

Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : **Lermoyez (syndrome de)**

**LERMOYEZ, Marcel. - Le vertige qui  
fait entendre. (Angiospasm  
labyrinthique)**

*In : Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du  
nez et du pharynx, 1929, Vol. 48, pp. 575-83*

## LE VERTIGE QUI FAIT ENTENDRE (1)

(ANGIOSPASME LABYRINTHIQUE)

Par Marcel LERMOYEZ

Un syndrome auriculaire bizarre s'est présenté plusieurs fois à mon observation ; quelques lectures me laissent croire qu'il n'a pas été étudié.

L'oreille s'engourdit, s'assourdit, bourdonne ; peu à peu sa surdité se complète. La fonction auditive semble irrémédiablement abolie, quand soudain se déclare un violent vertige..., et, en quelques heures, l'audition reparaît. Un orage a nettoyé le ciel obscurci. On dirait que l'oreille fait un effort suprême, poussé jusqu'au vertige, pour se dégager : et elle réussit à briser ses entraves.

\*  
\*  
\*

I. — M. D... avait 38 ans quand j'eus le plaisir de faire sa connaissance, le 21 Décembre 1893. Depuis bientôt vingt années, il était possesseur d'une « maladie de Ménière ». Ne pouvant se prévaloir ni de la syphilis, ni de l'artériosclérose, ni même d'un mauvais estomac, il avait été relégué dans la division des neurasthéniques, laquelle était déjà à cette époque le « fourre-tout » de la médecine. Cet excellent homme occupait ses loisirs à aller chez les spécialistes lire des petits papiers, jamais écotés. Il se vantait d'être un cosmopolite de la thérapeutique ; nul auriste, nul traitement ne lui était inconnu. Il en accumulait les portraits et les formules sans utilité, avec la joie discrète du collectionneur qui se complaît dans les assemblages.

Vint mon tour. M. D... m'aborda avec affabilité, puis se mit incontinent à me dire la série de ses souffrances. Notre entretien dura cinq ans. Je ne le soulageai pas, mais il m'instruisit beaucoup. Ce fut un de mes meilleurs maîtres en otologie.

On ne connaissait pas, il y a vingt-cinq ans, les méthodes d'examen objectif du labyrinthe qui ont maintenant apporté à l'otologie les précisions de l'ophtalmoscopie. Cependant, comme son oreille gauche, qui empoisonnait la vie de M. D..., ne montrait pas de lésions tympaniques, je conclus à un trouble labyrinthique : ce qui était sage et vague. D'ailleurs, avant moi, Politzer puis Gellé avaient dit la même chose en des termes meilleurs.

Pendant quatre années, je soignai mon malade d'une façon quelconque, suivant l'usage établi. Les manifestations bourdonnantes, assourdissantes et vertigineuses de ce patient formaient un amalgame si étrange, que je n'en aurais rien cru si mon vénéré maître Pierre Merklen ne se fût porté garant de leur exactitude. Ainsi je dus admettre qu'en 1894, à la suite d'une excursion en haute montagne, la *surdité avait changé d'oreille...*, puis qu'elle avait repris son ancienne place à gauche, après le retour à Paris.

En 1897, un fait nouveau nous obligea à réviser cette affaire, que nous avions tous classée. L'oreille droite s'assourdit à son tour, en retard d'un quart de siècle sur sa partenaire ; et elle allait nous faire voir de singulières choses.

Au milieu de septembre, après quelques vagues essais de mise en train, une « crise

(1) La Presse Médical. 1919.

d'oreille » se déclare à droite. M. D... éprouve d'abord de la lourdeur dans la moitié droite de la tête ; son oreille droite bourdonne, puis siffle ; elle s'assourdit graduellement ; et, au bout de quelques jours, elle cesse tout à fait d'entendre. Or, voici qu'un matin, au réveil, éclate un grand accès de vertige, avec vomissements, etc. : vers midi, le malaise disparaît emmenant la surdité. Le soir même, l'oreille droite a retrouvé son fonctionnement normal.

