

toute complication délirante. Cette description n'est que l'entrée en matière d'une étude plus délicate.

Dans les cas élémentaires qui viennent d'être décrits, l'intelligence reste indemne; dans d'autres, l'intelligence intervient, elle donne un corps aux sensations, elle les commente et les explique.

Le malade devient alors délirant sous deux formes : ou la peur du mal à venir le tient dans une perpétuelle anxiété; il se complait à se représenter les événements qui vont survenir, à les classer, à les attendre; ou, remontant à la cause de ses angoisses, il constitue, comme il arrive si communément aux aliénés, une étiologie imaginaire de son malaise. Au fond l'intelligence est peu troublée et les perversions qu'elle subit se limitent d'elles-mêmes.

Le vertige mental, accompagné de délire, exigerait un long exposé et j'ai dû me contenter, pour ne pas abuser des instants de l'Académie, de cette préface à l'étude des états vertigineux délirants.

(Communication faite à l'Académie de médecine, janvier 1876.)

DES VERTIGES.

(Leçon recueillie et rédigée par le Dr Frémy.)

I

Du vertige oculaire.

Messieurs, le vertige dépend d'un nombre infini de causes. Pour se retrouver dans cette multiplicité, il faut catégoriser.

Une première classe de vertiges comprend les vertiges sensoriels, parmi lesquels le vertige oculaire occupe la première place.

Une seconde classe est représentée par le vertige dit stomacal.

Une troisième se compose des vertiges diathésiques : goutte et rhumatisme.

Une quatrième classe comprend le vertige cérébral. Enfin dans une cinquième on peut faire rentrer le vertige par intoxication : belladone, tabac, alcool.

Nous nous occuperons surtout dans cette étude du vertige oculaire, des vertiges gastrique et diathésique, du vertige épileptique.

D'abord, qu'est-ce que le vertige?

La conception qu'on peut se faire du vertige dépend d'une série de notions. Une maladie n'est pas un tout compact, exemple, le rhumatisme. Il y entre une multitude d'éléments.

Le vertige est une maladie expérimentale. On ne se donne ni

La valse, la place publique, le bateau, donnent le vertige. Le mal de mer est un trouble du même ordre.

C'est encore un phénomène d'ordre visuel que le sommeil magnétique créé par l'observation directe d'un objet.

L'état magnétique, comme la migraine, comme le vertige, peuvent être créés de toutes pièces.

Dans une catégorie de faits, le vertige a donc bien une origine visuelle. Mais dans le trouble visuel, est-ce le mouvement seul qui donne le vertige? Non, car on cause dans la rue, et tout à coup on est pris de vertige sans phénomènes visuels venant du dehors.

Quel est le lien entre ce vertige de cause interne et le vertige oculaire? Je ne le connais pas. Tout ce que je sais, c'est qu'il faut une aptitude spéciale, car il y a des gens qui valsent du premier coup sans vertige.

Cette question de l'aptitude au vertige n'est pas une question indifférente; elle est importante au point de vue cérébral. Mais ce qu'il vous importe de retenir pour le moment, c'est que c'est l'œil qui maintient l'équilibre; que l'objet soit mobile ou que ce soit l'œil, peu importe.

J'ai déjà dit que le vertige rotatoire est le vertige type.

Pour l'analyser, il y a trois catégories de faits. Il y a le côté visuel, le côté physique et le côté mental.

Le côté visuel, nous le connaissons; il est créé par la rotation de l'individu sur lui-même ou par la rotation des objets autour de lui.

Le côté physique est constitué par de la pesanteur de tête, une sensation de défaillance dans les jambes, par des sueurs. Ces symptômes peuvent s'accroître. La défaillance peut aller jusqu'à la syncope, mais la perte de connaissance n'est jamais soudaine, elle est secondaire au vertige, et est toujours préparée. Les sueurs peuvent devenir algides, avec chaleur au début. Des vomissements peuvent avoir lieu, et tous ces accidents se terminent par de la courbature générale. En tous cas, ces phénomènes ne sont que des annexes du vertige; ils viennent après lui.

Quant au côté mental, il est surtout caractérisé par la peur des conséquences de la syncope.

Dans le vertige épileptique, la peur est atroce, terrifiante; dans le vertige hystérique la peur est monotone, uniforme. Le malade vous dit: « Figurez-vous que..., etc. »

Le vertige visuel n'est jamais rhumatismal, ni goutteux. Il existe pour son propre compte. C'est le vertige. Les autres sont des états vertigineux.

