

remarquer toutefois que le sujet atteint de crampe des écrivains exécute des efforts musculaires exagérés, et que l'on connaît des névrites relevant de cet ordre de causes. E. Remak¹ proposait une interprétation de ce genre dans un cas de névrite accompagnant la « crampe de la traite, » variété que nous signalerons tout à l'heure.

Il est possible, après tout, que le surmenage local, lié à l'abus de l'écriture, retentisse à la fois, dans des proportions variables, sur tout l'ensemble névro-musculaire qui participe à l'acte d'écrire. Suivant l'intensité du processus, qui pourrait aller de l'altération purement dynamique à une altération organique plus ou moins profonde; suivant la localisation, qui pourrait prédominer sur la moelle, les nerfs ou les muscles, on aurait affaire à des variétés différentes. Une condition pathogénique commune, le surmenage musculaire, assurerait seule une certaine unité à cet ensemble, par ailleurs si disparate.

CRAMPES PROFESSIONNELLES DIVERSES

A chaque profession appartient un ensemble particulier d'actes musculaires comparable à celui qui fonctionne chez l'écrivain; à chaque profession aussi appartient une crampe particulière. Le terme de crampe est ici tout aussi impropre que dans la variété que nous venons de décrire; celui d'impotence professionnelle conviendrait mieux, car il s'appliquerait aux cas de paralysie comme à ceux de contracture et d'incoordination.

La *crampe des pianistes* se manifeste par de la parésie et des douleurs remontant jusqu'à l'épaule, non par de la contracture.

La crampe des *cordonniers*, celle des *tailleurs*, celle des *couturières* constituent ce qu'on nomme la *crampe de la couture*: elle siège dans les doigts. Signalons encore la crampe des *violonistes*, la crampe de la *traite* (chez les femmes occupées à traire les vaches), celle des *danseuses* (Schultz), des *télégraphistes* (Onimus), etc.

Ajoutons que les faits rapportés sous le titre de *spasmes professionnels* n'appartiennent pas tous d'une manière authentique à cette catégorie. Il en est parmi eux qui relèvent d'une affection nerveuse méconnue, notamment de l'hystérie. Certains exemples de crampes des écrivains guéries par une séance de suggestion hypnotique pourraient bien se rattacher à une méprise de ce genre².

1. E. REMAK (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1889, n° 13).

2. M. JOFFROY (*Soc. méd. des hôp.*, 11 avril 1890, p. 300) a rapporté un fait qui montre bien la confusion à éviter. Il a guéri par la suggestion un malade présen-

Traitement. — Tous les médicaments utilisés en neuropathologie, médicaments stimulateurs ou dépresseurs de l'activité nerveuse et musculaire, ont été mis en œuvre sans grand succès. Il nous paraît inutile même de les énumérer.

Les tentatives de traitement chirurgical, la ténotomie, l'élongation des nerfs ont échoué.

Dans les cas relativement bénins, des modifications de la plume, du porte-plume employés, ou une façon particulière de tenir le porte-plume (entre l'index et le médium, par exemple), rendront l'écriture moins difficile. Des appareils prothétiques de toute sorte ont été imaginés; ils peuvent rendre quelques services. Le massage et surtout l'électrisation ont fourni à certains auteurs de bons résultats. La faradisation des muscles affectés doit être évitée; elle serait plus nuisible qu'utile, ou plutôt elle n'est indiquée que dans la forme paralytique. C'est aux courants galvaniques, appliqués localement ou sur la colonne vertébrale, qu'il faudrait donner la préférence, ou bien encore à l'électricité statique.

S'il existe de la névrite, on traitera la névrite; si quelque lésion locale (périostite, etc.) est soupçonnée de jouer un certain rôle étiologique, on la soignera par des moyens appropriés.

En admettant, avec M. Vigouroux, que le trouble fonctionnel relève d'altérations variables de l'appareil nerveux, musculaire ou circulatoire, on devra satisfaire dans chacun des cas à des indications particulières.

L'état général de l'organisme, et particulièrement du système nerveux, doit attirer également la sollicitude du médecin.

L. HALLION.

MIGRAINES

Il est des *migraines* de plusieurs sortes. La migraine *ophtalmique* diffère cliniquement de la migraine *vulgaire*, elle a droit à une description distincte. On doit de même, et avec plus de raison encore, faire à la migraine *ophtalmoplégique* une place à part. Nous

tant, par cela seul qu'il craignait d'être atteint de crampe des écrivains, une douleur tout à fait semblable à celle de cette affection. Mais il n'y avait chez lui ni crampe, ni faiblesse musculaire. Ce malade était névropathe et présentait des antécédents héréditaires.

décrivons séparément ces trois formes, auxquelles nous rattacherons des variétés accessoires. En traçant le tableau des migraines ophtalmique et ophtalmoplégique, nous négligerons les caractères qu'elles ont en commun avec la migraine vulgaire, appuyant davantage sur les traits qui leur sont propres.

Nous nous occuperons ensuite de la pathogénie, du diagnostic, du pronostic et du traitement des migraines.

