

une des moitiés latérales du champ visuel, plus rarement la moitié supérieure ou inférieure. La cécité complète est exceptionnelle.

Les phénomènes oculaires de la migraine ophtalmique sont purement subjectifs. Cependant on note parfois des modifications dans le diamètre de la pupille : myosis ou mydriase.

2° FORME FRUSTE. — Les troubles visuels peuvent exister seuls; parfois aussi les vomissements font seuls défaut; enfin, l'accès migraineux peut avoir pour équivalent une simple obnubilation passagère de la vue.

3° Dans la FORME DISSOCIÉE, les phénomènes douloureux d'une part, les phénomènes oculaires de l'autre, au lieu de constituer deux phases d'un même accès, apparaissent par accès distincts.

4° Enfin, dans la FORME ASSOCIÉE, on voit survenir, compliquant les symptômes habituels, des troubles cérébraux sensitifs, moteurs, intellectuels.

Comme *troubles sensitifs*, on observe des sensations d'engourdissement, des picotements, des anesthésies ou des hyperesthésies, phénomènes limités généralement à une extrémité, parfois étendus à une moitié du corps, et rappelant dans certains cas, par leur envahissement progressif, les symptômes sensitifs de l'aura épileptique.

Les *troubles moteurs*, moins fréquents, sont constitués par des tremblements, des convulsions, des paralysies plus ou moins complètes atteignant la face, le bras, ou affectant la forme d'hémiplégies transitoires.

Enfin, M. Charcot a depuis longtemps attiré l'attention sur l'*aphasie*; celle-ci est complète ou incomplète, elle peut s'accompagner d'amnésie ou d'agraphie.

Aux troubles de la vision peuvent s'adjoindre des *troubles auditifs, olfactifs et gustatifs*; ce sont des sensations anormales subjectives, telles que des bourdonnements d'oreille, ou encore une acuité exagérée des sens. Il se peut qu'un des sens soit seul affecté, ce qui a porté Nicati et Robiolis à décrire des migraines auditive, olfactive, gustative comme des formes distinctes. Mais ces *migraines sensorielles* diverses sont loin d'avoir la fréquence et la particularité d'aspect de la migraine ophtalmique; on n'a pas de raisons suffisantes pour les décrire à part.

III. — MIGRAINE OPHTALMOPLÉGIQUE

Il s'agit ici de troubles portant non pas sur l'appareil sensoriel, mais sur l'appareil moteur oculaire. Cette affection a été décrite pour la première fois par Möbius, et on la désigne en Allemagne

sous le nom de *paralysie oculo-motrice périodique ou récidivante*. Charcot a proposé le terme de migraine ophtalmoplégique¹.

Cette dénomination a l'avantage d'indiquer l'importance de l'élément douleur, qui occupe, de fait, le premier rang des symptômes. « C'est une douleur intense, atroce, disent quelques-uns, qui ouvre la scène; cette douleur est une *hémicranie* par excellence, elle reste localisée d'un seul côté pendant toute la durée de l'accès, bien plus régulièrement que cela ne se voit dans la migraine vulgaire; elle siège surtout à la région temporale et s'étend tantôt à l'occiput, tantôt à la nuque ou encore sur les deux à la fois. La douleur s'accompagne d'ailleurs, comme dans les autres formes de migraine, de malaises, de nausées et de vomissements » (Charcot). Cette douleur a une durée variable; elle présente des exacerbations tantôt matinales, tantôt vespérales; elle se termine brusquement au moment même où apparaît l'*ophtalmoplégie*.

Cette dernière consiste dans une paralysie totale du moteur oculaire commun, avec le ptosis, le strabisme externe, la diplopie caractéristiques; il y a paralysie de l'accommodation et tout réflexe constricteur est aboli dans la pupille dilatée, sauf dans une observation de Charcot (où l'abducteur était également touché).

Le nerf de la troisième paire est seul atteint, et il l'est précisément du côté où la douleur s'est montrée. Dans tous les accès qui apparaissent chez un même sujet, les phénomènes se localisent toujours du même côté.

Les accès se composent, comme on le voit, de deux périodes nettement tranchées. Ajoutons que la deuxième période peut manquer dans certaines crises. La durée totale de l'accès dépasse toujours de beaucoup celle de l'accès de migraine vulgaire : elle est de trois à six jours pour les crises courtes, de dix, quinze, vingt jours pour les crises plus longues. Plus les crises sont prolongées, moins elles sont fréquentes.

