

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Charcot (vertige de)**

**CHARCOT, Jean Martin. - Du vertige
laryngé**

*In : [Le] Progrès médical (Paris), 1879, Vol. 17, pp.
317-9*

Le Progrès Médical

REVUE CLINIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Du vertige laryngé.

Sous le nom de *vertige laryngé* (*laryngeal vertigo*), M. le Dr J.-R. Gasquet a publié (*The Practitioner*, août 1878), l'histoire d'un cas que nous allons faire connaître d'après l'analyse qui en a été donnée récemment par M. le Dr G. Decaisne dans la *Revue des sciences médicales* (n^o 26, 15 avril 1879, t. XIII, 2^e fascic.).

« Il s'agit dans cette observation, d'un amiral en demi-solde, ayant toujours mené une vie active et qui avait joui jusque dans ces dernières années de la santé la plus florissante. Il y a 3 ans, à l'âge de 70 ans, il fut pris d'une forte bronchite, avec toux spasmodique et accès de dyspnée se renouvelant plusieurs fois par jour. C'est à partir de cette époque qu'il devint sujet aux attaques dont il donne lui-même la description suivante : Il perd subitement connaissance et tombe sur le sol. Au bout de 2 ou 3 minutes, il revient à lui, mais reste encore quelque temps étourdi. L'accès se borne à ces seuls phénomènes, jamais de convulsions, de cris, etc.

« Ce malade a été successivement traité comme atteint d'une affection cérébrale mal déterminée, d'épilepsie, de vertige stomacal, etc., mais sans succès. Au bout d'un certain temps, il remarqua que les attaques qui revenaient à des intervalles très-irréguliers, étaient toujours précédées par une irritation du larynx et une toux spasmodique, laquelle toutefois n'était pas constamment suivie de l'explosion de l'accès. C'est alors qu'il se décida à soigner sérieusement son larynx (?) qui est aujourd'hui guéri. En même temps les attaques ont disparu; depuis 9 mois il en est complètement débarrassé. »

M. G. Decaisne rapproche avec beaucoup de raison cette intéressante observation des cas dont M. Charcot a fait l'objet d'une communication à la Société de biologie, dans la séance du 19 novembre 1876, sous cette même dénomination de *vertige laryngé*, employée par M. Gasquet. L'analogie qui existe dans les cas dont il s'agit est vraiment frappante. Il ne sera pas sans intérêt, puisque l'occasion s'en présente, de rappeler, d'après le compte-rendu de la *Gazette médicale de Paris* (1876, n^o 49, p. 588), les principaux détails des observations communiquées par M. Charcot à la Société de biologie et les quelques remarques dont il les a fait suivre.

« M. Charcot fut appelé, il y a une quinzaine d'années à voir un malade sujet à des attaques de goutte articulaire et qui souffrait de temps en temps d'accès de toux spasmodique. Un jour, pendant la durée d'une quinte, il le vit tout à coup s'affaïsser sur lui-même et se relever presque aussitôt, sans avoir présenté la moindre trace de convulsions. Le malade qui, au sortir de cette crise, assurait qu'il n'avait pas perdu complètement connaissance, fit connaître que de temps à autre il souffrait de ces accidents, depuis l'époque où la toux spasmodique s'était manifestée. Inutile d'ajouter que le malade, âgé de 55 ans, n'avait jamais éprouvé de symptômes d'épilepsie.

« En août 1876, M. Charcot vit avec le Dr Caresme un malade, M. H..., âgé de 55 ans, qui, lui aussi, non épileptique, se plaignait d'être devenu sujet, depuis un an, à ce qu'il appelle des « attaques ». L'attaque est annoncée par un chatouillement siégeant un peu au-dessous du larynx et accompagné par une petite toux sèche; tout à coup le malade

perd connaissance et s'affaïsse. Pendant cette attaque, au dire des personnes qui sont à même de l'observer, la face devient violacée, turgescence, et il se produit parfois quelques secousses convulsives dans la face et dans l'un des bras. Il est certain que le malade ne se mord pas la langue et n'urine pas sous lui. L'accès est de très-courte durée et à peine est-il terminé que M. H... se relève, sans léthargie, capable même d'achever la conversation un moment interrompue. Les accès sont devenus très-fréquents depuis quelque temps; on en a compté une quinzaine en un seul jour et il est arrivé au malade de tomber dans la rue. Chaque fois les attaques en question ont été précédées du chatouillement laryngé et de la petite toux; cependant il peut arriver que les accès de toux ne soient pas suivis de grandes attaques. Dans ce cas, le malade éprouve seulement un sentiment vertigineux qu'il ne peut pas définir et qui n'est pas suivi de chute.

