des images sensitives (musculaires, articulaires, tendineuses, sensorielles) qui sont comme bouleversées.

Ce qu'il importe de dégager dans cette action spéciale du système nerveux de l'équilibration, c'est qu'elle n'a lieu qu'à la faveur d'une *excitation*. La destruction complète d'un des segments lésés arrête le phénomène. C'est ainsi que la surdité totale avec suppression des organes de l'oreille ou du nerf auditif met fin à l'odyssée d'un vertige de Ménière. Cette notion est d'un grand intérêt au point de vue thérapeutique.

B. — Le second groupe de vertiges que nous avons distingué comprend les cas beaucoup moins graves dans lesquels le désordre des sensations naît en quelque sorte sur place, dans l'écorce cérébrale. C'est le vertige que nous avons appelé sensoriel. Toute surprise sensitive pour le cerveau est une cause de vertige.

Ainsi le désaccord produit entre deux sensations venues des mêmes organes, dans le strabisme brusque, donne du vertige. Le désaccord peut exister entre des sensations de nature différente. Quand on regarde couler de l'eau ou qu'on voyage en chemin de fer, la sensation visuelle d'un mouvement continu nous donne l'impression de notre propre déplacement. C'est là un phénomène physiologique qu'on pourrait appeler l'inertie sensitive. Mais la plante des pieds, le siège nous donnent la sensation de la fixité. Voilà deux sensations contradictoires

qui s'enregistrent en même temps, d'où déséquilibration dans les centres de perception et vertige.

Il suffit d'une simple surprise, sans désaccord de deux ou de plusieurs sensations, pour aboutir au même résultat. Dans la marche au milieu de l'obscurité, la rencontre d'un obstacle inattendu ou l'absence d'un contact familier entraînent le vertige.

La vision en hauteur (vue d'un précipice) donne dans les premiers temps la même sensation.

L'éducation physiologique de l'équilibration se fait par une sorte de mariage des images sensorielles dans les centres récepteurs. Toute image irrégulière est une cause de divorce. Par contre, l'éducation se fait à nouveau lorsque cette irrégularité dure. Les strabiques guérissent spontanément, malgré la persistance du strabisme. Bien mieux, Mac Bride¹ rapporte le cas d'un strabique ancien qui pouvait corriger son strabisme, mais s'en gardait bien, la correction entraînant du vertige ; son écorce cérébrale s'était habituée à recevoir des impressions visuelles dissociées.

On a l'habitude de comprendre dans les vertiges sensoriels, le vertige auriculaire. C'est là une confusion regrettable. Le vertige auriculaire appartient au vertige par excitation d'un nerf spécial, non acoustique, le nerf de Cyon, destiné spécialement aux canaux semi-circulaires, ayant une racine propre qui aboutit au cervelet (Stephani et Weiss).

Ce nerf est accolé à l'auditif, mais ne se confond pas avec lui. C'est le nerf de l'équilibration et il n'a avec l'appareil auditif que des rapports de contiguïté. Sa lésion donne un vertige permanent, sans rapport symptomatique ou évolutif avec le vertige sensoriel proprement dit.

Les vertiges sensoriels n'ont qu'un faible intérêt thérapeutique. Ils guérissent par l'éducation des sens, par une véritable accommodation des centres récepteurs des sensations.

Les vertiges par trouble de l'appareil d'équilibration peu-

1. MAC BRIDE. — *Edinb. med. Journ.*, 1881.

vent être passagers, si la cause de la perturbation est elle-même temporaire. Mais si elle agit d'une façon durable, le vertige lui-même n'aura aucune tendance à disparaître et c'est à ce genre de vertiges que la thérapeutique devra s'attaquer dans la majorité des cas.

C. — Il existe une troisième classe de vertiges que nous ne ferons qu'indiquer. Ce sont les vertiges que nous avons désignés sous le nom de *mixtes*, voulant dire par là qu'ils étaient sous la dépendance à la fois de sensations anormales et de troubles de l'appareil d'équilibration : ainsi du vertige de rotation et du mal de mer. La part prise par les impressions sensorielles dans la naissance de ces vertiges est évidente. Celle qui revient à l'appareil d'équilibration ressort de ce fait que les sourds-muets ont une immunité relative vis-à-vis de la naupathie. Ces vertiges mixtes étant purement accidentels, nous aurons peu de développements à leur accorder au point de vue thérapeutique.

III

Traitement des vertiges par lésion ou troubles fonctionnels de l'appareil d'équilibration.

A. — VERTIGES AURICULAIRES.

Le vertige se montre avec des symptômes semblables quelle que soit la partie lésée dans l'organe de l'ouïe. Gellé¹ et Lannois² ont montré qu'il n'y avait pas lieu de maintenir la distinction entre le vertige de Ménière et le vertige par lésion de l'oreille externe ou moyenne.

Le vertige auriculaire se présente sous forme d'accès intermittents ou affecte une marche continue. Dans le premier cas, le patient est pris en pleine santé de bourdonnements, de sifflements d'oreille, il voit le sol osciller ou les corps environnants

1. GELLÉ. — *Arch. de neurol.*, 1882-1883.

2. LANNOIS. — *Lyon méd.*, 1887.

tourner autour de lui, il a de l'angoisse, des vomissements, souvent il tombe. L'accès se termine par une diminution de l'ouïe uni ou bilatérale. Les accès se répètent à des intervalles variables pour aboutir à un état continu d'ivresse plus ou moins accentuée, entrecoupée par moments de paroxysmes aigus.

La première indication dans le traitement du vertige auriculaire est de rechercher la cause de l'affection.

1° On a pu faire céder un vertige par l'ablation d'un polype du conduit auditif externe (Hillairet¹), d'un bouchon cérumineux (Gellé²), de corps étrangers. J'ai observé un vertige des plus marqués occasionné par un fragment de bourre de soie : Duret³ l'a vu en rapport avec une exostose de la paroi inférieure du conduit auditif externe.

La conduite à tenir dans ces différents cas est toute indiquée : le traitement local est tout-puissant.

2° Les difficultés thérapeutiques augmentent lorsqu'il s'agit du vertige provoqué par une lésion de l'oreille moyenne. Le plus souvent il est lié à un relâchement de la membrane du tympan, aboutissant ordinairement de la plupart des affections de l'oreille externe et moyenne. La membrane du tympan a des excursions trop étendues ; celles qui ont lieu du côté de la profondeur ont pour effet d'enfoncer l'étrier dans la fenêtre ovale.

Le même effet est réalisé par la sclérose de l'oreille moyenne, par l'obstruction de la trompe d'Eustache suivie de raréfaction de l'air de la caisse ; la membrane tympanique est refoulée en dedans et enfonce la base de l'étrier dans la fenêtre ovale. La sclérose de la fenêtre ronde qui accompagne habituellement ces différentes altérations assure encore mieux leur action pathogène. Dans tous ces faits, il y a augmentation de la tension du liquide intra-labyrinthique. Cette tension à l'état physiologique est modifiée par le jeu de l'étrier et de la fenêtre

1. HILLAIRET. — *Soc. de biol.*, 1861.

2. GELLÉ. — In *Th. de MORISSET*, 1878.

3. DURET. — *Soc. de biol.*, 1878.