

pendant l'attaque, du côté douloureux ; l'élargissement des pupilles, une abondante salivation font alors rarement défaut ; dans d'autres cas, au contraire, la figure est rouge et brûlante d'un côté, les artères battent avec force et les pupilles sont contractées : le premier de ces deux tableaux est celui de l'hémicrânie spastique ou sympathico-tonique, qui est liée à une excitation du sympathique, le second, celui de l'hémicrânie paralytique qui dépend d'une paralysie du sympathique. *Du Bois Reymond* a décrit la première et *Möllen-dorf* la seconde, tous deux d'après des observations faites sur eux-mêmes. Mais ces rapports n'ont rien de constant, et qui voit beaucoup de migraines, sait parfaitement que les patients changent souvent de coloration, pâlisent et rougissent successivement, se plaignent tantôt de sensations de chaleur, tantôt de froid à la tête.

Si la douleur est très prononcée, l'état général s'en ressent profondément. Dans les cas les plus sérieux, le malade est complètement affaissé, ne semble plus porter le moindre intérêt à ce qui l'entoure, et cela pendant de longues heures ; chaque question qu'on lui adresse, le moindre dérangement, ne lui arrachent que des signes d'ennui ou d'irritation. La nourriture est refusée, l'estomac est malade et des nausées fort pénibles se montrent. Mais dès qu'apparaissent les vomissements répétés et copieux de mucosités bilieuses, alors le mieux s'établit petit à petit et s'affirme enfin quand surviennent une vive sensation de faim et une véritable polyurie ; un sommeil réparateur termine la scène. L'attaque est d'ordinaire plus longue dans les cas où le vomissement fait défaut. On a signalé, au cours de l'accès, de la photophobie, un scotome scintillant et même de l'hémiopie : ces formes ont été particulièrement traitées par *Féré*, dans une excellente monographie, sous le nom de migraine ophthalmique (1).

Il n'est pas rare de voir les accès n'atteindre qu'une partie de leur développement, ou être remplacés par des symptômes spéciaux (scotome scintillant, vomissements, troubles vasomoteurs) : ces symptômes isolés peuvent être considérés comme des « équivalents de l'hémicrânie » (*Mœbius*).

La durée des accès varie de quelques heures à 24 heures ; en présence d'une plus longue durée il faut avoir

(1) Charcot distingue deux formes de migraine ophthalmique : d'une part, la *migraine ophthalmique simple*, qui ne se compose que de scotome scintillant, d'hémiopie, de douleurs frontales et d'éblouissements, et, d'autre part, la *migraine ophthalmique accompagnée* qui comprend, en outre, l'aphasie et l'engourdissement permanent de la main. Cette dernière peut se transformer en affection organique et doit être traitée énergiquement. Charcot prescrit le bromure de potassium, 3, 4, 5, 6 grammes par jour et continue cette médication pendant six mois, un an. (V. CHARCOT, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887-1888, p. 24 et passim). X. F.

des doutes sur la justesse du diagnostic. Dans l'intervalle des accès, les patients se trouvent généralement bien, il ne faut cependant pas oublier que si les accès sont très violents et très rapprochés — un ou deux par semaine, par exemple — les suites se prolongent parfois si longtemps qu'il n'est plus question pour le malade de bien-être réel. Heureusement ces cas sont rares : d'habitude, l'attaque se présente une fois par mois, six à huit fois par an, sans y comprendre toutefois les petites attaques abortives.

La durée de l'affection elle-même est toujours extrêmement longue ; assez souvent, elle persiste toute la vie. La ménopause a parfois une influence favorable, mais qui est loin d'être constante. C'est au moment de la menstruation que l'accès se produit de préférence, et même si l'attaque n'est pas complète, il est bien rare que les femmes, atteintes de la migraine, n'aient pas à souffrir, à ces époques, d'une céphalalgie plus ou moins intense. La souffrance exerce souvent à la longue, sur l'humeur et le facies des malades, une influence défavorable : ils deviennent mécontents, difficiles et sont, même dans l'intervalle des attaques, peu aimables et d'un commerce peu agréable. Ils restreignent d'ordinaire le plus possible leurs rapports sociaux, par le fait même qu'ils peuvent rarement disposer d'eux-mêmes et de leur temps à cause de l'imminence des attaques.

