

CHAPITRE DEUXIÈME.

HÉMICRANIE.

(Migraine.)

Étiologie. Par migraine on entend une espèce particulière de *céphalalgie* qui se déclare sous *forme d'accès*, ordinairement *d'un seul côté* de la tête, et qui semble le plus souvent associée à un *trouble* très considérable *de l'état général* et à des malaises *nervoso-gastriques* prononcés (perte complète de l'appétit, état nauséux, vomissements). 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 à leurs 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. La cause effective de la maladie réside le plus souvent dans une *prédisposition native*.

Nombre d'auteurs attachaient la plus grande importance à certains *phénomènes vasomoteurs concomitants*, compagnons habituels de la migraine, et croyaient en conséquence qu'en thèse générale cette maladie devait être considérée comme une *affection du grand sympathique*. Convenons cependant avec MÖBIUS que cette opinion n'est nullement démontrée et que les symptômes sympathiques coexistants ne surgissent peut-être que secondairement et par voie réflexe sous l'influence de la douleur ou en tant que partie constituante de l'ensemble de l'accès migraineux. Une supposition engageante, mais qui manque également de fondement, c'est que chaque accès serait constitué par une *auto-intoxication* de l'organisme, autrement dit par l'influence d'un poison qui de temps à autre se produit quelque part dans le corps même. Quant à dire sur quel endroit du système nerveux ce poison exerce son action, nous n'en savons rien. Tout ce que nous pouvons soupçonner, c'est que le lieu de l'irritation, d'où dépendent les douleurs et les autres symptômes hémicraniens, est situé dans le cerveau même (dans

l'écorce ou les parties profondes). Nous en avons pour preuve la nature de plusieurs phénomènes qui font cortège à la douleur migraineuse, l'impressionnabilité des organes des sens, une modification psychique de légère intensité, les scotomes scintillants et ainsi de suite.

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. En d'autres circonstances, ils se produisent à la suite de l'une ou de l'autre des causes occasionnelles prémentionnées.

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 des tempes, en vertiges, parfois en bourdonnements d'oreille, mouches volantes, assombrissement du champ visuel, 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. Ordinairement c'est un des côtés de la tête, surtout le côté *gauche* qui est le siège principal de la douleur, particulièrement la région frontale et orbitaire. Cependant il arrive que le mal occupe alternativement le côté droit et le côté gauche; d'ailleurs cela ne se borne pas toujours à un seul côté, et la tête entière peut être atteinte. Le cuir chevelu du côté atteint est le plus souvent hyperesthésié, et les points d'émergence des nerfs peuvent être sensibles à la pression. Une forte compression autour de la tête (avec les mains, à l'aide d'un mouchoir serré autour) procure parfois du soulagement.

Après la céphalalgie, le second symptôme capital dans la migraine, c'est la *perte complète de l'appétit* et un fort *malaise de l'estomac*. Vers la fin de l'accès se déclare le *vomissement*, parfois le vomissement ne cesse pas pendant toute la durée de l'accès. Le malade lui-même s'aperçoit du goût fortement acide des matières vomies, et nous avons pu constater chez plusieurs migraineux une hypersécrétion de suc gastrique fortement acide. *L'état général* est presque toujours troublé au plus haut degré. Les malades sont profondément abattus, misérables et ont une excessive *sensibilité envers les impressions du dehors*, vis-à-vis d'une lumière un peu vive, d'un bruit quelconque, etc. Ils sont incapables de tout travail intellectuel. Dans beaucoup de cas (*migraine ophthalmique*) se montrent de remarquables symptômes oculaires: scintillements devant un seul œil, *scotomes étincelants* et assez fré-

quement une *hémianopsie* prononcée pendant l'accès. Ces symptômes forment quelquefois les signes précurseurs de l'accès proprement dit. D'autres phénomènes nerveux graves se mettent de la partie, comme sont des paresthésies dans les mains et les doigts, les bourdonnements d'oreille, des troubles de la parole etc. qui ont été observés quelquefois.