Le 20 octobre, à la suite d'une partie de chasse dont le bruit a fatigué l'oreille droite, le même cycle se reproduit. Cette fois, la surdité persiste quinze jours. On désespère de l'audition, quand soudain un coup de vertige brutal, angoissant terrasse le patient ; l'orage dure quelques heures ; lorsqu'il s'est dissipé, l'oreille droite est de nouveau délivrée de sa surdité.

Trois semaines plus tard, encore une crise d'oreille. D'autres la suivent. Pendant ses périodes de grande surdité, M. D... aspire après le *vertige qui le fera entendre*. Il cherche à provoquer l'accès vertigineux libérateur par des bruits intenses, par des mouvements brusques ; il sent que s'il parvient à tourner quelques heures, il entendra pendant plusieurs semaines.

Deux ans après ces derniers événements, je revis M. D... Il était devenu définitivement sourd. Le vertige qui le faisait entendre n'avait plus jamais reparu.

**II.** — Je connus, dans l'été 1917, la visite de M. F...., cinquantenaire vigoureux, mais fort énervé par des préoccupations industrielles de guerre. Il menait la vie agitée des gros entrepreneurs, en quoi il y a plus de nourriture que d'hygiène. Son aspect éveillait des soupçons d'hypertension artérielle ou d'azotémie, que plusieurs examens n'avaient cependant pas confirmée.

En 1913, au retour d'une partie de chasse extrêmement bruyante, pendant laquelle ses oreilles avaient été péniblement affectées, il devint progressivement sourd, à tel point qu'il voulut abandonner ses affaires. On lui conseilla du repos à la campagne. Par une chaude après-midi d'automne, il faisait une calme promenade, lorsqu'un violent étourdissement le fit tomber. Il put avec peine se relever et rentrer chez lui, vomissant, titubant. Pendant cinq heures, un terrible vertige le tint au lit. Dans la soirée, comme il se sentait mieux, il s'aperçut que sa surdité venait de disparaître... ; quelques jours plus tard, il reprenait son existence antérieure sans aucune gêne auditive.

En 1916, la surdité revint, mais ne frappa que l'oreille gauche. Elle dura sept semaines ; après quoi trois heures de vertige ramenèrent encore l'audition. « Ce vertige fut moins fort qu'en 1913, nous dit le malade, évidemment parce que la surdité avait été moins intense. » Et son esprit de mécanicien admirait en cela la loi qui proportionne l'effort à la résistance.

En 1917 se montra encore une période de surdité, liquidée brusquement par un accès de vertige.

Ce malade, homme avisé et qui s'observe bien, me fait une déclaration fort intéressante. Dans l'intervalle des grandes crises à dénouement vertigineux, il aurait eu quelques crises de petite surdité, à apparition lente, à disparition brusque, *sans vertige*.

**III.** — Un des mes amis (Wassermann négatif ; tension artérielle : 16 1/2 — 9 ; azotémie : 0,22) ayant une bonne santé, mais surmené par des travaux littéraires, porteur de labyrinthes irritables et ayant présenté depuis quelque temps du syndrome de Ménière assourdissant l'oreille gauche, vient me voir en mars 1914. Il est profondément ému par la menace d'une surdité rapide qui s'abat sur sa bonne oreille. Le 20 mars, je constate une acuité auditive encore assez bonne à droite, mais très mauvaise à gauche. De ce côté la voix chuchotée forte est à peine comprise au voisinage du pavillon. Oreilles moyennes intactes : surdité labyrinthique typique.

Le 27 mars, par un temps orageux, mon ami se réveille très mal à l'aise, encore plus sourd et abruti de bourdonnements. Cependant il peut se lever et aller et venir dans son appartement. Vers deux heures s'installe un état nauséux qui se transforme bientôt en un grand vertige. Le patient se met au lit vers trois heures et parvient à s'endormir dans la soirée. Le lendemain matin, il se sent frais et dispos. Il n'a plus de vertige ! Il entend ! Dans l'après midi, je constate que son oreille gauche, presque inerte il y a huit jours, perçoit maintenant la voix chuchotée à la distance de cinq mètres.

L'oreille droite n'a pas changé.