L'apparition de troubles trophiques tels que le grisonnement précoce, fréquemment observé, les fait paraître plus âgés qu'ils ne le sont en réalité. Il est cependant des cas où les patients conservent longtemps, malgré de pénibles attaques, la vivacité et la fraîcheur de la jeunesse : on est assez bien en droit de l'espérer lorsqu'ils jouissent d'un sommeil naturel dans l'intervalle des attaques. Ce n'est malheureusement pas souvent le cas, et les malades sont obligés de recourir à des moyens artificiels de toute espèce, parmi lesquels le bromure joue le principal rôle.

Il n'est pas toujours facile de s'édifier sur les causes de l'insomnie (agrypnie) qui accable les personnes atteintes de migraine et les névropathes : la difficulté dépend surtout de ce qu'en dehors de ce symptôme, il paraît ne rien exister d'anormal, le malade semble en parfaite santé, mais ses nuits sont sans sommeil, ou à peu près : c'est cependant l'étiologie qu'il est important d'éclaircir, le succès de la thérapeutique en dépend. Parfois, on constate soit un catarrhe d'estomac méconnu jusqu'alors, soit une hyperémie du foie ; dans ces cas, avec l'administration de l'eau de Mühlbrunnen de Carlsbad, on obtient souvent ce que l'on avait en vain demandé à la morphine et au

bromure. L'anémie peut aussi être en jeu, la pâleur des téguments, la petitesse du pouls et la froideur des extrémités permettent facilement de la reconnaître : l'huile de foie de morue, le fer, la quinine rendront alors des services autrement précieux que les hypnotiques, d'ailleurs difficilement supportés à la longue. En présence d'un névropathe se plaignant d'insomnie, il convient de se livrer d'abord à un examen minutieux et répété des organes thoraciques, abdominaux et sexuels ; si l'on n'arrive à aucun résultat, il faudra recourir à un traitement symptomatique, consistant en premier lieu dans le massage : bien dirigé et exécuté prudemment, nous lui avons vu rendre de réels et fréquents services. Ensuite vient la galvanisation systématique du cerveau : on en trouvera les détails techniques dans le traité d'électrothérapie de *Erb*, p. 333 (Leipzig, 1882). Enfin, si cela est absolument nécessaire, on donnera des calmants, des hypnotiques, dont le meilleur est toujours la morphine. On essaiera de plus : l'hydrate de chloral, la paralaldéhyde, l'uréthane, l'hypnone, la coniine, la lupuline et l'hydrate d'amyle (alcool amylique tertiaire), récemment recommandé par *von Mehring* : donné à la dose de 3,5 à 4 gr. en une fois, par 24 heures, ce dernier médicament semble efficace dans un certain nombre de cas, il mérite d'être essayé. Sa saveur désagréable nécessite l'addition de correctifs, la menthe poivrée, par exemple (amyl. hydrat. 7, aq. menth. piper. 40, ol. menth. pip. 10, syr. simpl. 30, à prendre la moitié le soir). Le sommeil est profond et réparateur : le médicament, tout en provoquant très rarement des accidents, doit cependant être manié avec prudence. *Dietz* (*Deutsch. Medic. Zeitung*, 1888, 18) signale la possibilité de symptômes d'intoxication (1).

La migraine se complique fréquemment de maladies d'estomac : la cardialgie (gastralgie) et une forme particulière de dyspepsie nerveuse, désignée par *Rossbach* sous le nom de gastroxynsis (*γαστροπ. σζυσις*), en sont les plus habituelles. Nous parlerons de la cardialgie au chapitre des névroses du vague : remarquons cependant ici qu'elle s'accompagne de ralentissement du pouls, de météorisme, flatulence et vomissements. La gastroxynsis débute par une sensation très pénible d'acidité siégeant à l'estomac, due à une hypersecrétion d'acide chlorhydrique libre. En même temps s'établit une céphalalgie intense, intolérable : l'accès se termine par un vomissement copieux dont le produit est très fortement acide. Les faits sui-

(1) On pourrait aussi employer le sulfonal qui a été récemment introduit dans la thérapeutique. Dépourvu d'odeur et de goût, il est pris sans difficulté et conviendrait surtout dans les insomnies purement nerveuses. On le donne à la dose de 1, 2, ou 3 grammes (V. KAST. *Sulfonal, ein neues Schlafmittel. Berliner klin. Wochenschr.* 1888, n° 6, p. 304). X. F.

vants prouvent qu'il existe un rapport intime entre la céphalalgie et la présence, dans l'estomac, de ces matières acides (*Rossbach*) :

1. — La céphalalgie cesse après le vomissement ou après qu'une absorption considérable d'eau chaude a délayé le contenu acide de l'estomac.

