

d'hystéralgie pendant le travail de l'accouchement. — (Pour plus de détails, comme aussi pour la bibliographie des travaux publiés sur l'hystéralgie, voy. le mémoire remarquable du docteur V. Gauthier intitulé: *Du rhumatisme de l'utérus, envisagé spécialement pendant la grossesse et l'accouchement*. Genève, 1858, in-8.)

D. — La névralgie de la vulve, coïncidant ou non avec celles des nerfs lombo-abdominaux, n'est pas rare au début et vers la fin de la fonction menstruelle, et chez les jeunes femmes au moment où elles vont accoucher; on a signalé comme pouvant la faire naître diverses altérations de l'utérus et de ses annexes. Elle est caractérisée par des douleurs lancinantes, une cuisson, un sentiment de brûlure paraissant à des intervalles variables et s'irradiant de la vulve dans différentes directions, vers la profondeur du vagin, vers la vessie, le sacrum, etc. La douleur est exaspérée par le contact le plus superficiel; elle est souvent réveillée par l'introduction d'une canule, par le toucher, l'intromission du pénis pendant le coït. Cependant l'inspection directe ne montre rien d'anormal dans les parties affectées, tout au plus un peu de rougeur et un léger suintement muqueux que l'on peut considérer comme consécutifs. Au point de vue du traitement nous signalerons seulement l'emploi de mèches volumineuses enduites de quelque pommade calmante ou légèrement caustique, les lotions avec une solution de nitrate d'argent ou de sublimé, et d'autres moyens usités également contre le prurit vulvaire.

ARTICLE XXV.

DES HYPERESTHÉSIES DONT LE SIÈGE ANATOMIQUE N'EST PAS EXACTEMENT DÉTERMINÉ.

DE LA MIGRAINE.

1892. *Bibliographie*. — REIL. *De hemicrania sic dicta vera*. Halle, 1791.
- MÜLLER. *Praktische Bemerk. über die Kur des halbseitigen Kopfschmerzes*. Francfort, 1813.
- BITTNER. *Tractatus de cephalgia*. Viennæ, 1825.
- PIORRY. *Mémoire sur la migraine*, impr. à la suite du *Procédé opératoire pour la percussion*. Paris, 1831, in-8, et *Traité de méd. prat.*, t. VIII, p. 75.
- J.-P. PELLETAN. *Coup d'œil sur la migraine et ses divers traitemens*. Paris, 1832, in-8.
- WEATHERHEAD. *A treatise on the headaches, their various causes, their prevention and cure*. Londres, 1835, in-8.
- H. LABARRAQUE. *Essai sur la céphalalgie et la migraine*. Thèse Paris, 1837, in-4.

WILKINSON-KING. *On the seat of headache* (*London med. Gaz.* décembre 1844, p. 412).

E.-H. SIEVEKING. *On chronic and periodical headache* (*London med. Times and Gazette*, 1854, 2^e série, t. IX, p. 156).

1893. *Définition*. — On désigne sous le nom de migraine (de *hémicrânie*: *ἡμίσειος*, moitié et *κράνιον* crâne) une variété de céphalalgie remarquable: par son siège habituellement unilatéral, fixé à la région de l'orbite, du sourcil, de la tempe; par les différens phénomènes nerveux qui l'accompagnent, tels que vertiges, troubles de la vue, nausées et vomissemens; par le retour du mal sous la forme d'accès d'une durée généralement assez courte; enfin par l'intégrité des fonctions encéphaliques dans l'intervalle de ces accès (1).

Divisions. — Nous ne croyons pas devoir examiner les trop nombreuses espèces de migraine admises par les auteurs. A l'exemple de ce que nous avons fait pour les névroses exposées dans les articles précédens, nous nous bornerons à signaler: 1^o une migraine *idiopathique*, dans laquelle une céphalalgie présentant les caractères ci-dessus est sinon le seul fait appréciable, du moins un phénomène isolé de toute connexion pathogénique avec d'autres conditions morbides; 2^o une migraine *sympathique*, dans laquelle on peut saisir une relation de cause à effet entre la souffrance de quelque viscère et la douleur de tête; 3^o bien que la migraine *symptomatique*, c'est-à-dire liée à une lésion de l'encéphale, soit généralement considérée comme étrangère au domaine des névroses, nous en dirons cependant quelques mots, à l'occasion de l'étiologie et du diagnostic.

