

d'autre part une diminution ou une suppression totale de la même sécrétion (*Anidrose*). La première p. ex. se remarque du côté paralysé chez beaucoup d'hémiplégiques et chez les personnes frappées de paralysies spinales, la seconde dans le tabes dorsal. Assez souvent, ces anomalies de la sécrétion sudorale sont combinées avec des troubles vasomoteurs, dans certaines névroses générales (hystérie, neurasthénie, etc.). En quelques rares circonstances, on a pu observer une véritable *hématidrose* (sueur de sang). Un fait intéressant à noter, c'est l'état désigné sous le nom d'*hyperidrose monolatérale* (sueur affectant une moitié du corps) et qui présente cela de particulier que la sécrétion anormale se montre d'un côté de la face, plus rarement à un bras ou de tout un côté du corps. Cette affection est le plus souvent associée à la migraine, à la maladie de Basedow, à l'hystérie, etc. et dépend, au moins dans une série de cas, d'une lésion directe du grand sympathique. En revanche, nous avons nous-même connu plusieurs personnes (très bien portantes d'ailleurs), chez lesquelles la transpiration, s'effectuant cette fois-ci dans des conditions normales (chaleur, fatigue corporelle), se limitait à une moitié du corps, la figure surtout.

Pour finir, rappelons brièvement les phénomènes qu'on observe après les **lésions directes du grand sympathique au cou** (contusions, compression par des tumeurs avoisinantes, etc.). S'agit-il d'une *paralysie du sympathique*, on remarque presque constamment du côté atteint, le *rétrécissement de la pupille* (paralysie du muscle dilateur de la pupille, qui reçoit son innervation du sympathique) très souvent associé à une lenteur de la réaction pupillaire, ensuite la *diminution de la fente palpébrale* (paralysie du muscle de Müller), et aussi dans les cas anciens la *rétraction du globe oculaire*, parfois enfin une *augmentation d'injection et de chaleur* à l'oreille et à la joue (trouble vasomoteur), de même qu'une *hypersécrétion sudorale* dans les mêmes parties. Disons encore que d'après MÖBIUS la dilatation pupillaire réflexe qui se produit normalement par les irritations douloureuses de la peau de la face, fait défaut en cas de paralysie du grand sympathique. Des phénomènes inverses se montrent dans les états d'*irritation du grand sympathique*. Dans les deux cas on voit parfois surgir de légers désordres trophiques dans la joue. Nous avons parlé plus haut des symptômes relevant du grand sympathique, qui compliquent certaines plaies du plexus brachial.

CHAPITRE DEUXIÈME.

HÉMICRANIE.

(Migraine.)

Étiologie. Par migraine on entend une espèce particulière de céphalalgie qui se déclare d'un seul côté de la tête et qui semble le plus souvent dépendre de troubles vasomoteurs ou du moins leur être presque toujours associée. Cette maladie se présente surtout chez la *femme*, moins fréquemment chez l'homme, et date ordinairement de la *jeunesse*, principalement de l'époque de la puberté. Cependant on a rencontré à diverses reprises des cas types de migraine chez des enfants en âge d'école. Ce sont assez ordinairement, mais *pas toujours*, des femmes dotées d'un tempérament névrosique, souffrant d'anémie ou de désordres menstruels, qui paient leur tribut à cette affection. L'*hérédité* paraît également jouer un rôle dans la genèse de l'hémicranie, attendu que d'une part les parents la transmettent comme telle aux enfants et que de l'autre elle se montre quelquefois dans des familles entachées de diverses névroses (épilepsie, hystérie, psychoses). Comme *causes occasionnelles* à invoquer, non seulement en ce qui concerne les accès considérés en eux-mêmes, mais encore pour expliquer l'origine de la maladie, citons les fatigues corporelles et intellectuelles, les émotions morales profondes, les troubles de la digestion, l'abus de l'alcool, etc.