Une seconde cause de vertige sensoriel est le vertige auriculaire. Les phénomènes visuels n'y sont pour rien. Il a une origine cérébrale ou non cérébrale. Quand il arrive à la suite d'une affection de l'oreille, il est produit par des susurrus, par une moindre audition. Il arrive encore qu'on emmène un individu dans un milieu bruyant: il a du vertige.

Parfois le vertige auriculaire est colossal; exemple, le vertige de Ménière.

Dans tous ces cas, de même que le vertige oculaire, il n'est sous la dépendance d'aucune diathèse.

II

Du vertige gastrique.

Une seconde classe de vertiges comprend le vertige gastrique. Comme l'indique le titre, c'est l'estomac qui est la cause du vertige. On a encore appelé le vertige gastrique, le *vertigo a stomacho læso*. Or, il est à remarquer que ce sont seulement les affections légères de l'estomac qui donnent du vertige et que le *stomacho læso* n'en donne pas.

Lorsqu'un malade est atteint d'une maladie grave de l'estomac, il n'est pas vertigineux; le cancer stomacal ne donne pas de vertige. Le vertige gastrique, comme les autres phénomènes nerveux réflexes du même ordre, n'est la conséquence que d'un petit état gastrique; et cela est si évident, que quand

une vraie maladie gastrique succède à un mauvais état de l'estomac, elle fait disparaître le vertige.

Du jour où une affection organique envahit un organe, elle supprime les réflexes. La gangrène de la verge ne donne pas de douleur, le cathétérisme pratiqué même sur une longueur de 10 centimètres donne la fièvre. Quelquefois, il est vrai, on voit de la gastralgie préalable dans le cancer de l'estomac, mais c'est exceptionnel. Les réflexes stomacaux sont la céphalalgie, la fatigue, les vertiges, c'est un jeu de raquette entre l'estomac et le système nerveux; s'ils n'existent pas, prenez garde à une affection organique.

Le vertige n'est pas en raison directe de l'affection stomacale; on peut avoir un grand vertige avec un léger trouble gastrique. Il apparaît surtout sous l'influence de la réplétion ou de la déplétion stomacale.

La réplétion coïncide avec le moment de la digestion. Ce moment varie selon la quantité, l'horaire, la nature des aliments.

Le vertige ne vient jamais immédiatement après le repas. Il faut que la digestion soit arrivée à une période donnée qui est de plusieurs heures. Alors tout ce qui vient la troubler: une impression morale, une conversation animée, la fumée de tabac, un verre d'eau, ont la même influence. Toutes ces causes amènent le vertige, et quand il survient, il arrive vite. Il se traduit par la perte de l'équilibre, qui est ondulatoire ou rotatoire; il peut aller même jusqu'à la syncope. C'est une dyspepsie vertigineuse par réplétion, ou si vous aimez mieux, une indigestion avortante. Il n'y a pas de sensation stomacale, il n'y a qu'un grand malaise général et une syncope. S'il y avait eu indigestion complète, il n'y aurait pas eu de vertige.

De même que pour les aliments solides, il y a une dyspepsie des liquides et un vertige des boissons. Tel est le vertige alcoolique, mais qui est, en même temps, un vertige toxique. La quantité des boissons est indifférente; un petit verre suffit pour déterminer, quelque temps après son absorption, du vertige cérébral, chez les individus prédisposés.

Si la réplétion détermine de tels troubles, la vacuité de l'estomac n'en cause pas de moindres.

Dans ce cas il ne s'agit plus de crises de vertige, c'est l'état vertigineux qui domine la scène. Qu'est-ce que l'état vertigineux? C'est la peur du vertige. C'est une instabilité de l'équilibre, une indécision dans la marche, qui fait que l'on n'est pas sûr de soi. Il y a des dyspeptiques qui en arrivent au point de ne plus oser traverser la rue. Quand cet état s'aggrave, c'est moins la syncope qui survient que la nausée et les vomissements.

Ainsi donc on peut être vertigineux sans avoir de vertige.

Comme les dyspepsies par réplétion sont des indigestions, le malade ne va bien que quand il ne mange pas. Tandis que dans les dyspepsies par déplétion, l'estomac ne s'agite que quand il commence à se vider: c'est-à-dire de quatre à six heures après le repas. Alors le malade n'a qu'un but, c'est de manger. Que résulte-t-il de ces différents états? C'est que dans le premier on tend à diminuer de plus en plus son alimentation, et qu'on arrive ainsi par des étapes successives à la fatigue, à la faiblesse, à l'anémie, aux états nerveux qu'amènent les maladies qui déterminent l'inanition.