1894. *Symptômes*. — a. Assez souvent quelques phénomènes *précurseurs* avertissent les malades de l'invasion de l'accès douloureux. Celui-ci doit-il avoir lieu au moment du réveil ou peu de temps après, le sommeil est agité, interrompu, troublé par des rêves pénibles. Un grand nombre de sujets accusent un malaise vague, de légers frissons, une lassitude générale, une certaine inaptitude pour les travaux de l'esprit, des nausées; de l'anorexie, ou bien au contraire une augmentation singulière de l'appétit. D'autres ont des sensations de fourmillement, de bourdonnement avec surdité, d'éblouissement et d'obscurcissement de la vue. M. Piorry insiste tout particulièrement sur les troubles sensoriels prodromiques que présente l'organe de la vision. « Au moment de l'accès,

(1) Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que la migraine est seulement la plus fréquente et la plus remarquable parmi les douleurs de tête qu'on peut appeler *nerveuses*; c'est ce qui conduit à la décrire comme en étant en quelque sorte le type. Mais il existe une foule d'autres formes de céphalalgie, auxquelles la dénomination de *nerveuses* peut être appliquée avec tout autant de justesse.

dit ce pathologiste, la vue est moins nette; on éprouve une sensation très analogue à l'éblouissement; il semblerait qu'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se peint sur la rétine; peu à peu le point terni qu'on observait s'étend; bientôt, après une ou deux minutes, se dessine à l'entour de l'espace obscurci un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques individus, mais pâle chez d'autres, disposé en zigzag, agité par une sorte d'oscillation continuelle. D'abord très petite, cette portion de cercle grandit en même temps que le point obscurci commence à s'éclaircir, et se développant de plus en plus, scintillant continuellement, semblant se rapprocher successivement de la circonférence de l'iris, l'arc lumineux finit par disparaître lorsqu'il arrive à l'extrémité du champ de la vision. Que l'œil soit ouvert ou fermé, l'hallucination continue; mais elle se dessine mieux dans un demi-jour ou dans les ténèbres que dans une lumière vive. C'est presque toujours d'un seul côté qu'elle a lieu. — Chez quelques sujets il y a des prodromes d'une apparence plus grave: embarras de la parole, engourdissement ou même paralysie passagère d'un membre.

b. La douleur de tête qui remplace ces divers phénomènes ou qui s'y ajoute, peut présenter suivant les individus de nombreuses différences, relativement à son siège, à son mode et à son intensité. Elle occupe le plus ordinairement le globe de l'œil, le sourcil, le front, la région temporale, quelquefois l'occiput; d'abord circonscrite à un petit espace, elle s'irradie aux parties voisines à mesure que l'accès marche, tout en restant le plus souvent limitée à l'un des côtés de la tête. Vague et assez légère au début, les malades la sentent qui devient par degrés plus fixe, plus intolérable; c'est alors qu'ils accusent les sensations les plus variées: douleur térébrante, contusive; piqure, traction, compression ou disjonction douloureuse de la tête. Au fort du paroxysme, le bruit, la lumière, tout effort physique ou intellectuel sont insupportables; parfois la sensibilité du cuir chevelu est telle que le plus petit dérangement des cheveux exaspère la souffrance. On a vu même des mouvemens convulsifs se manifester soit dans la face soit dans les membres, dans les accès très vigus.

c. Quelques sujets, en même temps que cette céphalalgie, éprouvent ou continuent à éprouver diverses perturbations sensorielles analogues à celles que nous avons indiquées dans les prodromes: ils ont des hallucinations de la vue, de l'ouïe, etc. Mais un phénomène beaucoup plus fréquent, presque constant et le plus pénible de tous, est un malaise général, un état nauséux comparable à celui qui caractérise le mal de mer; il aboutit souvent à des vomissemens glaireux ou alimentaires qui soulagent les malades et mettent un terme à l'accès.

d. Pas de chaleur fébrile; la circulation à peine influencée, sauf que souvent le pouls est faible, petit, serré, en même temps que la face pâle et contractée exprime la souffrance. D'autres fois au contraire le visage

est turgide, avec injection des conjonctives, aspect brillant des yeux, pouls plein, accéléré (*migraine pléthorique* de quelques auteurs).

e. Après avoir présenté pendant quelque temps une série d'accroissemens momentanés et des répités incomplets, l'accès se termine; souvent alors le malade éprouve un grand besoin de sommeil, il s'endort, et au réveil il se trouve guéri, conservant à peine un peu de pesanteur de tête. On a vu aussi les accès s'arrêter après des phénomènes considérés comme critiques: sueurs, épistaxis, hémorragie menstruelle, larmolement, écoulement de mucosités par la narine du côté affecté, etc.