« M. H... est depuis longtemps déjà atteint de bronchite chronique avec emphysème, mais c'est depuis un an seulement que se sont montrés le chatouillement, la toux spasmodique et les attaques qui viennent d'être décrits.

« M. Charcot a été amené à penser que dans les cas de ce genre, le point de départ des accidents est peut-être une irritation particulière des nerfs laryngés-centripètes. Il s'agirait donc là, d'une sorte de *vertige laryngé*, comparable à certains égards, au *vertige de Ménière*, qui lui paraît se rattacher à une affection des nerfs du labyrinthe. Sous cette impression il a prescrit les cautérisations pharyngées au nitrate d'argent, les applications irritantes sur la région antérieure du cou, et à l'intérieur l'emploi du bromure de potassium à dose élevée. Soit par l'effet de cette médication, soit par toute autre cause, le malade a guéri au bout de quelques semaines de traitement.

« Depuis cette époque, M. Charcot a eu l'occasion d'observer quelques faits se rattachant à ce même type clinique : tout récemment en recherchant ce qui pouvait avoir été publié sur cet ordre de faits il a rencontré, dans le *Berliner Klin. Wochenschrift* (Berlin, 23 septembre 1876, p. 563), une observation relatée par M. le Dr Sommerbrödt et où il s'agit d'un homme de 54 ans, atteint depuis un an d'accès épileptiformes et de symptômes laryngés. La présence d'un polype du larynx ayant été reconnue, on procéda à l'extirpation. L'opération réussit complètement; depuis, les accidents épileptiformes n'ont plus reparu. »

Dans ses dernières conférences cliniques de la Salpêtrière (décembre 1878), M. Charcot est revenu sur la description du composé symptomatique dont la lecture des observations qui précèdent permet de saisir les principaux traits et qu'il a proposé d'appeler du nom de *vertige laryngé*. A ce propos, il a attiré l'attention de ses auditeurs sur deux faits récemment observés par lui et qui appartenaient évidemment au groupe clinique dont il s'agit. Voici l'exposé sommaire de ces deux observations nouvelles : on y verra que les caractères fondamentaux du type se trouvent là, en quelque sorte, servilement reproduits.

« M. le Dr W..., né en Russie, est âgé d'environ 40 ans; il y a douze ans après être resté pendant l'hiver, plongé dans l'eau jusqu'à mi-corps, près d'une heure durant, il a été atteint d'un rhumatisme articulaire généralisé qui l'a retenu au lit pendant près de 3 mois. Peu après se déclara une affection bronchique qui, d'abord aiguë, ne tarda pas à s'établir d'une façon à peu près permanente. Oppression constante, bruits sibilants qui s'entendent à distance, expectoration

difficile. Fréquemment se montraient de violents accès d'asthme qui généralement se terminaient par l'expectoration de crachats moulés, vermiformes.

» Pendant le cours de l'année 1877, les accidents spéciaux dont on va donner la description d'après le récit du Dr W..., se sont reproduits une dizaine de fois. En dehors des accès d'asthme, et sans intervention d'une cause appréciable, tout à coup le malade éprouve un peu au-dessous du larynx, sur le trajet de la trachée, un sentiment particulier de brûlure et de chatouillement très-pénibles et peu après se déclare une quinte de toux; puis, très-rapidement survient un vertige et presque aussitôt, M. W... sent successivement les doigts de sa main gauche se fléchir involontairement, le membre supérieur gauche se raidir dans l'extension et s'élever tout d'une pièce jusqu'à la hauteur de la tête, en même temps que ce membre, en entier, est agité par 3 ou 4 mouvements cloniques. En ce moment M. W... perd connaissance; à son réveil qui a lieu quelques secondes après, il se trouve constamment couché à terre, reposant sur le côté gauche. Les membres du côté gauche ne présentent aucune anomalie, quant au mouvement et à la sensibilité, dans l'intervalle des accès qui viennent d'être décrits.

» Plusieurs fois le sentiment de brûlure et de chatouillement, la toux prémonitrice ont été suivis seulement par quelques inspirations sifflantes, une menace de suffocation et l'accès est resté ainsi incomplet. L'examen laryngoscopique pratiqué par M. Fauvel, n'a fait reconnaître dans l'organe qu'un peu de rougeur anormale de la muqueuse.