Les *phénomènes vasomoteurs* qui accompagnent la céphalalgie peuvent se présenter sous deux différentes formes. D'après cela on distinguait autrefois 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'*hémicrânie 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. Ce qui plus est, il importe de remarquer que la division susdite est plutôt théorique que basée en fait. Les cas qui se présentent dans la pratique ne se prêtent pas tout simplement à être 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, souvent encore, dans un même accès, les signes d'irritation et de paralysie du sympathique semblent alterner et même des symptômes en apparence contradictoires (par ex. la pâleur et le resserrement pupillaire) se montrent simultanément. D'ailleurs les modifications vasculaires qu'on observe ne sont presque jamais unilatérales, mais à peu près toujours réparties également dans les deux moitiés de la face. Dans les forts accès toute la figure paraît pâle et abattue, mais la pâleur du début peut aussi passer au rouge.

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. Il y a aussi des formes graves de migraine où chaque accès dure plusieurs jours ou même plus longtemps (état de mal). A défaut de renseignements anamnestiques complets ces états graves accompagnés de violents maux de tête et de vomissements incessants courent risque d'être erronément interprétés.

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 opiniâtement 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.

Diagnostic. Le diagnostic de la migraine n'est pas difficile, quand on s'en tient strictement à la définition de la maladie. Les profanes, les dames principalement, aiment à appeler migraine, tout mal de tête quelconque et toutes sortes d'états nerveux et hystériques. Les principaux signes caractéristiques de la migraine sont : l'hérédité, son début rapporté à la période de la jeunesse, son apparition par accès, les vomissements qui l'accompagnent et les autres phénomènes concomitants. Des erreurs de diagnostic ont lieu, parce que des accès symptomatiques migraineux se produisent également au cours de graves affections organiques (tabes, tumeurs du cerveau, etc.). Nous avons eu un malade qui avait souffert d'une « migraine » grave pendant des années. Tout à coup il succomba, et l'autopsie révéla la présence d'un cysticerque dans le 4^{me} ventricule avec hydrocéphalie secondaire.

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* (2,0 — 3,0 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 ; vu que le médicament étant administré tout au début des premières manifestations, l'accès de migraine se passait 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*, *paullinia sorbilis*, en poudres jusqu'à 2 et 4 grammes très utile parfois, et la *caféine* ou le *salicylate de soude et de caféine* (0,2 à 0,3 et au delà). La caféine est la base de la *migrainine* si vantée en ces derniers temps. 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 glycérine ana 5,0 ou ergotine dialysée, 1,0, eau distillée 4,0, $\frac{1}{6}$ à 1 seringue). Mais leur utilité pratique est très douteuse. 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 *nitroglycérine* (Trochisques de nitroglycérine de 0,0005 à 0,001) possède également une influence dilatatrice sur les vaisseaux. En France on vante beaucoup contre la migraine ophtalmique 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 dans les montagnes, les cures à l'eau froide, etc., donnent fréquemment des résultats signalés. Une cure balnéaire méthodique de *Carlsbad* a parfois un effet *durable* chez des migraineux gravement malades, que l'eau soit prise au bain même ou à domicile. En tout cas nous recommandons toujours de faire semblable essai, quand existent en même temps les signes d'une hypersécrétion de suc gastrique (v. plus haut). Nous combinons ordinairement avec l'emploi méthodique des eaux de Carlsbad, l'hydrothérapie rationnelle (frictions froides, demi-bains avec affusions, etc.) et un régime approprié. Le *traitement électrique* persévéramment appliqué peut aussi enregistrer quelque 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 certains 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 excessivement rare. Elle consiste en une atrophie à marche lentement progressive, mais fatalement envahissante, d'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 bistrée. 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 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 *sensibilité* n'est nullement altérée, et on a rarement constaté des désordres manifestes de nature vasomotrice et sécrétoire. — Le portrait ci-dessous (fig. 24) est celui d'un malade que ROMBERG a décrit passé 30 ans et qui, il y a peu de temps, parcourait encore les cliniques allemandes pour s'exhiber.