1895. — *Marche, durée, terminaison.* — La marche de la migraine est essentiellement intermittente; les accès douloureux reviennent en général d'une manière très irrégulière, une foule de causes occasionnelles pouvant en déterminer la réapparition. Quelquefois cependant ce retour est plus ou moins exactement périodique; c'est ce qui a lieu, par exemple, pour certaines migraines qui se rattachent aux accidens névropathiques d'une menstruation difficile; pour d'autres qui marquent le début d'un accès fébrile intermittent; et même, en dehors de ces circonstances, dans certains faits bizarres et inexplicables où l'on a observé un accès de migraine tous les quatre jours, tous les lundis, tous les matins à la même heure! Junker parle d'une migraine qui revenait toutes les heures et durait un quart d'heure (*hemicrania horologica*). — La durée de chaque accès varie de quelques heures à deux ou trois jours; mais elle dépasse rarement un nyctémère. Considéré dans son ensemble, le mal se prolonge le plus souvent pendant plusieurs années; il va généralement croissant d'intensité pendant les premiers temps de son existence; devenu *habituel*, il ne se modifie plus guère, ni quant à la violence de la douleur, ni même sous le rapport de son siège, de son caractère particulier ou des phénomènes qui l'accompagnent; il finit par décroître avec l'âge, et persiste rarement pendant la vieillesse. — Inutile d'ajouter que la migraine ne se termine jamais d'une manière fâcheuse. Celle qui accompagne des lésions *intracrâniennes* peut être suivie d'autres manifestations plus graves, mais on comprend que la douleur n'a aucune part à leur production et que ce sont là autant d'effets de l'affection principale.

Quelques-unes des altérations locales qui appartiennent aux accès longtemps répétés de migraine méritent d'être mentionnées: tel est l'état des cheveux qui blanchissent prématurément, l'amaigrissement du muscle crotaphyte, une certaine altération des traits de la face consécutive à la contraction habituelle du visage sous l'influence de la douleur.

1896. *Étiologie.* — Parmi les causes *prédisposantes* de la migraine, il faut noter d'abord l'hérédité, soit que cette névrose elle-même se transmette par voie de génération (ce qui est assez fréquent), soit encore que les enfans naissent doués seulement d'une tendance aux névropathies de toute sorte. Le sexe féminin et le tempérament nerveux figurent

ici au même titre que dans l'histoire de tant d'autres hyperesthésies; nous n'y insisterons pas. Disons seulement que le tempérament sanguin et la disposition congestive ont été invoqués souvent comme cause de la variété de migraine dite *pléthorique*. Quant à l'âge auquel la migraine débute, il est à noter qu'on l'observe rarement chez les enfants, bien qu'il existe cependant des exemples de migraine chez des sujets âgés de sept ans et même plus jeunes encore; le plus fréquemment, c'est entre quinze et vingt ans que les premiers accès se montrent. Un assez grand nombre de migraines commencent chez les femmes à l'époque de la ménopause. Les professions qui assujettissent les individus à un genre de vie sédentaire et à une application soutenue des facultés intellectuelles constituent une prédisposition incontestable et trop connue pour que nous ayons besoin de nous y appesantir davantage.

Les causes *occasionnelles*, déterminant l'explosion des accès chez les individus prédisposés, et surtout chez ceux pour qui la migraine est devenue une sorte d'habitude pathologique, sont extrêmement nombreuses: la plus fréquente de toutes, sans contredit, est le mauvais état de l'estomac, tantôt surchargé d'aliments, tantôt resté trop longtemps vide, ou ayant reçu des aliments ou des boissons par lesquels certains sujets sont impressionnés d'une manière fâcheuse, sans qu'on puisse s'en rendre un compte satisfaisant. Les idiosyncrasies (c'est-à-dire les prédispositions et les répugnances inexplicables) jouent ici un rôle important. Ajoutons que les troubles fonctionnels de la digestion qui accompagnent les lésions *organiques* de l'estomac donnent lieu à la migraine non moins fréquemment que la dyspepsie indépendante de toute altération de texture. De même, les maladies de l'appareil utéro-ovarien en sont accompagnées assez souvent, quoique dans une proportion beaucoup moindre que celles de l'estomac.

