

**Medicine.** — *L'effet prismatique dans les cas-MÉNIÈRE.*

Par G. P. UTERMÖHLEN. (Communicated by Prof. A. DE KLEIN.)

(Communicated at the meeting of January 25, 1941.)

En l'année 1861 M. PROSPER MÉNIÈRE fit part à l'Académie Impériale de Paris d'une maladie de l'appareil auditif caractérisée par des symptômes situés dans le domaine de troubles de l'ouïe et de l'équilibre. Sa conclusion dans le Bulletin de l'Académie du 8 janvier 1861 était la suivante:

„1. Un appareil auditif, jusque-là parfaitement sain, peut devenir tout à coup le siège de troubles fonctionnels, consistants en bruits de nature variable, continus ou intermittents et ces bruits s'accompagnent bientôt d'une diminution plus ou moins grande de l'audition.

2. Ces troubles, ayant leur siège dans l'appareil auditif, peuvent donner lieu à des accidents réputés cérébraux, tels que vertige, étourdissements, marche incertaine, tournoiements et chûte, et de plus ils sont accompagnés de nausées, de vomissements et d'un état syncopal.

3. Ces accidents, qui ont la forme intermittente, ne tardent pas à être suivis de surdité de plus en plus grave et souvent l'ouïe est subitement et complètement abolie.

4. Tout porte à croire que la lésion matérielle, qui est cause de ces troubles fonctionnels, réside dans les canaux semi-circulaires.

A l'autopsie de sa malade il fut constaté une hémorragie dans les canaux semicirculaires.

La description de ce syndrome classique, auquel le nom de MÉNIÈRE est lié avec raison, n'a rien perdu de sa valeur depuis la première communication de celui-ci. Toutefois il s'est révélé plus tard que dans la plupart des cas la cause des symptômes que MÉNIÈRE décrit si succinctement et correctement ne peut pas seulement être attribuée à des hémorragies dans les canaux semicirculaires mais qu'une grande variété d'affections de l'organe périphérique, du N. octavus et même du domaine central du N. octavus peuvent causer les mêmes symptômes. Il est même probable que chez le groupe le plus considérable des malades soi-disant souffrants de „MÉNIÈRE” chez qui les attaques de vertige et les troubles de l'ouïe alternent avec des périodes où le malade se trouve plus ou moins en bonne santé, ce ne sont pas des causes organiques qui jouent le rôle principal, mais des troubles purement vasomoteurs qui causent les symptômes.

Je suis pour cela d'avis qu'il vaut mieux réserver le concept „maladie de MÉNIÈRE” à l'affection originelle décrite par MÉNIÈRE et de classifier tous les autres cas sous le nom de „syndrome de MÉNIÈRE”.

Dans la communication suivante il ne sera question que de malades souffrant d'attaques intermittentes de vertige et de troubles de l'ouïe chez qui, hormis une surdité plus ou moins grave et un équilibre labile des organes de l'équilibre, on ne rencontre pas de sérieuses anomalies dans le domaine de l'otologie ou de la neurologie (comme p.e. la labyrinthite, traumatismes du labyrinthe, névrite acoustique, tumeur acoustique etc.).

La période, située entre les attaques proprement dites est souvent caractérisée chez les malades souffrant des symptômes susnommés, par l'apparition de légers vertiges, de nausées, d'une démarche incertaine, lorsque les-dits malades changent de position, et de troubles qui ont lieu lorsque le malade change la direction de son regard.

A un moment donné il se peut que, par des circonstances secondaires, comme p.e. après un éternuement qui augmente la tension dans l'oreille moyenne, par toute sorte d'irritations, voire même d'après une certaine communication, par l'affaissement de la voûte du pied, une véritable attaque se produise avec des sensations très désagréables pour le malade comme p.e. les mains et les pieds froids, une forte sueur, une désorientation absolue, vomissements et diarrhée, le sentiment d'être absolument impuissant, tournoiements et nystagmus. Le nystagmus peut être horizontal, rotatoire et une combinaison des deux. Dans le cas d'attaques sérieuses de vertige qui sont généralement accompagnées de nystagmus d'une fréquence très élevée, il arrive que le malade tombe subitement sans perdre conscience. Il n'y a pas longtemps un malade souffrant de pareils symptômes fut blessé mortellement.

Il va de soi que les malades qui souffrent d'attaques semblables doivent être considérés comme absolument invalides.