» Le Dr W... a succombé très-rapidement, en pleine connaissance, sans avoir présenté de convulsions, pendant le cours d'un accès d'asthme, le 12 janvier 1878. »

« M. G..., âgé de 43 ans, fut atteint vers le 20 juillet 1878, d'une bronchite sans caractère particulier qui guérit assez rapidement, mais laissa après elle au niveau du larynx un sentiment presque permanent de chaleur et de chatouillement. Ces sensations s'exaspèrent de temps à autre tout à coup et sont suivies de quintes de toux très-pénibles. Dans le courant du mois d'août M. G... étant au lit, fut réveillé brusquement par une de ces quintes; il se leva, perdit presque aussitôt connaissance et se réveilla quelques instants après gisant à terre. Depuis cette époque, les crises se sont très-souvent reproduites, quelquefois il y en a eu 3 ou 4 en un jour. Constamment dans ces crises, le malade perd connaissance et tombe à terre; il est plusieurs fois tombé dans la rue. Il se relève presque aussitôt, sans trouble marqué dans ses idées, mais ne conservant aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant la chute; il se rappelle seulement le chatouillement laryngé, la toux et le sentiment vertigineux qui l'ont précédé. D'après le récit des personnes qui ont assisté à ces crises, la face devient quelquefois, au moment de la chute, turgescente et un peu violacée; il y a de temps en temps quelques mouvements convulsifs dans la face et dans les membres; pas de cri initial, pas d'émission d'urines. Le malade ne s'est jamais mordu la langue; il n'y a au moment du réveil ni nausées ni vomissements.

» L'examen laryngoscopique pratiqué par M. le Dr Krisha-ber, n'a fait reconnaître, soit dans la cavité du larynx, soit dans celle de la trachée, l'existence d'aucune lésion.

» Telle était la situation lorsque M. G... vint consulter M. le Dr Charcot, en décembre 1878. Ce dernier prescrivit l'emploi du bromure de potassium à doses élevées et l'application de vésicatoires volants sur la région du larynx; après trois semaines de traitement, les accidents avaient complètement disparu. »

On a pu remarquer jusqu'à quel degré les faits qui viennent d'être relatés s'accordent tous entre eux, du moins sur les points principaux. Les phénomènes qui peuvent justifier la dénomination de « vertige, » proposée pour les désigner, ont été constamment annoncés par ceux qui, à leur tour, légitimement en quelque sorte l'emploi du qualificatif « laryngé ». En effet, le sentiment de chatouillement, de

brûlure, la toux, ayant pour siège apparent le larynx ou les régions supérieures de la trachée, ont, dans tous les cas, précédé la chute et la perte de conscience. Celle-ci paraît être un caractère constant de ce que l'on pourrait appeler les « grandes attaques »; elle a fait défaut seulement dans les cas légers, dans les attaques incomplètes. Dans les grandes attaques, l'existence de quelques phénomènes convulsifs localisés dans la face ou dans un ou plusieurs membres semble être chose fréquente. Dans un cas, les accidents convulsifs ont revêtu la forme de l'épilepsie partielle (cas du docteur W...), et le malade pouvait assister, en quelque sorte, au développement des premières phases de l'attaque. La perte de connaissance suit de très-près l'apparition des symptômes de l'*aura laryngée*; elle est de courte durée; quelques secondes, quelques minutes à peine après la chute, le malade reprend ses sens; il se relève, conservant à peine un peu de confusion dans les idées, et celle-ci se dissipe rapidement. La fin de l'accès n'est pas marquée, ainsi que cela a lieu dans le vertige labyrinthique, par des nausées et des vomissements; et pendant sa durée il n'y a pas, autant qu'on le sache, du moins, morsure de la langue (1), émission involontaire d'urine, comme cela se voit fréquemment dans l'épilepsie.

Voilà, quant à présent, ce que les observations apprennent de plus important concernant la symptomatologie du vertige laryngé. Sans vouloir préjuger les enseignements de l'avenir, on peut croyons-nous, admettre dès aujourd'hui, à titre de proposition au moins très-vraisemblable, que les accidents groupés sous cette dénomination répondent à une forme clinique, distincte, et qu'il sera possible désormais de séparer en pratique, à l'aide de certains caractères, des formes connexes. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le vertige *ab aure laesa* est annoncé en général par une exacerbation brusque des sensations auditives, telles que bourdonnements, sifflements, etc. La chute quand elle a lieu n'est pas accompagnée de perte de connaissance, le malade raconte qu'il s'est senti comme précipité tout à coup par l'action d'une main étrangère; il est tombé en général, directement en avant, sur la face, plus rarement en arrière ou sur un des côtés (2); la fin de l'attaque est le plus souvent marquée par l'apparition de nausées ou de vomissements.