Nous manquons de notions sur la cause essentielle de la migraine. A en juger par les symptômes vasomoteurs qui accompagnent communément la migraine, on admet généralement qu'elle doit être considérée comme une *affection du grand sympathique*. Cependant convenons avec MÖBIUS que cette opinion n'est nullement démontrée et que les symptômes sympathiques concomitants ne surgissent peut-être que secondairement et par voie réflexe sous l'influence de la douleur. Nous ne sommes pas mieux renseigné sur le véritable *siège de la douleur*, cependant il est probable qu'il faut la localiser dans les méninges (pie-mère et dure-mère).

Symptômes et marche morbide. La migraine se présente toujours sous forme d'*accès*, séparés par des intervalles de temps de différente longueur, mais qui observent souvent une régularité remarquable dans leur ordre de succession. Il arrive parfois que chez la femme les accès coïncident avec l'époque des règles. Le côté *gauche* de la tête est beaucoup plus fréquemment atteint que le côté droit. Dans quelques circonstances la douleur se place alternativement à droite et à gauche; dans d'autres elle n'est pas rigoureusement circonscrite à un seul côté.

L'accès commence d'ordinaire par certains *symptômes prodromiques* que les migraineux reconnaissent comme les avant-coureurs certains de leur crise. Ces signes prémonitoires consistent en un changement d'humeur, un malaise général, un serrement de tempes, en vertiges, parfois en bourdonnements d'oreille, mouches volantes, en horripilations, en un état nauséux et des bâillements convulsifs, etc. Peu après la *douleur* entre en scène, tantôt elle occupe la région frontale antérieure, tantôt elle prédomine aux tempes ou au sommet de la tête; en général elle est continue dans son allure, pas intermittente (comme dans les névralgies) et s'élève parfois à un haut degré d'acuité. Il n'existe pas de points particulièrement douloureux; mais tout le cuir chevelu du côté atteint présente d'ordinaire de l'hyperesthésie. En même temps le *malaise général* continue: l'*inappétence* est complète, il y a de fortes *envies de vomir* et presque toujours une *extrême susceptibilité vis-à-vis des influences du dehors*, d'une lumière un peu vive, du moindre bruit, etc. En beaucoup de cas (*hémicranie ophthalmique*) les troubles oculaires prennent le dessus: le champ visuel de l'un des yeux est sillonné d'une multitude de *phosphènes* et de *scotomes scintillants* et parfois on constate une *hémianopsie* prononcée au cours de l'accès.

Les *phénomènes vasomoteurs* offrent un intérêt spécial puisqu'ils ont servi à édifier la théorie de la maladie. Si l'on s'en rapporte à eux, on distingue communément deux sortes de migraine: la *migraine sympathico-tonique* ou *spasmodique* et la *migraine sympathico-paralytique* ou *angio-paralytique*.

Dans la *migraine spasmodique* (décrite tout d'abord par DU BOIS-REYMOND d'après des observations faites sur lui-même) le front et l'oreille du côté malade sont pâles, la peau est froide, l'artère temporale contractée, la pupille parfois largement dilatée, la sécrétion salivaire augmentée, — bref on se trouve en présence d'une série de symptômes qui tous concordent à faire admettre une *irritation du grand sympathique* (v. ci-dessus).

Dans l'*hémicranie paralytique* au contraire (pour la première fois décrite par MÖLLENDORFF, également d'après des observations recueillies sur sa propre personne) la face est injectée du côté atteint et chaude au toucher, l'artère temporale semble dilatée, est animée de fortes pulsations, parfois la moitié de la face se couvre de sueur, la pupille est rétrécie — tous symptômes qui ne peuvent s'expliquer que par une *paralysie du nerf sympathique*.

Cependant, comme il a été dit plus haut, l'explication de ces symptômes n'est pas à l'abri de toute critique, et qui plus est, il importe de remarquer que les cas qui se présentent dans la pratique ne se prêtent pas toujours à être rigoureusement classés dans l'une ou l'autre de ces catégories-types. Parfois d'ailleurs les symptômes vasculaires n'ont qu'un bien faible degré

d'intensité, parfois encore, dans un même accès, les signes d'irritation et de paralysie du sympathique semblent alterner et souvent même des symptômes en apparence contradictoires (par ex. la pâleur et le resserrement pupillaire) se montrent simultanément. La *véritable source de la douleur* n'a pas été élucidée non plus. Si l'on attribue la migraine à une modification primitive des vaisseaux, on doit nécessairement chercher l'origine de la douleur dans un trouble de la circulation ou peut-être, en cas d'hémicranie spasmodique, dans la contraction morbide des vaisseaux.