La période d'accalmie qui s'étend entre deux crises successives dure quelques semaines, quelques mois, une année entière. Parfois il subsiste en permanence un certain degré de douleur et de paralysie oculaire; il s'agit alors, à vrai dire, non d'une maladie périodique, mais plutôt d'une maladie continue avec exacerbations périodiques (Senator).

La migraine ophtalmoplégique débute en général non pas dans l'adolescence, mais dans l'enfance, parfois dans la première année

1. CHARCOT, Sur un cas de migraine ophtalmoplégique (*Progrès médical*, 1890, vol. XII, p. 83). — Voir pour les indications bibliographiques cet article auquel nous avons emprunté les éléments de notre description.

de la vie; on l'a vue pourtant apparaître à l'âge de trente ans (Charcot). Cette maladie ne guérit point; dans certains cas, elle a une tendance à s'améliorer, mais bien plus souvent elle s'aggrave d'une façon progressive. Elle peut aboutir à une paralysie complète et persistante du moteur oculaire commun.

Pathogénie. — Les divers types de migraine se ressemblent singulièrement à beaucoup d'égards; aussi est-il permis de leur attribuer à tous une pathogénie identique. Cette pathogénie, quelle est-elle? L'étude de certaines formes permet de s'en former une conception très vraisemblable.

Dans l'une des variétés il existe, nous l'avons vu, des troubles très apparents de la circulation céphalique. De là à admettre qu'il se passe des phénomènes du même genre au niveau des organes profonds, dans l'encéphale et les méninges, il n'y a qu'un pas.

L'anémie, peut-être aussi la congestion des enveloppes où se distribuent des filets du trijumeau, expliquent la douleur. Des localisations diverses du même processus dans la profondeur et surtout à la surface d'un hémisphère cérébral permettent de comprendre les phénomènes sensitifs, moteurs, psychiques de la migraine ophtalmique dans ses différentes variétés. Le bulbe lui-même serait affecté dans la migraine ophtalmoplégique.

On conçoit qu'un trouble vaso-moteur puisse être fugace, et que sa disparition coïncide avec une restitution complète des fonctions suspendues ou perverses; on conçoit aussi que, par sa répétition fréquente ou par sa longue durée, il engendre des lésions plus profondes, des altérations permanentes de l'organe atteint. A ces éventualités diverses répondraient les types d'évolution divers de la maladie migraine.

Ces hypothèses pathogéniques, encore que la démonstration directe en soit impossible, ont pour elles toutes les vraisemblances. Mais la raison première et même la modalité précise de ce processus vaso-moteur nous demeurent inconnues.

Diagnostic. — Le caractère spécial de la douleur, sa prédominance hémicrânienne, les vomissements qui l'accompagnent, l'anéantissement général qui lui fait cortège, l'évolution de la crise, qui se déroule d'habitude en vingt-quatre heures et fait place à l'état de pleine santé, sa répétition à tendance périodique, enfin l'âge auquel la maladie débute, distinguent la migraine des autres céphalalgies.

La névralgie faciale, la névralgie occipitale ont leurs points douloureux spéciaux, elles n'affectent pas les mêmes allures que la migraine et ne s'accompagnent pas de la même série de symptômes.

Aux affections organiques de l'encéphale et des méninges : syphilis, tuberculose, néoplasmes divers, etc., appartient un mal de tête plus persistant.

Bref, les céphalalgies de toute espèce sont faciles à différencier de la migraine. Mais un malade emploie volontiers le terme de migraine comme synonyme de mal de tête répété ou persistant; il convient d'y prendre garde.

Les formes principales et les variétés secondaires de la migraine, dont nous avons esquissé la description, sont distinguées sans peine les unes des autres.

La connaissance des variétés frustes, surtout dans la migraine ophtalmique, peut éviter des erreurs sérieuses. Savoir rapporter à la migraine des symptômes aussi alarmants que l'aphasie, les hémiplegies, l'hémianopsie, n'est pas chose de médiocre importance. Enfin, en présence d'une paralysie du nerf de la troisième paire ou de la sixième, on doit dépister, s'il y a lieu, la migraine ophtalmoplégique.

Nous avons vu que l'hystérie, le tabes, la paralysie générale peuvent avoir la migraine pour manifestation. La recherche des autres causes que nous avons énumérées au chapitre de l'*Étiologie*, et notamment des vices de réfraction de l'œil, doit compléter le diagnostic.