\*  
\*  
\*

Le mardi 8 janvier 1861, l'Académie de Médecine, sous la présidence de Robinet, écoutait distraitement en fin de séance une lecture dont le titre ne devait guère tenter sa curiosité, « *Sur une forme de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne* » et qui, cependant, allait devenir un document historique. Le lecteur était Prosper Ménière (1799-1862), agrégé de médecine à la Faculté de Paris, d'une part, et, d'autre part, médecin en chef de l'Institution impériale des Sourds-Muets, où il avait succédé à Itard en 1838. Ces deux fonctions associaient heureusement en lui le bon sens d'un médecin et la perspicacité d'un spécialiste.

Ménière, spécialiste, avait remarqué depuis longtemps que chez certains sourds « les vertiges, l'état syncopal, la chute subite du corps, les vomissements avaient été précédés de bruits dans les oreilles, que ces bruits ne reconnaissaient aucune cause appréciable, qu'ils persistaient dans l'intervalle des accès, qu'ils coïncidaient souvent avec l'augmentation des étourdissements ». Et il était convaincu, contrairement aux auteurs classiques, que des phénomènes si graves en apparence mais capables de disparaître peu à peu, devaient dépendre des *lésions d'un appareil spécial compatibles avec la conservation de la santé générale*. Ces lésions siégeaient sans doute dans les canaux semi-circulaires du labyrinthe, dont les expériences de Flourens avaient démontré, en 1842, le rôle dans la coordination des mouvements pour assurer l'équilibre du corps.

Ménière, médecin, apporta la vérification de cette hypothèse. Tandis qu'il travaillait dans le service de Chomel à l'Hôtel-Dieu, le hasard lui fournit une autopsie, qui ne doit pas être moins célèbre que celle du saltimbanque Lecomte.

« Une jeune fille, ayant voyagé la nuit en hiver, sur l'impériale d'une diligence, lorsqu'elle était à une époque cataméniale, éprouva par suite d'un froid considérable une surdité complète et subite. Reçue dans le service de M. Chomel, elle présenta comme symptômes principaux des vertiges continuels ; le moindre effort pour se mouvoir produisait des vomissements ; et la mort survint le cinquième jour.

« La nécropsie démontra que le cerveau, le cervelet et le cordon rachidien étaient absolument exempts de toute altération : mais, comme la malade était devenue tout à fait sourde après avoir toujours parfaitement entendu, j'enlevai les temporaux afin de rechercher avec soin quelle pouvait être

la cause de cette surdité complète survenue si rapidement. Je trouvai pour toute lésion les canaux semi-circulaires remplis d'une matière rouge plastique, sorte d'exsudation sanguine, dont on apercevait   peine quelques traces dans le vestibule et qui n'existait pas dans le lima on. Des recherches attentives m'ont permis d'établir avec toute la précision désirable que les canaux semi-circulaires étaient les seules parties qui offrirent un état anormal. »

Sa présence   l'Hôtel-Dieu valut aussi   M eniere le précieux appui de Trousseau. Voici ce que le Maître dit dans sa LXVIII<sup>e</sup> clinique : « C'est donc bien   M eniere que nous devons de connaître le rapport existant entre les lésions du labyrinthe et les troubles c erebraux, qu'avant lui tous les médecins rapportaient   des troubles de l'estomac,   des congestions apoplectiformes ou encore au début d'affections c erebrales plus graves ».

Trousseau défendit M eniere dans les discussions passionnées qui agitèrent l'Académie de Médecine au début de 1861. Sa sagacité de clinicien n'acceptait pas le bloc intangible et indivisible de la classique *congestion c erebrale apoplectiforme* : il voulut en distraire le vertige épileptique, le vertige labyrinthique et le vertige stomacal. Une telle audace scandalisa les vieux académiciens, fidèles   Boerhaave. Bouillaud s'écria : « Messieurs, Catilina est   nos portes ! »... et il lança l'anathème sur Trousseau : « *Quis tulerit gracchos de seditione quarentes ?* »

Cependant M eniere, peut-être étourdi par tant d'éloquence latine, quitta le terrain solide de l'observation, qui l'avait conduit vers une grande vérité, pour se perdre dans les fondrières des théories. Déjà il se préparait   annexer au labyrinthe l'épilepsie, la migraine... quand il mourut le 7 février 1862. La mort bienfaisante ne lui laissa pas le temps de jeter sur son œuvre le voile des erreurs séniles.