Ajoutons que sa subordination en quelque sorte nécessaire aux symptômes laryngés distinguerait le genre de « vertige » qui nous occupe, des diverses formes du *petit mal* épileptique avec lequel il a d'ailleurs, on a pu le remarquer, plus d'un trait de ressemblance.

Dans les observations qui précèdent, le vertige laryngé paraît s'être produit comme une conséquence plus ou moins directe d'affections laryngo-bronchiques, développées sous l'influence de causes banales, ou relevant au contraire d'un état diathésique, la goutte, le rhumatisme. Il n'en est pas toujours ainsi. On a vu déjà par l'observation du Dr Sommerbrodt que des accidents analogues peuvent se rattacher à la présence d'un polype dans la cavité du larynx; d'un autre côté, M. Charcot a fait voir dans ses conférences, que tous les symptômes qu'il attribue au vertige laryngé se présentent

(1) Dans le cas du docteur Sommerbrodt, il est dit que dans ses crises le malade se mordait souvent la langue.

(2) Voir Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tome II, deuxième édition, p. 311.

quelquefois chez les malades atteints d'*ataxie locomotrice*, où ils constituent l'une des variétés de ces *crises laryngées tabétiques* dont M. le D^r Féréol a le premier donné la description (1). Mais c'est là un point que nous nous bornerons à relever pour le moment. Nous y reviendrons prochainement avec quelques développements à propos de deux observations de vertige laryngé *tabétique* dont nous ferons connaître tous les détails.

En terminant nous tenons à faire ressortir que le « vertige laryngé » n'existe encore, à l'heure qu'il est, qu'à titre d'ensemble symptomatique. La théorie pathogénique doit être réservée : sans doute les symptômes prémonitoires de l'attaque semblent désigner le larynx ou les régions supérieures de la trachée, comme étant le point de départ de tous les accidents. On pourrait invoquer encore les données expérimentales, surtout celles qui sont relatives aux effets produits chez les animaux par l'excitation du nerf laryngé supérieur, faite dans de certaines conditions (2) mais on ne trouverait pas encore, pensons-nous, dans ce rapprochement les éléments d'une démonstration absolue. Nous ferons remarquer, à ce propos, que dans deux cas où l'examen laryngoscopique a été pratiqué (cas du D^r W., cas de M. G.) la cavité du larynx et celle de la trachée ont été trouvées indemnes ou ne présentant que des lésions banales.

Quoi qu'il en soit l'application des révulsifs sur la région laryngée, les cautérisations pharyngées, l'administration du bromure, à dose élevée paraissent avoir été couronnées de succès, — en dehors des faits relatifs à l'ataxie locomotrice, ou à la présence de polypes dans le larynx, — dans tous les cas où ces moyens ont été mis en œuvre. B.

PATHOLOGIE EXTERNE

Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse (3) :

Par Paul SEGOND, aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux de Paris.

Lésions observées à la suite des mouvements forcés de rotation. L'étude de ces lésions constitue la partie essentielle de nos recherches.

L'observation clinique et l'expérimentation établissent que les mouvements forcés de rotation de la jambe sur la cuisse tiennent sous leur dépendance la majorité des entorses du genou. C'est donc aux lésions provoquées par cet ordre de mouvement, qu'il nous faut surtout demander la raison d'être des épanchements sanguins dont nous poursuivons l'étude.

Depuis le travail de Bonnet, l'étude expérimentale des entorses du genou est restée un peu dans l'oubli. Les expérimentateurs ont surtout accordé leur attention à l'anatomie pathologique des luxations, et tous les auteurs qui ont écrit sur la matière ont reproduit, sans restriction, les résultats obtenus par le chirurgien lyonnais (4).