Pronostic. — La migraine vulgaire, par elle-même, ne menace point l'existence et ne constitue guère qu'une infirmité. Pourtant, si l'on se souvient qu'elle est parfois liée au développement de la paralysie générale et du tabes, on tempérera quelque peu l'optimisme du pronostic.

La forme ophtalmique est plus sérieuse que la forme banale; elle conduit moins rarement que cette dernière à des affections permanentes du système nerveux.

Quant à la forme ophtalmoplégique, elle est trop mal connue dans son évolution pour qu'on en puisse préciser la gravité. Nous avons vu qu'en tout cas le pronostic en doit être formellement réservé.

Traitement. — La thérapeutique échoue le plus souvent. Une affection de l'estomac ou de l'intestin, qui, sans être la cause première de la migraine, peut du moins l'aggraver, sera traitée par les moyens connus. La goutte et le rhumatisme qui lui sont associés seront utilement combattus par la lithine et par un régime convenable. On soignera, s'il y a lieu, les affections du pharynx et de l'oreille moyenne, ou de la muqueuse nasale, soupçonnées de jouer un rôle étiologique. Mais surtout, quand il existe des vices de réfraction de l'œil, on prescrira le port de lunettes appropriées; on obtient parfois, en pareil cas, la guérison radicale et définitive.

On recommande, non sans raison, de tonifier l'état général, et l'on préconise dans ce but l'hydrothérapie, la gymnastique, la vie saine dans un air pur.

Quant aux accès eux-mêmes, on en peut diminuer la fréquence par l'administration prolongée du bromure de potassium (jusqu'à 4 et 6 grammes par jour) et surtout en évitant les causes occasionnelles, lesquelles diffèrent, nous l'avons dit, suivant les sujets. Enrayer une crise est plus difficile, l'atténuer même est souvent impossible. Un léger massage de la région douloureuse, l'application du pinceau faradique, le badigeonnage au menthol soulagent certains patients. L'antipyrine à hautes doses (jusqu'à 5 grammes en deux heures, d'après M. Germain Sée) ainsi que la caféine et la quinine méritent d'être essayées. Les narcotiques, la morphine en particulier, offrent des dangers et peu d'avantages. Ajoutons qu'on a appliqué à la forme dite vaso-constrictive le nitrite d'amyle, à la forme dite vaso-paralytique le seigle ergoté, l'ergotine, la cytisine (Kraepelin). Bien d'autres médicaments ont été vantés tour à tour et n'ont guère fait preuve que de leur impuissance.

Trop souvent, après des essais thérapeutiques de tout genre, le médecin et le malade en sont réduits à désarmer; il eût été aussi sage peut-être, au moins dans les cas bénins, de renoncer d'emblée à la lutte. Pourtant il est des cas où le traitement s'impose, par exemple dans la migraine ophtalmique compliquée de phénomènes graves comme l'aphasie, on encore dans la migraine ophtalmoplégique. On doit alors traiter le malade comme un épileptique, par les bromures alcalins à doses élevées, et cela pendant six mois, pendant une année s'il le faut. Il s'agit en effet d'enrayer dès la première heure, alors qu'ils procèdent encore d'une altération purement dynamique, des accidents qui présagent une lésion organique menaçante (Charcot).

L. HALLION.

SÉMÉIOLOGIE DES MALADIES NERVEUSES

Les chapitres qui vont suivre seront consacrés à l'étude de plusieurs grands symptômes des affections nerveuses. La plupart de ces symptômes ont été déjà décrits à propos des diverses maladies dans lesquelles ils se rencontrent, avec les caractères spéciaux qu'ils revêtent dans chacune d'elles. Néanmoins il importe de les envisager dans leur ensemble et de passer en quelque sorte en revue, afin de les mieux faire ressortir, les particularités qu'ils peuvent offrir et qui sont parfois d'un très haut intérêt séméiologique. Cette étude générale est d'autant plus nécessaire que certains d'entre eux n'ont été étudiés que d'une manière bien incomplète et n'ont été qu'à peine mentionnés jusqu'ici: tel est le *délire* dont il importe de montrer, tout au moins d'une façon sommaire, les rapports avec la pathologie mentale; telle est aussi l'*aphasie*, symptôme ou plutôt ensemble symptomatique éminemment complexe, dont il était impossible de morceler la description à propos des diverses maladies où elle peut apparaître.

Quant à l'*apoplexie* qui devrait logiquement figurer dans ce groupe de symptômes, elle a déjà fait l'objet d'un article particulier (t. III, p. 100): la bonne intelligence du tableau clinique de plusieurs affections encéphaliques exigeait que sa description précédât leur étude.