Popularisée par Charcot, la découverte de M eniere est connue maintenant de tous les praticiens : peut-être même ceux-ci abusent-ils du diagnostic de « Maladie de M eniere », de « Vertige de M eniere ». Du reste ces expressions sont mauvaises. Il est inexact de dire *Maladie de M eniere* toutes les fois qu'un sourd a du vertige : appelons-nous maladie d'Addison toute manifestation d'impotence surrénale ? Il est insuffisant de dire : *Vertige de M eniere*, car ce que M eniere a si bien décrit est une « triade », composée de vertige, de surdité, de bourdonnements : le nom d'une partie ne peut pas définir un tout. Le terme juste est SYNDROME DE M ENIERE, que nous adopterons...   condition de ne pas l'attribuer   n'importe quel vertige. Quelques précisions   cet égard pourraient peut-être clarifier nos idées au sujet de l'équilibration et de l'orientation.

\* \* \*

L'équilibration est la résultante d'un ensemble d'actes grâce auxquels nous conservons ou nous modifions notre attitude dans l'espace. Nos mouvements volontaires sont command es par le cerveau : mais ils sont dirig es par le cervelet. Le cervelet est le contremaître qui surveille la bonne ex ecu-

tion des ordres du patron-cerveau par les ouvriers-muscles. Le cervelet n'a donc pas d'initiative ; il n'est qu'un organisateur. Par exemple, veut-on passer de la station debout à l'action de marche ? Dès que l'ordre de marcher a été donné par le cerveau, le cervelet intervient et coordonne les diverses contractions musculaires nécessaires pour cette mise en marche.

Il est évident que le cervelet, pour ne pas faire de fausse manœuvre, doit connaître à tout instant notre situation spatiale. L'*orientation* a pour effet de le renseigner. Ainsi un général, qui a reçu du G. Q. G. l'ordre d'attaquer, ne peut faire bien manœuvrer ses troupes que s'il est renseigné incessamment sur leurs situations respectives par ses divers services de reconnaissance. Le cervelet s'adresse à quatre agences de renseignements : l'agence musculaire (sensibilité musculaire), l'agence cutanée (sensibilité tactile), l'agence oculaire (vue) et l'agence labyrinthique. Cette dernière est la plus importante : c'est pourquoi le vertige (erreur d'équilibration due à une erreur d'orientation) est généralement attribuable au labyrinthe ; toutefois le vertige peut être provoqué par un trouble dans une autre partie du système d'orientation. D'autre part, un mauvais cervelet peut mal interpréter de bons renseignements : dans ce cas, il se trompe soi-même. Il est banal qu'une tumeur cérébelleuse affecte l'équilibration sans que le labyrinthe intervienne en cela.

Or, ce qui caractérise le syndrome de Ménière, ce n'est pas seulement le vertige, avec son accompagnement habituel des nausées et d'angoisse, c'est l'*association des troubles d'équilibration avec les troubles d'audition* (bien entendu, je ne parle pas des cas frustes : *morbilla sine morbillis* !). Seul le vertige labyrinthique présente une telle formule clinique. En voici la raison.

La cavité osseuse de l'oreille interne, prolongement de la cavité crânienne, contient un appareil neuro-épithélial, le labyrinthe membraneux. L'anatomie y considère un organe unique, formé de trois parties associées : limaçon, vestibule, canaux semi-circulaires. La physiologie pense autrement ; elle reconnaît là deux organes différents, juxtaposés : le labyrinthe antérieur (limaçon) qui entend ; le labyrinthe postérieur (vestibule et canaux semi-circulaires) qui oriente. Elle croit que deux individus qui habitent deux chambres contiguës peuvent néanmoins exercer deux professions dissemblables. De ces deux organes partent deux nerfs, accolés dans la traversée de la paroi crânienne et confondus là sous la dénomination commune de nerf auditif. Arrivés dans le crâne, ces deux nerfs se séparent définitivement : le nerf cochléaire, nerf d'audition, gagne le cerveau ; le vestibulaire, nerf d'orientation, se rend au cervelet.