2. — La céphalalgie se montre souvent chez les personnes souffrant de gastroxynsis, après l'ingestion de mets acidulés, par exemple, de salade.

Quoi qu'il en soit, chacun sait que la plupart des personnes qui souffrent de céphalalgie habituelle ou de migraine, ont l'estomac plus ou moins avarié : le hoquet fréquent, l'inappétence et l'odeur de l'haleine en témoignent suffisamment ; il est bien rare qu'un de ces trois symptômes n'existe pas.

Au point de vue de leur **étiologie**, la céphalalgie et la migraine typique offrent de nombreux points de contact. L'hérédité joue un rôle très important, bien manifeste surtout dans la migraine. Pour que son influence se fasse sentir, il n'est pas du tout nécessaire que ce soient les ascendants directs qui aient souffert de l'affection : la trace de cette dernière ne se retrouve parfois que chez des grands-parents, des oncles, etc. Il est bon d'en tenir compte dans l'examen du malade. Nous n'avons jamais observé de migraine dans la première enfance, chez de petites filles de 6 à 7 ans, que lorsque l'hérédité était en jeu : autrement, elle n'apparaît, dans la majorité des cas, que vers l'âge de la puberté. L'affection frappe, d'une façon particulièrement grave, les jeunes gens à croissance rapide, astreints à un travail intellectuel assez considérable comme celui qu'exige, par ex., la préparation aux examens (*hémicrania adolescentium*). Il a déjà été question du rôle important que joue l'estomac dans la production de la maladie, aussi n'est-il pas rare de constater le développement de la céphalalgie ou de la migraine typique, à la suite d'excès de table. Cependant, il faut bien reconnaître que, la plupart du temps, les deux affections marchent de pair. Récemment *Legal* a signalé les maladies du pharynx et de l'oreille moyenne comme causes occasionnelles dans certains cas où la céphalalgie se localisait vers la région temporo-occipitale. Il recommande, après examen minutieux, l'insufflation d'air d'après la méthode de *Politzer*.

C'est au Dr *A. Bickerton* (v. bibliogr.) que l'on doit d'avoir mis en lumière le rôle étiologique joué, dans la genèse de l'affection, par les vices d'accommodation et de réfraction, surtout par l'astigmatisme hypermétropique.

La migraine, dans certains cas très rares, doit être consi-

dérée comme une névrose réflexe, déterminée par un état pathologique chronique de l'utérus ou de l'intestin (ténia) : il faudra également en tenir compte.

On voit, exceptionnellement il est vrai, les accès de migraine se développer au cours du rhumatisme, liés, semble-t-il, à la présence de l'acide urique. L'examen des urines accuse notamment la disparition de cet acide avant l'attaque, et, après celle-ci, au contraire, un excès qui se maintient pendant un certain temps. Après l'attaque, il n'est pas rare de constater de la polyurie persistant plusieurs heures : l'urine, d'un jaune clair, limpide comme de l'eau, donne la réaction acide et possède un poids spécifique très peu élevé : 1005 à 1007. Nous parlerons plus tard des accès de migraine qui se montrent parfois aux stades initiaux du tabes, et de leur importance pour le diagnostic et le pronostic de cette maladie.

Le **pronostic** de l'affection qui nous occupe est toujours embarrassant, sinon impossible, à poser. Dans les cas où l'affection est purement fonctionnelle, c'est-à-dire lorsque la céphalalgie ou la migraine constituent à elles seules toute la maladie et ne dépendent d'aucun processus fondamental, le pronostic *quoad vitam* est certainement favorable : le malade se relève relativement vite de ses plus graves attaques, et si même celles-ci se représentent fréquemment, il est bien rare que la défec-tuosité de la nutrition et l'affaiblissement qui en est la conséquence, inspirent de sérieuses inquiétudes.

Mais peut-on parler de guérison ? le pronostic *quoad valetudinem completam*, est-il aussi favorable que l'autre ? Non, bien évidemment. On ne peut se dissimuler que l'espoir du rétablissement complet est presque nul, d'autant plus faible que l'affection dure depuis plus longtemps et ne peut être rattachée à aucune cause saisissable. C'est surtout bien vrai pour les malades entachés d'hérédité : chez eux, la guérison est exceptionnelle. On sera donc toujours très prudent dans son pronostic et ses promesses de guérison. Il est bien peu d'affections qui puissent, comme la migraine ou la céphalalgie habituelle, faire tort au médecin dans son autorité, faire douter de ses affirmations et de ses ressources thérapeutiques. Il existe cependant des guérisons spontanées : on pourra y appeler l'attention dans les cas où l'arsenal médical n'aurait rendu aucun service.