Les accès de migraine se manifestent en outre dans une foule de circonstances très différentes les unes des autres, mais qui toutes paraissent agir, soit en produisant une sorte de commotion subite de l'encéphale, soit par la fatigue qui suit tout excès d'activité fonctionnelle. C'est de la sorte que des chocs sur la tête, et, dans un autre ordre de faits, les émotions violentes, l'insomnie, un travail intellectuel excessif, les perceptions sensorielles trop vives ou trop multipliées, telles qu'un bruit monotone, une lumière éclatante, une odeur forte, deviennent des causes occasionnelles de migraine. Ici encore il faut faire la part des idiosyncrasies, c'est-à-dire de l'inconnu. M. Piörny a insisté particulièrement sur les cas où ce sont les impressions visuelles qui donnent lieu à la migraine, et surtout à cette variété de la maladie qu'il appelle *irisalgique*.

Si l'on admet une migraine *symptomatique*, il faut encore mentionner ici les lésions de l'encéphale qui peuvent donner lieu aux phénomènes habituels de cette névrose. Cela reviendrait à énumérer la plupart des

maladies chroniques de l'encéphale ou de ses enveloppes (y compris l'enveloppe osseuse); car il n'en est presque pas une seule qui ne puisse présenter ce double caractère d'être apyrétique, et de ne se révéler, au moins pendant une certaine période de son évolution, par aucun phénomène bien marqué, autre qu'une douleur de tête plus ou moins violente.

1897. *Physiologie pathologique*. — Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le siège anatomique de la migraine et sur l'interprétation physiologique des symptômes qui la constituent. On a tour à tour considéré l'encéphale, les nerfs de la tête, ceux de l'œil, de l'estomac, etc., comme les organes que la douleur occupe spécialement pendant les accès de cette névrose, ou du moins comme lui servant de foyer, de point de départ; et le grand nombre de sensations que l'on observe dans la migraine, leurs variations presque infinies chez les différents malades, expliquent sans difficulté ces dissidences. Nous ne croyons pas devoir exposer dans leurs détails les opinions qui se sont produites à cet égard, et qui sont plus ou moins admissibles au point de vue d'une physiologie éclairée; il nous a paru préférable de décrire provisoirement la migraine parmi les névroses de la sensibilité dont le siège anatomique reste à déterminer. Toutefois, la théorie la plus plausible nous semble être celle qui consiste à localiser cette hyperesthésie dans l'encéphale lui-même, à la considérer avec Romberg comme une *névralgie encéphalique*.

Ici se présente une première objection qu'il est facile d'écarter. On a dit et répété que par un contraste merveilleux, tandis que les nerfs sont doués d'une si vive sensibilité, le cerveau, point d'arrivée, réceptacle et résumé de ces mêmes nerfs, est complètement insensible. Mais cela n'est exact qu'autant qu'on entend parler des *hémisphères cérébraux*; d'autres parties de l'encéphale sont au contraire sensibles et très sensibles (V. sur la sensibilité du bulbe rachidien, de la protubérance annulaire, des pédoncules cérébelleux inférieurs et supérieurs, des pédoncules cérébraux, etc., le *Traité de physiologie*, de M. Longet, t. II, p. 209 et suivantes).

Quand bien même, d'ailleurs, le cerveau sain ne serait nullement sensible, il ne s'ensuivrait pas qu'à l'état pathologique il ne pût le devenir; la même chose n'a-t-elle pas lieu pour les os et d'autres tissus encore? Puis, la douleur cruelle qui accompagne la méningite ou la méningo-encéphalite n'est-elle pas une preuve directe de l'existence de cette sensibilité? On ne peut raisonnablement attribuer aux résultats des vivisections toute l'importance que certaines personnes leur accordent sans réserve; tourmenter, quelquefois même détruire l'organe des perceptions est et sera toujours un moyen très précaire pour explorer l'état des sensations. Au surplus, les physiologistes médecins sont loin de considérer les résultats de leurs expériences comme susceptibles d'une application immédiate à l'histoire des maladies; l'observation patholo-