Or, si une lésion limitée — telle une hémorragie — provoque simultanément des troubles d'audition et des troubles d'orientation, on doit admettre qu'elle siège au point où les deux systèmes affectés se réunissent dans un habitat commun, c'est-à-dire dans le labyrinthe. Si vous m'annoncez qu'une bombe d'avion a simultanément produit des dégâts dans la rue A et dans la rue B, ne serai-je pas en droit de situer son point de chute au croisement de ces deux rues ?

Une autre notion demande aussi à être précisée. Le nerf cochléaire et le nerf vestibulaire sont d'anciens nerfs sensitifs, devenus nerfs sensoriels par spécialisation de fonction chez les êtres supérieurs. L'irritation d'un nerf sensitif produit de la douleur ; sa dépression entraîne de l'anesthésie. Or, là douleur du nerf cochléaire, c'est le bourdonnement (illusion de son) ; la douleur du nerf vestibulaire, c'est le vertige (illusion de déplacement). De même, l'irritation du nerf optique provoque des phosphènes ; l'irritation de la corde du tampon crée des illusions gustatives. Inversement, l'anesthésie du nerf cochléaire, c'est la surdité ; et si une oreille entend mal et bourdonne à la fois, c'est parce qu'elle fait de l'anesthésie douloureuse. Quant à l'anesthésie du nerf vestibulaire, celle-ci ne se révèle par aucun symptôme clinique : mais on la met expérimentalement en évidence par le résultat négatif de l'épreuve calorique de Barany. Sachons donc que, nonobstant les théories variées émises à cet égard, le *vertige labyrinthique est toujours un phénomène d'irritation* ; la preuve est qu'on le fait cesser en trépanant le labyrinthe malade et en détruisant les canaux semi-circulaires. Pourquoi ?

Parce qu'un labyrinthe malade, irrité, transmet de mauvais renseignements au cervelet, qui, trompé à son insu, organise une mauvaise équilibre ; tandis qu'un labyrinthe mort ne peut plus fournir aucun renseignement d'orientation, ni bon, ni mauvais : alors le cervelet, qui cesse d'être averti de ce côté, se renseigne correctement ailleurs, surtout par les yeux, et équilibre bien.

\* \* \*

Il ne faut cependant pas mettre l'étiquette de syndrome de Ménière sur tout vertige labyrinthique : on n'appelle pas mal de Bright n'importe quelle forme d'insuffisance rénale. Ni le vertige continu, qui, survenant au cours d'une otorrhée, annonce la pyolabyrinthite, ni les vagues étourdissements, qui se montrent dans les vieilles otites sèches quand le labyrinthe commence à protester, ne méritent cette appellation. Le syndrome de Ménière, c'est le vertige brusque, apoplectiforme, paroxystique et récidivant, qui, éclatant dans le calme de la santé, a les allures d'une soudaine défaillance encéphalique. C'est pourquoi il fut si longtemps enchâssé dans le bloc classique de la « congestion cérébrale apoplectiforme », d'où Trousseau et Ménière eurent tant de peine à le détacher.

« Au milieu de la plus parfaite santé, dit Gellé, un individu entend soudain un sifflement formidable dans son-oreille, puis il se sent pris de vertiges, de tournoisements tels qu'il n'ose quitter l'objet auquel il s'est cramponné. Quelquefois le mal débute par une chute sur le sol ; le sujet se sent emporté, lancé, sans pouvoir s'arrêter ; il tombe ; souvent il est pris de nausées et vomit. Il ne perd que rarement connaissance. La crise passée, le malade *s'aperçoit qu'il est sourd.* »

Cette crise a une durée véritable, de quelques heures à quelques jours. Le vertige diminue peu à peu, se muant en un état de déséquilibre qui

laisse une grande fatigue. Il est rare que la surdité totale, laquelle s'est manifestée dès le début de l'accès, se maintienne telle : l'audition reparait lentement mais incomplètement.