Il y a même des individus qui, dans le but de soutenir leurs forces qui déclinent, font abus des boissons alcooliques. L'alcoolisme vient alors se surajouter à l'inanition et engendre des états cérébraux complexes.

D'autres fois au contraire, les malades, pour faire taire leur malaise, mangent. Ils font des collations avec des tasses de bouillon, de thé ou de chocolat. Ce sont eux qui ont inventé l'alimentation fractionnée.

Quand il s'agit de diagnostiquer une affection dyspeptique de l'ordre purement gastrique, il faut étudier avant tout, si la dyspepsie appartient à l'affection par réplétion ou à l'affection par déplétion stomacale.

Dans le vertige par réplétion, le malade a des crises, mais il

ne reste pas vertigineux. C'est le contraire qui a lieu dans la dyspepsie par vacuité stomacale.

Dans les cas de crise vertigineuse de l'estomac, il y a de la périodicité. Elle revient à heures presque semblables.

Dans le vertige stomacal, la crise finit où commence l'état vertigineux ; la crise devient un maximum et n'est jamais une crise foudroyante d'emblée. Le malade ne perd connaissance qu'après la crise. Il commence par être un peu, beaucoup, passionnément vertigineux.

Il y a donc avant la syncope quelque chose d'initial : la syncope n'a pas été brusque. De plus elle ne va jamais jusqu'à la perte de connaissance absolue. Aussi le malade vous renseigne-t-il. Il est bon juge : il s'est étudié.

Or, pour qu'un individu étudie son vertige, il faut qu'il ait conservé son intelligence.

Une femme se trouve mal ; vous lui demandez : « Avez-vous perdu connaissance ? — Non, j'entendais. » C'est un quart de connaissance qui nous laisse en rapport avec le monde extérieur. Plus la conscience existera, plus le vertige sera bénin.

A un autre degré, le vertige s'accompagne de suracuité de la conscience. Il y a, entre cet état et le précédent, la différence qui existe entre voir et regarder.

Ce dont on peut être assuré, c'est qu'il n'y a pas, dans ces modalités du vertige, d'affection cérébrale de l'ordre grave.

Parfois le diagnostic du vertige gastrique ne laisse pas que d'être extrêmement délicat, et pour nous faire voir combien, dans certains cas, il est difficile, je vais vous en citer quelques exemples.

J'ai soigné un jeune homme dans les circonstances suivantes. Jeune, beau, intelligent, cet homme allait épouser une jeune fille. A la fin d'un dîner, il causait en fumant un cigare, lorsque tout à coup il pâlit, et tombe à terre. Il a un vomissement alimentaire, puis un autre bilieux : c'est tout. On le couche. Le lendemain, il ne gardait pas traces de l'événement de la veille. On crut à une indigestion.

Le soir de ses nocces, il a un malaise semblable au premier, suivi d'un vomissement. On crut que c'était l'émotion. Puis, pendant deux ou trois mois, les malaises se renouvellent toujours accompagnés de vomissements. Cet homme fut obligé d'entrer dans une maison de santé. Il en sortit, mais fatigable d'esprit.

Ainsi on diagnostiqua un vertige par indigestion et c'était une affection cérébrale. Qui aurait pu s'en douter ? Le vertige avait été l'avertissement sans frais.

Dans un régiment, un cavalier a un vertige ; il perd connaissance, il tombe. La perte de connaissance dure trois ou quatre minutes. Il a un vomissement. Son chef de bataillon a également un vertige. Il tombe aussi avec perte de connaissance et vomissement. Le premier a une insolation, le second va peut-être devenir un cérébral. Quels éléments de diagnostic avez-vous ?

Un homme de quarante à cinquante ans se promène dans la rue ou joue aux cartes. Il a un éblouissement, un vertige, avec vomissement bilieux, ou alimentaire s'il a mangé. Il va se coucher et on dit que la chaleur a déterminé une indigestion. Il peut être aussi bien un cérébral. Un individu est à la campagne, il se promène par un grand soleil, il est subitement pris de vertige, avec malaise, un vomissement arrive, un seul, suivi de nausées pendant 36 à 48 heures. Est-ce un cérébral ou un stomacal ?