Le **traitement** de la céphalalgie habituelle et surtout de la migraine, est presque toujours de très longue durée : il met souvent à une rude épreuve la patience du malade et celle du médecin. Après avoir accepté de traiter un cas donné et avoir fait un examen minutieux du patient, il importe de se tracer

un plan bien arrêté que l'on devra faire exécuter à la lettre. Il ne s'agit pas de prescrire un jour tel remède, le lendemain tel autre que l'on viendra d'entendre préconiser contre la migraine et dont on n'obtiendra, tout au plus, qu'un résultat passager. Le traitement sera donc avant tout systématique ; il devra en outre s'appuyer sur des données bien établies que nous allons exposer brièvement.

Il faudra s'assurer tout d'abord s'il n'existe pas en même temps, quelque maladie essentielle. Les affections de l'estomac, si fréquentes chez les patients qui nous occupent, se trouveront généralement bien d'une cure à Carlsbad ou à Kissingen. Contre l'hyperacidité, on prescrira l'ingestion régulière de boissons alcalines ou d'eau tiède. On devra toujours surveiller particulièrement la diététique, signaler les dangers de la surcharge de l'estomac le soir ; assurer enfin la liberté du ventre par l'emploi de l'irrigateur ou de petits lavements de glycérine pure (5 à 6 cent. cubes par lavement) ; recourir au besoin aux purgatifs végétaux, à la rhubarbe, par ex. : toute obstruction peut, en effet, avoir une influence défavorable. On traitera spécialement les affections qui pourraient éventuellement siéger au pharynx ou dans l'oreille moyenne. De même, si on constate une diathèse rhumatismale ou goutteuse, on prescrira, outre le lithium, un régime spécial. Il est toujours bon de déterminer exactement l'accommodation et la réfraction du patient, et, si elles sont défectueuses, de les corriger par des moyens appropriés (lunettes) : on a pu, de la sorte, guérir des cas résistants à tout traitement (*Bickerton, Brailey, Weir-Mitchell*, etc.).

Après s'être bien rendu compte qu'il n'existe aucune autre affection en dehors de la migraine, on s'attachera à fortifier l'organisme entier. Dans ce but, on prescrira le traitement à l'eau froide, la faradisation générale de *Beard* et *Rockwell*, la franklinisation (avec la machine de *Holtz*), la gymnastique de chambre pratiquée systématiquement : tout peut conduire au but. On a remarqué que le changement de séjour, les longs voyages, les climats maritimes ou celui des montagnes, pouvaient amener, dans certains cas, un résultat durable.

Contre l'accès lui-même ou pour en abrégier la durée, il existe toute une série de médicaments plus ou moins chaudement recommandés, mais sur le succès desquels il ne faut pas fonder d'espoir trop vif : la plupart du temps, après avoir à deux ou trois reprises, procuré quelque soulagement, ils deviennent complètement infidèles. Nous avons vu plus haut, parmi les phénomènes vaso-moteurs que présente l'affection, qu'il était parfois donné d'observer soit une contraction,

soit une dilatation des vaisseaux. Dans le premier cas, on pourra recourir aux inhalations prudentes de nitrite d'amyle; 3 à 5 gouttes suffisent. Dans le même but, on donnera la nitroglycérine à l'intérieur (3 fois par jour une goutte de la solution alcoolique à 1 pour cent). On sera toujours très prudent dans l'administration de ce dernier médicament; commencer avec des doses minimales, d'après l'état du pouls: si celui-ci est plein, tendu, on commencera par des doses ne dépassant pas $\frac{1}{2}$ goutte (*Trüssewitsch*). Son emploi ne sera pas prolongé au delà de deux semaines, car il occasionne facilement des symptômes cérébraux (bourdonnements, vertiges).

Si c'est la dilatation vasculaire qui domine, on recourt au seigle ergoté, soit sous forme d'injections sous-cutanées d'ergotine (ergotin. dialys. 1, aq. dest. 4.0, $\frac{1}{2}$ seringue), soit à l'intérieur (extr. secal. corn. Denzel 2.0, aq. cinnam. 180, 1 c. à b. 2 heures). *Kraepelin* a recommandé tout récemment la cytisine, administrée par voie sous-cutanée, à la dose de 3 à 4 mgrm. (*Neurol. Centralbl.* 1, 1888).