I. — MIGRAINE VULGAIRE

Étiologie. — La migraine est un fruit commun de l'arthritisme et de la névropathie constitutionnelle. La goutte, le rhumatisme, l'herpétisme, et les névroses parmi lesquelles l'asthme et la migraine, manifestent une affinité réciproque évidente, s'allient ou se succèdent dans une même famille ou chez un même individu. A cet égard, les exemples abondent : Trousseau en a cité qui sont demeurés classiques; H. Jackson, Charcot ont montré la migraine associée à la chorée et au rhumatisme; Hirtz l'a vue alterner avec une névralgie sciatique.

La migraine débute dans l'adolescence; il est bien rare que le premier accès survienne passé l'âge de vingt-cinq à trente ans, ou que la maladie se montre chez un enfant. Les professions libérales, où se rencontre souvent le surmenage de l'esprit, lui payent particulièrement tribut; les médecins ont fourni à l'histoire de la migraine maintes observations personnelles.

La migraine peut-elle être symptomatique? On a signalé la dyspepsie, les maladies de l'utérus, les affections du pharynx et de l'oreille moyenne, la rhinite hypertrophique, comme étant capables de susciter la migraine. Bien souvent, ces rapports de causalité restent fort douteux; il est pourtant des migraines dont la date d'apparition et l'évolution démontrent leur subordination à une cause provocatrice. Ainsi, la migraine peut tenir à certains vices de réfraction de l'œil (Bickerton). D'autre part, Charcot et ses élèves ont fait voir qu'elle peut être symptomatique de la paralysie générale, du tabes dont elle est parfois l'avant-courrière, enfin de l'hystérie, qui la compte parmi ses manifestations exceptionnelles¹.

Si la maladie migraine a ses causes profondes dans un état morbide constitutionnel, certaines circonstances accessoires peuvent favoriser ou provoquer l'apparition de la crise. Ces causes occasionnelles varient suivant les sujets; telle influence nocive pour l'un sera

¹ Voir BABINSKI, Migraine ophtalmique hystérique (*Arch. de neurol.*, 1890, vol. XX, p. 305).

indifférente pour l'autre; il existe à cet égard des idiosyncrasies singulières qu'on retrouve d'ailleurs dans l'histoire de toutes les névroses. Ainsi, pour citer un exemple, une crise est presque infailliblement provoquée chez tel malade par l'ingestion de tel aliment: Lasègue avait sa migraine chaque fois qu'il mangeait du chocolat. Parmi les causes provocatrices les plus fréquentes, on peut citer les troubles digestifs, les variations atmosphériques, le séjour dans certains lieux, la fatigue de la vue, les émotions, le surmenage, certaines impressions sensibles. Mentionnons enfin (ceci démontre l'intervention possible d'une influence psychique) la répétition de certains actes ou de certains faits avec lesquels un accès antérieur a coïncidé.

Symptomatologie. — Chaque migraineux fait sa crise à sa manière; les cas particuliers ont leur physionomie propre. Mais, à travers cette mutabilité d'aspect, persistent certains traits essentiels auxquels on ne peut guère se méprendre.

Avec Lasègue à qui l'on doit une excellente description de la migraine, on divise l'accès en trois périodes: prodromes, stade d'état, terminaison.

L'accès débute le matin. Dès la veille pourtant, il s'est annoncé par un certain malaise, puis par de l'insomnie; parfois aussi, chose étrange, ce sont les phénomènes inverses: bonne humeur et bon appétit. Le malade s'éveille mal dispos, irritable, inappétent. Instruit par l'habitude, il ne s'y trompe pas; il sait que la migraine va poindre. En effet, une douleur sourde, légère d'abord, intolérable bientôt, s'empare d'un côté du crâne (*hémicrânie*). Elle siège le plus souvent dans la région orbitaire ou sus-orbitaire, mais peut aussi affecter les régions latérale et postérieure de la tête. Elle est d'ordinaire exclusivement unilatérale et siège à gauche de préférence; parfois elle ne fait que prédominer d'un côté. A mesure que l'accès se développe, la douleur, d'abord localisée, se diffuse; elle peut passer d'un côté à l'autre, brusquement. Elle est très intense; les malades l'expriment par des images et des comparaisons variées. Irritable, hyperesthésié dans tous ses sens, le migraineux s'enferme en une chambre obscure, loin de la lumière et du bruit; anéanti, impuissant à tout travail, il s'étend sur son lit, s'épargne tout mouvement. La pression exercée sur la région affectée, surtout en certains points répondant à la distribution superficielle du trijumeau, est souvent douloureuse; mais surtout le moindre ébranlement détermine un redoublement de souffrance.

Par malheur, le patient est harcelé à tout instant par des *nausées* et des *vomissements*, accompagnement constant de la migraine. Ce sont des vomissements nerveux, qui expulsent le contenu de l'estomac, puis s'accomplissent à vide comme dans le mal de mer et n'en

sont que plus pénibles. Il existe, en même temps, de la constipation. Mais rien ne trahit une atteinte profonde des voies digestives : pas d'enduit saburral de la langue, aucune douleur de ventre.