Tous ces accidents sont-ils des phénomènes vertigineux gastriques causés par des accidents cérébraux, ou bien sont-ce des états de l'estomac déterminant des accidents cérébraux ?

Avec ces sortes de vertiges, on est dans un carrefour ; il faut regarder partout. Il ne faut pas être consolant par ignorance : si nous n'avons pas la prévision, qu'est-ce qu'il nous reste ? Car dans ces cas nous n'avons qu'à faire du diagnostic pronostic.

Aucun de ces symptômes n'est un guide sûr, un renseignement absolu. Il est sage de penser à une affection cérébrale possible, et c'est tout.

une pneumonie ni un rhumatisme. On se donne le vertige; on le crée de toutes pièces en tournant sur soi-même, de même qu'on se donne la migraine par des horaires de repas mal choisis.

Le vertige est un signe subjectif. C'est un signe dans lequel le malade est plus fort que le médecin, car il raisonne son vertige, tandis que le médecin ne peut raisonner que par analogie.

Toute crise vertigineuse peut se décomposer en une multitude d'états; mais il y a surtout deux termes à considérer: la perte de l'équilibre et la peur qui l'accompagne à un degré différent.

La peur a ses règles. C'est d'abord un spasme laryngé: on voudrait crier, on ne peut pas. Puis il se produit une sorte de rétraction générale en vertu de laquelle la peau se creuse, les yeux s'excavent, les parties génitales se rétractent. Enfin, tandis que les autres sécrétions disparaissent, une sueur profuse vient ajouter au malaise général.

Tous ces symptômes ont une intensité variable; ils peuvent aller depuis l'angoisse précordiale et prégastrique jusqu'à la syncope. Quelquefois la peur constitue à elle seule tout le vertige.

Il y a deux procédés pour envisager le vertige: l'examen du symptôme en lui-même et l'examen de la cause productrice du vertige.

Le premier procédé symptomatique est difficile et n'est pas sûr. Le vertige est une maladie d'imposture: on a un petit vertige avec une grande maladie, et un grand vertige à propos d'un malaise indifférent. Il a une gravité extrême, puisqu'il peut être le premier symptôme d'une maladie cérébrale latente, c'est-à-dire l'entrée dans une affection implacable. Il est sans valeur, puisqu'il est occasionné par un petit état stomacal.

Il est tout ou rien: le vertige cérébral est grave, le vertige stomacal n'est rien.

Quelquefois même, il est toute la maladie et rien ne peut mettre sur la voie de sa cause.

Et puis, pourquoi a-t-on le vertige et pourquoi ne l'a-t-on pas? Je valse, j'ai du vertige ou je n'en ai pas. Pourquoi?

Il n'y a donc pas de procédé symptomatique possible. On ne peut pas avoir confiance dans un signe de valeur si différente, pas plus que je ne puis avoir confiance en un monsieur qui se fâche de la même façon si on lui marche sur le pied que si on viole sa fille.

Le second procédé consiste à examiner la cause qui a déterminé le vertige. C'est le procédé pathogénique.

Une des principales causes du vertige, c'est le trouble de la vue. On se donne le vertige dans nombre de conditions: en tournant sur soi-même ou en regardant les objets tourner. Ainsi, regarder les chevaux de bois tourner ou tourner dessus, c'est absolument la même chose. Le résultat, c'est le vertige dit rotatoire, c'est-à-dire le vertige type.

Le vertige survient quand on passe rapidement le long d'une grille; c'est le vertige latéral.

Il peut être horizontal: on l'a dans son lit. Il est plus rare, car l'homme couché n'a pas besoin d'asseoir son équilibre par ses facultés visuelles. Il existe cependant, et il y a des individus dont le maximum de vertige a lieu quand ils sont au lit, le matin. Ils se lèvent, ils n'ont plus rien. Ce trouble est-il dû à de l'anémie ou à de l'hypérémie cérébrale?

Le vertige peut être vertical: de bas en haut, quand on regarde des tableaux, de l'architecture; et de haut en bas, quand on regarde du haut des tours Notre-Dame.

Cette dernière catégorie de vertige constitue le vertige des altitudes. Il vient d'un trouble de l'accommodation et d'une sensation attractive. Le malaise qui en résulte est considérable. La peur, dans le vertige des altitudes, peut avoir des conséquences énormes, puisqu'on se suicide par crainte de se tuer. Cet état, à la fois rétractile et centrifuge, équivaut à une impulsion. Il touche au vertige maniaque impulsif.