Voici comment il s'exprime à propos des effets physiques produits par les mouvements forcés de rotation. « De tous les résultats fournis par les expériences sur les mouvements forcés du genou, un des plus constants est celui que l'on obtient en exagérant la rotation de la jambe sur la cuisse. Dans ces cas l'*articulation reste intacte*, le tibia est frac-

turé à sa partie moyenne et le péroné à sa partie supérieure », et plus loin « il arrivait parfois que les désordres se passaient au niveau du cou de pied. »

S'il est vrai, et nous croyons le fait indéniable, que la rotation de la jambe sur la cuisse joue un rôle pathogénique important dans la grande majorité des entorses du genou, une telle assertion paraît, pour le moins, singulière, car, prise au pied de la lettre, elle établit une divergence absolue entre les enseignements de la clinique et ceux de l'expérimentation.

Mais, l'analyse du procédé expérimental, auquel Bonnet avait recours, montre que les conditions, dans lesquelles il se plaçait pour opérer le mouvement forcé, ne pouvaient réaliser celles qui doivent présider, sur le vivant, à la production de l'entorse par rotation. « Pour produire le mouvement forcé, nous dit Bonnet, je me servais du pied comme d'un levier, le saisissant par la partie antérieure et par le talon, je lui imprimais un mouvement violent de rotation en dedans ou en dehors. »

« C'était, je pense, me placer dans les conditions qui se rapprochent le plus de celles qui sur le vivant, donnent lieu au mouvement forcé de rotation de la jambe sur la cuisse. En effet, en raison de la direction de son axe qui fait un angle droit avec la jambe, le pied est presque nécessairement le point sur lequel est appliquée la force qui entraîne la jambe dans le mouvement de rotation forcé, de même qu'il est le siège de la résistance lorsque c'est le fémur qui se meut sur le tibia. »

En raisonnant ainsi, Bonnet nous paraît avoir négligé complètement le rôle de l'action musculaire, sur lequel nous avons déjà insisté. Bien évidemment, si les muscles de la jambe restaient passifs, l'entorse du genou par rotation de la jambe serait impossible, car les résultats obtenus par Bonnet sont vrais, nous les avons vérifiés sur plusieurs sujets.

Mais, sur le vivant les choses ne se passent pas ainsi. Le faux pas ou la chute qui détermine une entorse du genou, peut dans une certaine mesure, par la nature même de sa direction concentrer sur le genou la résultante des effets produits sur le membre inférieur, mais pour que cette transmission soit possible, intégrale et par conséquent efficace, il faut que l'ensemble des muscles de la jambe produise au moment de l'accident une sorte d'ankylose physiologique de l'articulation tibio-tarsienne.

Au moment où le traumatisme se produit, la contraction instinctive des muscles de la jambe peut réaliser cette condition. Il peut se faire aussi que le pied et la partie inférieure de la jambe soient immobilisés par le genre du traumatisme et les mêmes conditions se trouvent encore réalisées pour la transmission de l'effort.

On comprend dès lors tout ce qu'il y a d'imparfait dans la méthode expérimentale de Bonnet. Personne ne songe à nier les entorses du genou par rotation et les épanchements sanguins qui viennent les compliquer ; il est donc bien certain qu'une rotation forcée de la jambe peut déterminer des lésions dans le genou sans produire fatalement une lésion de l'articulation tibio-tarsienne ou une fracture de jambe.

La déduction s'impose d'elle-même, mais si nette qu'elle nous ait paru, elle venait se heurter contre l'autorité justement considérable du nom de Bonnet et nous désirions avant tout, légitimer notre manière de voir.

Pour étudier les désordres anatomiques qui se produisent dans le genou sous l'influence d'une rotation forcée de la jambe, nous avons toujours eu soin de prendre la jambe à pleine main pour la porter en rotation forcée. Pendant que nous produisions ce mouvement un ou deux aides immobilisaient le fémur. En procédant ainsi nous avons presque toujours produit des lésions dans le genou. Nous avons échoué sur quelques sujets trop jeunes, trop robustes ou trop vieux, sur les premiers nos efforts sont restés sans résultat et sur les derniers, la fracture de la jambe ou de l'extrémité inférieure du fémur est venue mettre fin à l'expérience avant toute lésion articulaire appréciable,

(1) Note lue à la Société médicale des Hôpitaux, 18 décembre 1868.

(2) Voir surtout : P. Bert, *Physiologie comparée de la respiration*, 25 et 26^e leçons, Paris 1870.

(3) Voir le n^o 17.

(4) MM. Noulis et Hennart ont institué de nouvelles expériences dans le but spécial d'étudier à nouveau les lésions anatomiques de l'entorse ; mais leurs observations confirment en tous points celles de Bonnet.