Si l'état des vaisseaux ne fournit aucune indication spéciale, on recherchera ce qui peut le mieux soulager son malade. Au premier rang, nous plaçons le citrate de caféine (0.15, 3 f. par jour) dont nous avons toujours constaté la supériorité sur l'aéthoxycatéine, préconisée par *Filehne*. Si on administre ce dernier médicament à la dose de 0.25, comme le veut *Filehne*, on provoque de violents vomissements et les malades se plaignent encore plus qu'avant. A petite dose, elle ne procure aucun effet, jamais elle ne nous a donné de succès durable, tandis que la caféine prolonge très souvent ses effets salutaires pendant bien des mois. La pâte de guarana, 2 gr. 2 fois par jour, agit à peu près de la même façon, mais détériore plus l'estomac.

L'acide salicylique agit parfois d'une façon surprenante, surtout au début; mais, administré pendant un certain temps, les malades le prennent en horreur à cause de ses effets éloignés. Nous n'avons jamais obtenu de résultat remarquable de l'emploi de l'antipyrine (1) (5 gr. en 2 h.), recommandé aussi dans ces derniers temps par *Germain Sée*; quant à l'antifébrine, ses vertus contre la migraine ne sont pas encore

(1) L'efficacité de l'antipyrine contre la migraine a été si souvent reconnue, en ces derniers temps, qu'il y a lieu de s'étonner que *Hirt* la conteste.

La phénacétine agit également d'une façon très favorable dans un grand nombre de cas d'hémicranie. On en fait prendre un gramme dès que se manifeste l'approche d'un accès: au besoin, on y ajoute, à des intervalles d'une demi-heure, deux doses de 50 centigrammes (*V. RUMPF. Ueber das Phenacetin. Berl. klin. Wochenschr.* 1888, n° 23). X. F.

suffisamment éprouvées; c'est, en tout cas, un nouveau remède à essayer.

Le patient retire un certain soulagement en enduisant, d'une solution alcoolique de menthol (3:20), la partie de la tête, siège principal du mal; il existe aussi un crayon contre la migraine, contenant d'ailleurs du menthol, qui procure également un calme passager.

Dans les cas où on aura pu reconnaître la présence de points douloureux dans les téguments du crâne ou la musculature (*vide supra*), il sera indiqué d'exercer à leur niveau d'abord une pression douce avec léger pétrissage, que l'on fera suivre dans la suite d'un massage un peu plus énergique.

L'électricité s'emploie: 1° Sous forme de courant constant que l'on fait passer à travers la tête longitudinalement ou transversalement. On peut encore pratiquer la galvanisation du sympathique au cou.

2° Sous forme de courant faradique: la main humide du médecin, appliquée sur le front du patient, sert d'électrode, l'autre main tient la seconde électrode. Cette méthode, connue sous le nom de « main faradique », réclame l'emploi d'un courant très faible (voyez *Erb, Electrotherapie*, p. 327, Leipzig 1882).

Comme on le voit, la migraine ne manque pas de remèdes destinés à la combattre; il ne manque pas non plus de patients qui ont renoncé à tout médicament et à tout médecin, après cent tentatives infructueuses. Dès qu'ils pressentent une attaque, ils se retirent chez eux, assombrissent leur appartement et se couchent tranquillement: le thé russe, additionné de jus de citron, est un des principaux remèdes familiers auxquels ils aiment à recourir; le repos absolu leur fait toujours le plus de bien. Nous voulons, en terminant, mettre en garde contre les hypnotiques et surtout la morphine, à laquelle on s'adresse le plus souvent: ses avantages sont nuls; par contre, elle peut beaucoup nuire.

Bibliographie.

- Brügelmann*, Ueber Hemigrania spastica. *Berliner klin. Wochenschr.* 16, pag. 242. 1883.
Keller, De la Céphalée des adolescents. *Arch. de Neurol.* 16, 17. 1883.
Féré, *Revue de Méd.* 3. 1883.
T. Clifford Allbutt, Neurosen der Eingeweide. *Lancet*, I, 11, 12, 14. 1884.
Rosbach, Nervöse Gastroxynsis als eine eigene, genau charakterisierbare Form der Dyspepsie. *Deutsches Arch. f. klin. Med.* XXXV, pag. 383. 1884.
Filehne, Das Aethoxycoffein als Substitut des Coffeins bei Migräne. *Arch. f. Psych. und Nervenkrankh.* XVII, 1, pag. 273. 1886.
Storch, O., Remarques sur l'étiologie et la thérapeutique de la migraine et