gique est pour eux un moyen de plus, et non le moins utile, pour arriver à la connaissance des propriétés et des fonctions organiques. C'est ainsi que M. Longet (*ouvr. cit.*, t. II, p. 236, note), en signalant une *vive céphalalgie* parmi les symptômes qui accompagnent les altérations de la voûte à trois piliers et de la cloison transparente, s'exprime en ces termes : « Les vivisections ne permettaient guère de prévoir un pareil symptôme, puisque la section ou la dilacération de la voûte, chez les animaux, ne semble point occasionner de la douleur. Toutefois ces résultats, en apparence contradictoires, s'expliquent facilement quand on se rappelle qu'il est beaucoup de parties insensibles à l'état normal, dans lesquelles les maladies développent une extrême sensibilité. » De même, en discutant la question de savoir si les lobes cérébraux sont excitables et *sensibles*, le physiologiste dont nous citons l'opinion dit « qu'on tomberait dans une grave erreur si, généralisant ce que l'observation révèle, on en induisait que dans les lésions morbides de ces organes, chez l'homme, tout dût se passer nécessairement et toujours comme dans les expériences.... » (*Ibid.*, p. 239.)

Admettons donc pour un moment, puisque la physiologie n'y met point obstacle, admettons que la migraine est une névralgie cérébrale, et voyons si cette hypothèse permet de donner une explication satisfaisante des phénomènes de la maladie et jusqu'à quel point elle en éclaire l'étiologie.

a. Et d'abord, quant à la *symptomatologie*, le caractère profond de la douleur qui cadre mal avec l'idée d'une névralgie occupant seulement les nerfs superficiels du crâne et de la face; ce fait que la douleur s'accompagne d'un trouble plus ou moins considérable, d'une inertie particulière à des fonctions encéphaliques; cette autre circonstance que la douleur profonde tantôt existe seule et tantôt s'accompagne de quelque autre hyperesthésie; que, suivant les individus, et quelquefois dans les différens accès chez le même malade, il s'y joint diverses perturbations sensorielles, ou que ces phénomènes concomitans font défaut; tout cela ne se conçoit-il pas beaucoup mieux dans la supposition d'un mal affectant le cerveau lui-même que dans toute autre? Ne semble-t-il pas naturel de diviser les symptômes de la migraine en deux séries, et de considérer les uns (céphalalgie proprement dite, perturbations intellectuelles, irritabilité morale dans certains cas) comme les signes *directs* de la souffrance encéphalique; les autres (exaltation de la sensibilité dans le domaine de la cinquième paire, troubles de la vue, de l'ouïe et des autres sens, et même l'état gastrique nauséux) comme les irradiations *sympathiques* de cette même affection centrale. C'est parce que tel est son siège, que la migraine, tout comme la céphalalgie liée à des lésions anatomiques positivement constatées, peut s'accompagner de symptômes très divers ayant pour caractéristique :

1° D'être multiples et disséminés dans un grand nombre d'organes

ou de régions entre lesquels les nerfs périphériques n'établissent aucune connexion apparente : où trouver par exemple, si ce n'est dans l'encéphale lui-même, la raison anatomique d'une sympathie qui s'établit entre la région temporale douloureuse et la rétine siège d'une sensation illusoire?

2° D'être plus *vaguement* localisés et d'une durée plus éphémère que cela n'a lieu, en général, quand il s'agit de la souffrance propre de tel ou tel nerf. Nous rappellerons à ce propos les signes mal accusés de névralgie trifaciale, les troubles fugaces de la vue, etc.

b. La même donnée, appliquée à l'*étiologie* de la maladie, nous semble propre à faire concevoir jusqu'à un certain point le mode de production de cette hyperesthésie. Ainsi que nous l'avons dit, la migraine, imitant en cela toutes les autres affections du même genre, peut se présenter à l'état de névrose symptomatique, sympathique, idiopathique. Un mot sur chacune de ces espèces particulières : 1° Il est des altérations anatomiques de l'encéphale ou de ses enveloppes qui ne donnent lieu à aucune douleur, c'est là un fait incontestable; d'autres se révèlent par des maux de tête sourds, continus, avec élancemens profonds; d'autres enfin s'accompagnent d'une céphalalgie entièrement semblable à la migraine. Manifestation intermittente d'une affection continue, épiphénomène exagéré et comme individualisé d'une lésion souvent latente, cette *migraine symptomatique* peut être rejetée du nombre des névroses ou y être admise, au même titre que l'épilepsie qui se rattache à une exostose du crâne ou que les névralgies liées à la présence d'une tumeur.