Au cours des années on a appliqué différentes méthodes de guérison. Des médicaments comme la chinine, les bromures, hypnotiques, véronal, bellergal, atropine, morphine (ce dernier contre les vomissements souvent violents et prolongés), monotrèan (qui renferme de la chinine et de la papavérine) étaient administrés. Des régimes spéciaux ou des cures au sanatorium, des cures de sommeil et de repos étaient prescrits. Mais tout ceci n'avait souvent que des résultats temporaires ou absolument négatifs.

Une aggravation de la surdité fait souvent diminuer la fréquence des attaques. C'est sur ce fait qu'est basée la thérapie de CHARCOT qui essayait de provoquer une surdité par une grande dose de chinine.

Les périodes entre les crises se caractérisaient le plus souvent chez les malades traités par moi-même par la peur d'une répétition des crises et c'est cette peur aussi qui rendait les malades plus ou moins invalides, comme ils n'osaient se mouvoir dans les rues sans être soutenus et guidés par quelqu'un.

Chez l'un des malades observés, l'attention de l'auteur de la présente communication, qui pouvait suivre très exactement tout le cours de la crise de vertige, fut attirée par une légère exophorie de l'oeil, du côté homolatéral de l'oreille qui était atteinte d'une catarrhe chronique de l'oreille moyenne.

Durant l'attaque il constata un nystagmus d'une très grande fréquence qui était dirigé horizontalement-rotatoirement vers le côté de l'oreille malade et qui se modifia ensuite vers la fin de l'attaque en un nystagmus à direction opposée. En réfléchissant sur cet état il se demanda si une action optique ne pourrait d'une manière ou de l'autre exercer une influence. Peut-être le réflexe optique de la mise au point? *En effet ceci parut être le cas.* Car en tenant devant l'oeil du côté de l'oreille malade un prisme, dont la base était posée dans la direction du nez, il effectua *immédiatement* un soulagement. Par contre, le placement d'un prisme dont la base fut placée dans la direction de la tempe provoqua une aggravation des sensations très désagréables. Par ce fait il devint peu à peu évident que chez ce malade l'effort de la convergence, fait pour voir au loin et plus encore pour la vue à courte distance, jouait un grand rôle dans la production des attaques de vertige et dans la persistance des troubles de l'équilibre moins importants, pendant les intervalles entre les attaques. Plus tard on trouva chez différents malades que l'effort de la convergence est encore plus grand pour beaucoup d'hypermétropes qui montrent souvent de l'ésophorie et que pour des malades emmétropes souffrant de vertiges, ce facteur peut être également d'une grande signification. Depuis lors on appliqua chez une vingtaine de malades souffrant du syndrome de MÉNIÈRE, dont une partie fut examinée en collaboration avec le Professeur Dr. A. DE KLEYN dans sa clinique, l'effet prismatique avec un même résultat favorable.

Lorsqu'on place un verre prismatique — l'arête dans la direction verticale — p.e. devant l'oeil droit, il se produit une image double lorsque le patient regarde binoculairement un objet à fixer. Il dépend de la position du prisme dans quelle direction l'oeil se tournera pour former une image simple en confusionnant l'image double. Lorsque l'apex est dirigé du côté du nez, l'oeil se tourne également de ce côté, c.à.d. en dedans, et de la même manière l'oeil suit l'apex lorsque celui-ci est placé dans la direction de la tempe. En plaçant le prisme avec sa base vers le côté du nez, le *musculus rectus internus oculi* se détend et contracte le *m. rectus externus*. Dans les cas non-complicés du syndrome de MÉNIÈRE, la détente des *mm. recti interni* a une action favorable qui se fait sentir par le malade comme extrêmement soulageant. Ainsi chez mes malades le placement du prisme n'avait un bon résultat que dans le cas où la base en était placée dans la direction du nez.

Pour un malade qui a de l'ésophorie il est évident que l'effet du traitement susnommé doit être indiscutable, par le fait qu'il existe déjà — surtout si la réfraction de l'oeil est hypermétrope — une action prédominante des *mm. recti interni*.

Or, que se passe-t-il dans le cas d'exophorie?

Ici, lorsque le malade regarde au loin, il se produit une divergence des axes optiques, qui, sous les mêmes conditions, se dirigent parallèlement par une position normale des yeux.

Lorsqu'on veut porter l'image de l'oeil divergent sur la fovea centralis retinae on peut le faire de deux manières.

1. L'oeil peut, par l'action du m. rectus internus éliminer la divergence, ce qui s'effectue non sans peine. Le malade, ayant de l'exophorie, est, sans le savoir, continuellement occupé à faire ceci. On s'en aperçoit très clairement lorsqu'on examine le malade au moyen d'un verre MADDIX.