Le soir venu, la douleur peu à peu s'apaise, l'état nauséux s'amende ; parfois le migraineux s'abîme dans un lourd sommeil, mais souvent il passe la nuit dans l'agitation et l'insomnie. Le lendemain, il se lève, délivré des symptômes de la veille, mais fatigué encore. On n'est guéri que lorsqu'on a mangé (Lasègue). Pour quelques malades cependant, la nuit n'est qu'une trêve relative dans une crise qui occupe deux journées.

Nous avons décrit brièvement un accès de migraine, revêtant un type fortement accentué. A la vérité, il existe des accès moins intenses, certains sujets peuvent encore se livrer, dans une certaine mesure, à leurs occupations coutumières ; ils y trouvent même une distraction et un soulagement. L'état nauséux est plus ou moins prononcé. La crise ne commence pas toujours dans les premières heures de la journée ; elle ne se prolonge pas constamment jusqu'au soir. Bref, l'accès peut revêtir des modalités assez diverses, mais il répond en somme au type général que nous avons tracé.

Au tableau précédent s'adjoignent parfois, dans une mesure variable, des troubles nerveux sur lesquels nous aurons à revenir à propos des autres formes de migraine, — troubles sensitifs : paresthésie, anesthésie, hyperesthésie de certaines régions ; — troubles moteurs : spasmes de la face, hémiplégie ; — troubles intellectuels : amnésie, aphasie ; — troubles vaso-moteurs : constriction ou dilatation vasculaire cutanée.

Le retour des accès est variable ; souvent il s'accomplit avec une régularité remarquable ; tous les huit jours, tous les mois, une crise survient ; il n'est pas rare que chez la femme on note une coïncidence avec chaque période menstruelle. A mesure que les malades vieillissent, la fréquence et l'intensité des crises vont diminuant.

Dans les *périodes intercalaires*, la santé peut être parfaite. La dyspepsie est fréquente chez le migraineux, mais on ne saurait affirmer qu'elle est liée directement à la migraine, soit comme cause, soit comme effet. Par contre, une migraine à crises violentes et répétées peut altérer le caractère, déprimer le système nerveux et développer un état neurasthénique sérieux.

Variétés vaso-motrices. — Souvent des phénomènes vaso-moteurs intéressants accompagnent la crise migraineuse. Il existe parfois de la pâleur des téguments de la face du côté douloureux. A cette vaso-constriction s'unit fréquemment, du même côté, une dilatation pupillaire et une salivation abondante. D'autres fois, au contraire, c'est de la vaso-dilatation unilatérale, avec rétrécissement de la pupille. Ces

deux variétés ont été étudiées chacune par des médecins qui les observaient sur eux-mêmes : Du Bois-Reymond a décrit la première, celle dans laquelle le grand sympathique (vaso-constricteur et dilateur pupillaire) paraît excité ; Mollendorff a signalé la seconde, dans laquelle le grand sympathique semble paralysé. On les désigne sous les noms caractéristiques de *migraine spastique ou sympathico-tonique*, et de *migraine sympathico-paralytique*.

II. — MIGRAINE OPHTALMIQUE

La *migraine ophtalmique* a été décrite pour la première fois comme affection distincte par M. Féré, dans un important mémoire où se reflète l'enseignement de Charcot. Elle est proche parente de la migraine vulgaire ; elle peut en effet succéder à cette dernière ou alterner avec elle. Les phénomènes douloureux qu'on y observe ont pour siège habituel la région sus-orbitaire et le globe de l'œil lui-même. Mais le caractère spécial de la migraine ophtalmique est dû à des phénomènes visuels très particuliers qui durent tantôt quelques secondes, tantôt une demi-heure ou une heure et précèdent l'apparition de la céphalalgie hémicrânienne. Rarement, c'est la céphalalgie qui commence.

A l'exemple de Charcot et de M. Féré, nous distinguerons quatre formes de migraine ophtalmique : la forme simple, la forme fruste, la forme dissociée et la forme associée.

1° FORME SIMPLE. — Le phénomène visuel le plus typique de la migraine ophtalmique est l'apparition du *scotome scintillant*. Dans le champ visuel, ordinairement en dehors du champ de la vision distincte, c'est-à-dire à une certaine distance du point de fixation, une lacune se produit. Cette tache sombre se frange de lumière : une bordure éclatante, irrégulière, formant des zigzags comme l'enceinte d'une fortification à la Vauban, en marque les contours. La zone lumineuse n'est pas fixe, elle vibre, elle scintille, elle se meut, elle se fragmente. C'est une roue de feu, une roue dentée qui tourne et se brise ; c'est un nuage noir qui projette des éclairs. Les comparaisons ne manquent point ; chaque malade exprime à sa manière cette sensation étrange, et de fait, dans sa couleur, dans son éclat, le scotome scintillant comporte des variétés nombreuses. Après un temps plus ou moins long, quelques secondes ou une heure entière, le nuage s'efface, le scintillement gagne les limites du champ visuel et disparaît sans retour. Ce scotome est monoculaire ou binoculaire, suivant les cas.

Quelquefois, il fait place à une *hémioptie* homonyme, qui occupe