2° La *migraine sympathique*, avons-nous dit, est celle qui dérive de l'affection de quelque organe plus ou moins éloigné de la cavité encéphalique. Parmi les foyers les plus ordinaires de cette sorte d'irradiation, on doit noter l'estomac, suivant d'autres la rétine; mais trop d'organes peuvent jouer le même rôle pour qu'on puisse, avec certains pathologistes, faire entrer le point de départ gastrique ou oculaire dans la définition même de la maladie; tout au plus il y a-t-il là de quoi établir des variétés utiles à connaître en pratique. Quelle que soit la source d'où la douleur de tête tire son origine, il y a au sujet de la migraine sympathique, comme pour tant d'autres névroses sympathiques, un fait important à signaler : c'est que trop souvent on commet l'erreur de prendre pour le foyer primitif des symptômes nerveux tel ou tel organe qui est seulement le siège de l'un des symptômes de la maladie : combien de prétendues épilepsies *périphériques* ne sont autre chose que des épilepsies accompagnées de quelque phénomène insolite que le malade *perçoit à l'extrémité des nerfs sensitifs!* Dans le nombre on en trouve même qui se rattachent à des tumeurs intracrâniennes. Et, pour revenir à l'affection qui nous occupe, si dans l'exemple de la migraine *gastrique* vraie des auteurs, dans celle que M. Piorry appelle *irisalgique*, il y a

primitivement affection des nerfs de l'estomac ou de l'œil, reconnaissons aussi que la souffrance de ces parties est, dans beaucoup d'autres cas, simplement consécutive, qu'elle est seulement le retentissement d'un état des centres nerveux dont la douleur hémicrânienne est le symptôme plus direct. En d'autres termes, au lieu de subir l'influence de ces organes, bien souvent le cerveau leur fait sentir la sienne, et ce qu'on prend pour le point de départ de la souffrance, est en réalité le point d'arrivée.

Il y a plus : tel état d'un organe éloigné pourra avoir déterminé sympathiquement la migraine, sans que pour cela il faille admettre que c'est la migraine elle-même qui des nerfs périphériques s'est propagée jusqu'à l'encéphale. Prenons quelques exemples : le mauvais état des voies digestives, cause si fréquente de cette céphalalgie, peut exister sans douleur, sans nausées, ni vomissements; l'accès éclate, et ces mêmes phénomènes se montrent, comme autant de symptômes dérivant directement de la souffrance intracrânienne, et nullement comme phénomènes directs de l'état morbide des voies digestives. Autre exemple : il est certain que la fatigue de la vue engendre quelquefois la migraine; mais l'espèce d'hallucination visuelle que M. Piorry désigne sous le nom d'*irisalgie* peut bien n'être rien de plus que l'un des symptômes de l'accès. Enfin, lorsqu'un bruit intense et prolongé y donne lieu, est-ce qu'on songerait à considérer le bourdonnement d'oreille, dont la céphalalgie est accompagnée, comme une continuation de ce bruit et comme le commencement de cette douleur? On voit tout de suite ce que de semblables explications ont de forcé, pour ne pas dire plus.

Vainement objectera-t-on que dans certains cas, ces symptômes que nous regardons comme *irradiés* (nausées, photopsie, bourdonnements d'oreille, etc.), précèdent l'apparition de la douleur; cette application du *post hoc, ergo propter hoc* n'est que spécieuse; et l'étude des affections dites matérielles du cerveau est là pour prouver que les modifications pathologiques de cet organe peuvent se traduire par des phénomènes de ce genre dès avant la manifestation d'aucune douleur, ou même sans que dans tout le cours de la maladie il survienne de céphalalgie notable. On n'est même nullement embarrassé pour trouver l'explication physiologique de cette apparente anomalie dans l'extrême complexité de l'encéphale, organe composé de plusieurs centres d'action, dont plusieurs président à tout autres fonctions qu'à la sensibilité proprement dite.