La *durée* de l'accès de migraine diffère beaucoup d'après les cas. Elle est d'ordinaire de quelques heures à un jour. Ensuite, la douleur se dissipe graduellement, parfois après que d'abondants *vomissements* ou de *copieuses émissions* d'urine ont marqué la fin de la crise. Dans l'intervalle des accès, la plupart des malades éprouvent un bien-être complet et sont exempts de douleurs.

La *marche de la migraine prise dans son ensemble* est très chronique et peut s'étendre à des années et à des périodes décennales. Elle est d'ordinaire un mal d'habitude auquel les malades finissent par se résigner. On doit mettre une certaine réserve dans le *pronostic*, attendu que beaucoup de cas bravent opiniâtrement toute médication. Les malades pourront toujours se consoler en songeant qu'avec le progrès de l'âge, leurs souffrances s'apaiseront d'elles-mêmes. En tous cas, la migraine en soi n'est pas dangereuse. Ce n'est que par exception qu'on l'a vue, après avoir persisté de longues années, faire place à une affection cérébrale grave ou au tabes.

Traitement. Beaucoup de personnes sujettes à la migraine finissent par renoncer à tout traitement, après avoir essayé en vain tous les remèdes possibles. Dès que l'accès s'annonce, elles se retirent dans leur chambre, en défendent l'accès à la lumière du jour, se refusent tout, excepté un peu de thé, de l'eau de Selters, quelques fragments de glace, etc., se mettent une compresse froide autour de la tête, prennent peut-être un bain de pieds et puis attendent patiemment que l'accès veuille bien passer. En effet, les moyens dont nous disposons pour couper l'accès sont très incertains. Parfois, ils aident quelque peu, mais le plus souvent ils deviennent réfractaires à force d'avoir servi. Il faut noter en particulier que les *narcotiques* (morphine) sont presque toujours mal tolérés pendant la migraine et n'ont aucun effet utile. En revanche, l'*antipyrine*, le *salicylate de soude* (1,5 — 2,0 dans du fort café noir), l'*antifébrine* et la *phénacétine* ont dans beaucoup de circonstances une utilité incontestable. Quant à savoir lequel des remèdes sus-indiqués agit le plus efficacement, on en jugera d'après l'essai fait dans un cas donné. Pour ce qui nous concerne, nous avons obtenu tout d'abord de bons

résultats avec le salicylate de soude, et dans les derniers temps avec l'antipyrine surtout ; à preuve que, si le médicament est administré tout au début des premières manifestations, l'accès de migraine se passe avec beaucoup moins de violence et en moins de temps. Il est vrai que l'action du remède usité faiblit quelquefois par la suite, mais alors il y a lieu d'en changer. Parmi les autres remèdes en usage, signalons la *pâte de guarana* *pauillina sorbilis*, en poudres, jusqu'à 2 et 4 grammes) et la *caféine* ou le salicylate de soude et de caféine (0,2 à 0,3 et au delà). Les inhalations de *nitrite d'amyle* (3 à 5 gouttes sur un mouchoir) ont été préconisées à un point de vue théorique dans la migraine spasmodique, et les *injections* sous-cutanées *d'ergotine* dans la migraine paralytique (Extr. aqueux de seigle ergoté 2,5, alcool dilué et glycerine ana 5,0 ou ergotine dialysée, 1,0, eau distillée 4,0, $\frac{1}{2}$ à 1 seringue). Une foule d'autres nervins (bromure de potassium, liqueur de Fowler) ont été recommandés pour en faire un emploi suivi, de même que l'*extrait de chanvre indien* et récemment surtout le *nitrite de soude* qui a une action analogue à l'amylnitrite (2,0 sur 120, 0 gr. d'eau, 1 à 3 fois par jour une cuiller à thé). La *nitroglycerine* (Trochisques de nitroglycerine de 0,0003 à 0,001) possède également une influence dilatatrice sur les vaisseaux. En France on vante beaucoup contre la migraine ophthalmique de grandes doses de *bromure de potassium*.