2. En supposant que l'oeil ne bouge pas, on peut obtenir l'image sur la fovea centralis retinae en plaçant un prisme très faible devant l'oeil divergent. En faisant ceci on élimine le besoin de confusionner, vu que la formation de l'image s'est effectuée. L'effort que cela coûterait devient donc superflu.

Chez un malade souffrant du syndrome de MÉNIÈRE qui a de l'exophorie la correction optiquement appliquée de la réduction d'une image double en une image simple par un prisme dont la base est dirigée du côté du nez, produit une sensation agréable.

Par cela on obtient une diminution du facteur de la convergence qui produit une crise. Si cette diminution de la valeur du facteur de convergence ne serait pas encore obtenue, l'on pourrait également placer un prisme devant l'autre oeil, par quoi il est probable que le but sera atteint.

Un exophorique a sans prisme — le regard étant au repos — pour ainsi dire un oeil placé normalement lequel, s'adaptant à un prisme dont l'apex est dirigé vers la tempe, a par ce fait une tendance à dévier du côté de la tempe.

Lorsqu'on retourne le prisme mentalement, il redevient pour ainsi dire un oeil dans sa position normale.

Par ce fait s'explique le paradoxe situé dans la règle générale que la base doit être placée dans la direction du nez et que ceci doit être le cas tant pour l'ésophorie que pour l'exophorie.

Une fois l'oeil exophorique corrigé, la convergence à la mise au point à courte distance suit binoculairement son cours habituel.

Cette application importante chez les malades souffrant du syndrome de MÉNIÈRE, indique que *l'énergie de convergence* peut influencer un équilibre dans les actions des noyaux des centres vestibulaires, lequel chez ces malades est d'un caractère labile, de telle façon qu'une rupture de cet équilibre avec les conséquences inhérentes (action sur le centre vague etc.) ne s'effectue pas.

Nous pouvons dire maintenant avec une certitude assez grande que l'effet d'un verre prismatique faible d'un angle réfractaire d'un demi, d'un, d'un et demi, de deux, au plus de deux degrés et demi, *peut protéger* les malades dans les périodes intermittentes entre les crises et de façon préventive à l'égard de la crise même.

La prescription d'un verre prismatique doit se faire préalablement de façon plus ou moins empirique. Il s'est démontré que souvent il suffit qu'on applique un prisme d'un demi degré à l'un des yeux (p.e. l'oeil exophorique c.q.) et un verre ordinaire à l'autre.

S'il se trouve que seulement un prisme de deux degrés donne de bons résultats, l'on peut placer devant chaque oeil un prisme d'un degré, à condition que la base en soit toujours dirigée du côté du nez.

D'après mon expérience il faut, dans le cas où les yeux du malade ont une déviation réfractaire, placer le prisme le plus fort devant l'oeil avec la déviation la plus grave. Pour un hypermétrope il est nécessaire de prendre un prisme d'un ou d'un et demi degré. Dans un cas  $\Delta 3^\circ$  sur l'oeil droit et  $\Delta 1^\circ$  sur l'oeil gauche donna le résultat désiré.

Le fait le plus remarquable qui s'est fait jour, consiste en ce que nos malades chez qui se manifesta le syndrome de MÉNIÈRE ressentirent *immédiatement* l'action favorable du prisme et se métamorphosèrent en un moment d'invalides en hommes sains, capables de faire tous les mouvements voulus.

L'on peut se servir le mieux de verres *plans*, biconvexes ou biconcaves, mais pas de verres convexes-concaves, à cause de la grande incommodité des reflexes de lumière qui s'y produisent. Les malades doivent ou se servir continuellement de leurs lunettes ou les avoir à portée de la main. Il faudra qu'ils se gardent de se mouvoir dans l'obscurité pour éviter l'effort de pouvoir discerner les objets autour d'eux.

#### Conclusion.

Lorsqu'on indique la valeur stimulante totale qui est nécessaire pour l'effectuation du syndrome de MÉNIÈRE, donc pour provoquer une attaque, par le caractère T; la valeur des stimulants émis par le labyrinthe, respectivement par les deux labyrinthes, par le caractère L; l'énergie (le stimulant) nécessaire à la convergence par le caractère C;

et les autres influences partant de la périphérie, le système cérébro-spinal, les organes internes etc. par le caractère X, en présumant que X est stable ou ne change que très peu, alors l'on peut, pour faciliter la compréhension, établir la formule suivante:

$$T = C + L + X$$

dans laquelle C représente une grande valeur tandis que l'influence L est sujet à des variations multiples.

Pour éviter une attaque et un état incertain intermittent, il faut que C soit réduit. A présent nous avons cette réduction de C en notre pouvoir de sorte que la valeur stimulante pour l'attaque n'entre pas en vigueur.