Deux points ressortent clairement de cette discussion : 1^o le lieu d'origine de la migraine sympathique n'est pas toujours dans l'organe même qui, pendant les accès de cette névrose, présente les troubles fonctionnels les plus apparens; 2^o les symptômes considérés comme la preuve de l'irradiation vers le cerveau ne sont le plus souvent que les symptômes éloignés de la souffrance de la tête.

c. Il suit de là que bon nombre de prétendues migraines sympathiques rentrent dans celles que l'on désigne sous le nom d'*idiopathiques*. Ce nom sert à la fois à préciser le siège primitif de l'affection dans l'encéphale et à constater l'ignorance où nous sommes sur la cause prochaine de sa production. Nous faisons grâce au lecteur des hypothèses plus ou moins ingénieuses par lesquelles on a cherché à en rendre compte, en se fondant principalement sur des modifications probables de la circulation intracrânienne. La difficulté subsiste tout entière, et nous savons qu'elle est la même pour toutes les autres affections douloureuses. Résignons-nous à l'ignorer, au moins provisoirement, et sans nier qu'il puisse y avoir tantôt pléthore, tantôt anémie cérébrale; prenons note de cette diversité même des conditions organiques, produisant un effet semblable, comme d'une preuve de plus en faveur de la nature névralgique de la migraine.

1898. Le *diagnostic* de la migraine ne présente pas de sérieuses difficultés. La *céphalalgie ordinaire* (telle qu'on l'observe à la suite d'un refroidissement, au début et dans le cours des maladies aiguës, etc.) en diffère par un grand nombre de signes que le récit du malade fait suffisamment connaître, et dans la plupart des cas la distinction en elle-même a peu d'importance. — L'hyperesthésie de la face et du crâne, que l'on remarque pendant certains accès de migraine, pourrait être prise pour une névralgie fixe de la cinquième paire; mais en considérant, d'une part, que cette hyperesthésie est en général médiocrement intense, que la plupart des symptômes ordinaires de la prosopalgie font défaut, en notant surtout le rétablissement complet de la sensibilité normale pendant les intervalles quelquefois fort longs des accès douloureux, on évitera aisément toute méprise de ce genre. — Quant à la migraine *symptomatique* de diverses lésions cérébrales, son diagnostic consiste précisément à reconnaître, non l'hyperesthésie céphalique elle-même, mais ce qu'il peut y avoir d'étranger à une simple névrose dans les phénomènes qu'elle présente. C'est seulement dans quelques faits exceptionnels qu'une douleur de tête exacerbante se présente comme l'unique symptôme des affections dites matérielles du cerveau : des troubles plus ou moins accusés de l'intelligence, de la motilité, manquent rarement de se produire en même temps que la céphalalgie, ou de venir assez promptement s'y joindre.

Le *pronostic* de la migraine n'a aucune gravité au point de vue de la terminaison. — Les moyens de *traitement* doivent être distingués en ceux qui s'adressent à la maladie considérée dans son ensemble, et en ceux qu'on emploie pour combattre l'accès douloureux. Une bonne hygiène, telle est la prescription la plus essentielle contre la migraine idiopathique et sympathique; c'est aussi la plus difficile à exécuter. Il va sans dire que l'on remédiera suivant les indications à l'état chlorotique, pléthorique, dyspeptique. Y a-t-il périodicité régulière, on mettra en

usage la quinine. — Quant à l'accès, on essaye de le prévenir, de l'arrêter, ou tout au moins d'en rendre la durée plus courte ou l'intensité moins grande à l'aide des moyens les plus variés : narcotiques (morphine, belladone, jusquiame, datura, aconit), antispasmodiques (castoréum, cyanure de potassium), anesthésiques (chloroforme), réfrigérans (eau froide, eau vinaigrée, éther appliqué sur les régions douloureuses), stimulans (acétate d'ammoniaque, café, infusions aromatiques diverses), aimant, électricité, enfin prétendus spécifiques dont l'énumération nous entraînerait beaucoup trop loin. N'étant guidé par aucune indication positive, on ne peut employer ces moyens qu'au hasard, en tâtonnant, et pour quelques succès, combien on compte d'échecs ! Les moins inefficaces parmi ces remèdes n'ont de chance d'agir favorablement que lorsqu'on les emploie au début de l'accès. Disons encore que l'instinct des malades leur fait généralement découvrir quelque moyen de soulagement, pour peu que la migraine leur soit devenue familière, et qu'à moins d'une grande violence de l'accès, qui les oblige à rechercher la solitude, le silence et l'obscurité, on les voit le plus souvent vaquer à leurs occupations habituelles.

ARTICLE XXVI.

DU VERTIGE (1).