Dans le syndrome que je signale, les phénomènes sont les mêmes, mais ils se disposent suivant une ordonnance inverse : ils constituent un syndrome de Ménière à rebours. Dans la forme classique, le vertige inaugure la crise ; chez mes malades, il la liquide. Là il est commencement ; ici il est terminaison. Là il altère brusquement la santé ; ici il la rétablit soudainement. Là il enchaîne l'oreille dans la surdité ; ici il la délivre. Mais qu'il soit malheur ou bonheur, il arrive toujours à l'improviste. La succession des actes du syndrome de Ménière est celle-ci : bonne audition ; puis brusque vertige ; surdité subite et dégressive ; malaise traînant ; rétablissement lent. Chez mes malades : malaise croissant ; surdité progressive ; puis brusque vertige et bonne audition.

La chaîne des Vosges montre un versant assez abrupt qui surplombe la plaine d'Alsace, tandis que l'autre versant s'abaisse doucement vers les collines de Lorraine. Les malades de Ménière, venant de la plaine, égale et silencieuse, semblent escalader le versant est, puis descendre peu à peu sur le versant ouest. Mes patients paraissent monter doucement sur les pentes occidentales : mais, arrivés au sommet, ils dévalent soudain dans la plaine orientale. Tous font le même chemin, passent par les mêmes étapes : seul, le sens de leur marche se contrarie.

\*  
\* \*

On conçoit que les facteurs de la crise vertigineuse soient les mêmes dans les deux séries de cas : puisque ce sont les mêmes symptômes dont la répartition seule diffère. Nous sommes donc en droit de dire que de part et d'autre les causes de ce vertige sont également obscures.

Cependant l'influence des lésions de l'oreille moyenne peut être éliminée ; ni les otites sèches ni les otites purulentes ne provoquent de troubles labyrinthiques, ayant ces grandes allures paroxystiques, brutales comme des crises d'épilepsie.

D'autre part, le caractère essentiellement passager de ces crises paroxystiques et récidivantes ne permet pas de les attribuer à une lésion permanente telle qu'une hémorragie ; dans cette hypothèse, la perte de l'audition serait définitive. On peut admettre qu'il s'agit de troubles circulatoires. L'âge des sujets nous invite à mesurer leur tension artérielle : on la trouve généralement normale. Des examens de sang répétés me font croire que l'azotémie n'est pas en jeu. Il me paraît qu'il s'agit là d'*angiospasm*es locaux chez des sujets neuro-arthritiques (j'aimerais mieux dire *goutteux*, ayant une susceptibilité labyrinthique exagérée aussi bien vis-à-vis des excitants externes (bruits de chasse, mouvements violents et prolongés) que des irritants internes (intoxications diverses et surtout auto-intoxications gastro-intestinales) ; ce qui excuse Trousseau d'avoir imaginé son fameux vertige *a stomacho laso* ! Ces phénomènes doivent se ranger parmi



les « crises vasculaires » décrites par Pal, que cet auteur considère comme des manifestations le plus souvent angiospasmodiques, survenant au cours de diverses maladies et dont les processus anatomiques sont encore à peu près inconnus.

Les ophthalmologistes n'ignorent pas ces crises. Le cas de Wagenmann est classique. Un homme avait des périodes passagères d'amaurose de l'œil droit pendant lesquelles l'ophtalmoscope montrait une contraction des artères rétiniennes. Les vaisseaux reprenaient leur calibre lorsque la vision se rétablissait.

L'*artère auditive interne*, qui irrigue le labyrinthe, a la même disposition que l'artère oculaire. Branche du tronc basilaire, elle s'engage avec le nerf auditif dans le conduit auditif interne ; arrivée au fond, elle se divise en deux rameaux terminaux, l'*artère cochléaire*, qui se distribue à l'organe d'audition, l'*artère vestibulaire*, qui nourrit l'organe d'orientation.