En beaucoup de cas le traitement général a une grande importance. Les préparations ferrugineuses, les bains de mer, le séjour des montagnes, les cures à l'eau froide, etc. donnent fréquemment des résultats signalés. Une cure balnéaire à *Karlsbad* a parfois un effet durable chez des migraineux souffrant en même temps du côté de l'estomac. Le *traitement électrique* persévéramment appliqué peut aussi enregistrer quelques succès, sans qu'il faille y attacher une trop grande valeur. Dans la forme spasmodique il faut principalement recourir à l'action de l'anode sur le grand sympathique, et dans la forme paralytique à celle de la cathode, l'autre électrode étant placée au niveau de la moelle cervicale ou aussi haut que possible à l'occiput, dans la région de la moelle allongée. On peut encore user prudemment de la galvanisation de la tête, de même que de faibles courants faradiques de premier ordre. Les spécialistes qui font du *massage* vantent aussi leur art comme un remède contre la migraine ; ils massent tantôt les points douloureux de la tête, tantôt la région de l'estomac. Disons enfin que la migraine semble quelquefois dépendre d'*affections du nez*, surtout d'hyperplasies du tissu érectile de la cavité nasale et que, dans ces conditions, le traitement galvano-caustique de la maladie fondamentale peut être suivi de la guérison de la migraine.

CHAPITRE TROISIÈME.

HÉMIATROPHIE FACIALE PROGRESSIVE.

(Aplasie lamineuse progressive.)

L'atrophie unilatérale de la face est une maladie tellement rare qu'il n'en existe encore dans la littérature médicale qu'une trentaine de cas. Elle consiste en une atrophie à marche lentement progressive, mais fatalement envahissante, de l'une moitié de la face, dont elle attaque non seulement la peau, mais aussi le tissu graisseux, les muscles et le squelette, d'une manière uniforme ou à des degrés différents. Le début de cette affection coïncide d'ordinaire avec la jeunesse. Le sexe féminin y paraît plus fortement prédisposé que l'autre.

Cette atrophie qui siège beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite, commence d'ordinaire en un endroit circonscrit de la joue ou du menton.

La *peau* prend petit à petit une teinte blanchâtre ou bistre. La partie malade se déprime peu à peu, entraînant dans son retrait graduel toute une moitié de la face, de sorte que la maladie se reconnaît à la première vue. La limite de l'atrophie est nettement tracée par la ligne médiane. Dans beaucoup de cas, les *muscles* semblent demeurer parfaitement intacts, d'autres fois, au contraire, ils sont manifestement atteints d'atrophie, surtout les muscles masticateurs. On a même vu la moitié correspondante de la langue et du voile du palais participer à la maladie. Par exception, l'atrophie peut envahir la région scapulaire avoisinante et l'extrémité supérieure. Les *os* s'atrophient également, surtout quand l'affection remonte à la première jeunesse. La tête du côté malade est atteinte de calvitie et les *poils* y deviennent grêles et lanugineux. La

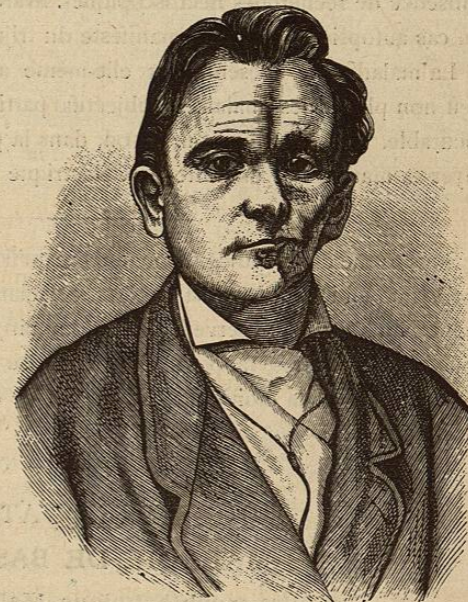


Fig. 24. Hémiatrophie faciale gauche.