1899. *Bibliographie.* — BOERHAVE. *De morbis nervorum* (ed. van Eems). Venetiis, 1762, in-4, p. 232.
 G.-G. PLOUQUET. *Dissert. de vertigine*. Tubing., 1783.
 M. HERZ. *Versuch über d. Schwindel*. Berlin, 1786, et *Hufeland's Journal*. Bd. III, St. 3, p. 389.
 PURKINJE, in *Med. Jahrb. d. Oesterr. St.* Bd. VI, et *Rust's Magazin*. Bd. XX, H. I, p. 58; Bd. XXIII, p. 384.
 TROUSSEAU. *Du vertige a stomacho læso* (*Leçon clinique. Gaz. des hôpitaux*, 1856, p. 189).
 MAX SIMON. *Du vertige nerveux* (*Mém. de l'Académie de médecine*, t. XXI, 1858, in-4).
 L. BLONDEAU. *Du vertige gouteux* (*Arch. gén. de méd.*, juin 1857, p. 677). *Du vertige stomacal* (*Ibid.*, septembre 1858, p. 256).
 Voy. pour plus de détails la bibliographie de l'article *Vertige* dans *Allg. Pathologie* de K.-W. STARK, Leipzig, 1838, in-8, p. 1325.

(1) Nous ne nous dissimulons pas les objections que peut soulever l'admission du vertige au nombre des hyperesthésies et la place accordée à ce phénomène à côté de la migraine; mais nous eussions été embarrassé pour le faire rentrer d'après des raisons plus solides, dans une autre partie de notre cadre, la nature du vertige étant encore fort mal connue.

1900. *Définition.* Vertige (*vertigo*, de *vertere*, tourner) a pour synonyme *δίωσις*, tourbillon, *στέτος*, ténèbres, scotodinie, etc. On peut, avec P. Frank, définir le vertige, si tant est qu'il ait besoin d'être défini, « un tournoiement illusoire, pénible et subit, qui semble entraîner la personne elle-même et les corps extérieurs, qu'ils soient en repos ou animés de leurs mouvemens ordinaires, et où le corps chancelle et est près de tomber. »

Divisions. — Le vertige s'observe comme *symptôme* d'un grand nombre de lésions cérébrales; mais il peut aussi se produire *sympathiquement* et même *idiopathiquement*. De là trois espèces de vertiges, que l'on distingue un peu arbitrairement, il faut l'avouer, beaucoup moins d'après les symptômes qui les caractérisent, car ils sont sensiblement les mêmes, que d'après leur cause connue ou supposée. C'est également au point de vue étiologique seul que certains auteurs se sont placés pour admettre, parmi les genres symptomatique et sympathique, un grand nombre de subdivisions, et qu'ils ont considéré, comme autant d'espèces différentes, le vertige pléthorique et anémique, le vertige gouteux, le vertige stomacal, etc.

1901. *Symptômes.* — Les malades sont pris soudainement d'un sentiment étrange: il leur semble voir les objets qui les entourent emportés dans un mouvement rotatoire (*vertigo gyrosa*), quelquefois tellement rapide que leurs formes s'effacent et que leurs couleurs se confondent en une sorte de brouillard (*vertigo tenebricosa*); d'autres voient les objets monter et descendre alternativement (*nutatio*); ils se sentent eux-mêmes entraînés dans ce mouvement; ils chancellent et tombent quelquefois (*vertigo caduca*), s'ils ne se hâtent de chercher un appui. Certains sujets éprouvent les phénomènes du vertige étant couchés, même lorsqu'ils ont les yeux fermés, même pendant leur sommeil (*vertigo nocturna*). Indépendamment de cette sensation de mouvement, il existe chez le vertigineux divers troubles des sens: bourdonnemens d'oreille, éblouissemens, hémiopie, diplopie; la face est pâle ou injectée; il y a quelquefois des nausées, et le vomissement qui survient met en général un terme à ces symptômes pénibles. Chez d'autres, il se produit une syncope, un trouble momentané de l'intelligence, peut-être plus encore sous l'influence de la frayeur que du vertige lui-même.

Sous le nom de vertige *dysoptique*, M. Trousseau a décrit les phénomènes suivans:

« Le malade reste-t-il dans l'immobilité, il n'éprouve rien; mais veut-il regarder au-dessus de lui, aussitôt tous les objets semblent tourner, et à ce moment même il survient des maux de cœur. Il n'a alors qu'à incliner la tête en bas, à fermer les yeux, à rester immobile pendant une minute, et tout disparaît. S'agite-t-il brusquement pour regarder ce qui se passe derrière lui, le vertige, les maux de cœur et les vomissemens apparaissent. Est-il couché, a-t-il un sommeil agité,