On conçoit que le spasme puisse fermer soit le tronc de l'auditive interne, soit un seul de ses rameaux.

a) Le *spasme de l'artère auditive interne* affecte simultanément les deux labyrinthes, antérieur et postérieur, lesquels manifestent leur trouble par la triade de Ménière au complet.

b) Le *spasme de l'artère vestibulaire*, déclenche un accès de vertige, sans troubles auditifs paroxystiques concomitants. Il faut donc avoir déjà observé chez le patient d'autres crises complètes pour reconnaître ces crises larvées, qui ne sont du reste pas rares, et pouvoir les attribuer à un trouble du labyrinthe postérieur plutôt qu'à des phénomènes encéphaliques... ou à l'estomac !

c) Le *spasme de l'artère cochléaire* provoque des crises de surdité subite et passagère, avec de violents sifflements d'oreille, mais sans vertiges. Ce demi-syndrome de Ménière, à type purement auditif, est beaucoup moins connu que sa forme larvée exclusivement vertigineuse. Je l'ai plusieurs fois observé.

Ainsi ce trouble est mentionné dans l'observation II rapportée en tête de cet article.

Chez une autre malade, M<sup>me</sup> L..., 70 ans, tourmentée de nombreuses crises complètes de syndrome de Ménière, se produisaient des accès intercalaires de surdité paroxystique. « Mon oreille s'ouvre et se ferme tout d'un coup comme une boîte à ressort », disait elle.

J'ai pu observer aussi chez M<sup>me</sup> D. V..., 45 ans, atteinte de maladie de Raynaud, un angiospasme typique du labyrinthe antérieur ; il se traduit par une surdité à début brusque qui évolua comme dans une crise classique de Ménière — vertige en moins.

\* \* \*

C'est une chose étrange et mystérieuse, et qui intriguait beaucoup mes malades, qu'un phénomène aussi pénible que le vertige pût avoir un tel heureux effet : ils ne manquaient pas de m'interroger sur cette matière.

J'aurais pu leur répondre qu'à la vérité le vertige ne possède pas ce pouvoir magique. Il trompe le patient, dont la confiance voit un effet de causalité dans un fait de simultanéité : heureuse confusion en quoi notre thérapeutique puise souvent le meilleur de sa renommée.

Observons ce qui se passe dans l'asphyxie des extrémités, où l'angiospasmus se manifeste en pleine lumière. Sous l'influence d'une émotion, d'un refroidissement, « les doigts meurent » ; ils s'engourdissent, blanchissent et deviennent presque immobiles, en même temps qu'ils perdent leur sensibilité. Mais voici que, sous l'influence d'un réchauffement rapide, le spasme se détend, la circulation locale reprend, souvent avec violence. Les doigts bleuissent puis rougissent ; de pénibles fourmillements s'y produisent ; souvent une douleur cuisante, la douleur de l'*onglée*, annonce le retour de la sensibilité et du mouvement.

Des phénomènes semblables se passent dans les oreilles et il ne serait pas excessif de parler d'« onglée du labyrinthe ». La fermeture de l'artère auditive interne, qui s'est faite lentement, a provoqué l'anesthésie progressive de l'oreille, c'est-à-dire la surdité. Mais voici que le spasme se détend brusquement ; le sang se précipite à nouveau dans le labyrinthe qu'il étourdit ; et ce trop brusque afflux, qui dans les doigts produisait la douleur banale, provoque ici en même temps la douleur spéciale de l'organe cochléaire, qui est le bourdonnement, et la souffrance de l'organe vestibulaire, qui est le vertige ; il fait en outre disparaître l'anesthésie de l'oreille, je veux dire la surdité.

Apparition du vertige, disparition de la surdité lèvent de la même cause : la levée du barrage de l'artère du labyrinthe. Ce sont là des phénomènes simultanés, rien de plus. L'audition ne revient pas *parce que* le vertige éclate, mais *quand* le vertige éclate. Les malades ont tort de dire que le vertige les fait entendre. Le vertige n'est pas la cause du retour de l'audition, il n'en est que le témoin désagréable.