

vertige auriculaire simple, thèse, Paris, 1876. — CHARCOT. Leçons sur les malad. du système nerveux. — Du même. Du vertige laryngé (Soc. de biol., et Gaz. méd. de Paris, 1876). — MOOS. Des lésions du labyrinthe dans la syphilis secondaire (Anal. in Rev. des sc. méd., t. X, p. 197). — LEGRAND DU SAULLE. De la peur des espaces (Ann. méd.-psych., 1876, et Gaz. des hôp., 1877). — A. RITTI. De l'agoraphobie (Gaz. hebdom., 1877, p. 677). — E. GYON. Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires, thèse, Paris, 1878. — N. GUENEAU DE MUSSY. Clinique médicale, t. I, p. 78.

## MIGRAINE.

La migraine est caractérisée par des accès de céphalalgie qui se terminent souvent par des nausées et des vomissements; les douleurs de tête, très-intenses, sont d'ordinaire unilatérales, d'où le nom d'hémicrânie qu'on lui donne quelquefois.

ETIOLOGIE. — La migraine se rattache fréquemment aux diathèses arthritique ou goutteuse, l'hérédité joue un rôle important. Des veilles prolongées, des travaux intellectuels trop soutenus, des inquiétudes morales, certaines odeurs, une lumière trop vive, sont les causes occasionnelles les plus fréquentes des accès. La migraine est plus commune chez la femme que chez l'homme, elle est très-rare chez l'enfant et chez le vieillard.

DESCRIPTION. — La fréquence des accès est très-variable, ils reviennent tous les mois, tous les quinze jours, quelquefois même ils se rapprochent davantage; dans les intervalles, les malades vivent de la vie commune et n'éprouvent aucune douleur, aucune gêne; la description de la maladie se réduit donc à celle des accès.

L'accès de migraine est assez souvent annoncé par un malaise général, de l'inaptitude au travail, des horripilations, une irritabilité très-grande avec hyperesthésie des organes des sens. La douleur de tête, d'abord limitée à un point d'une des régions temporales ou circumorbitaires, s'étend bientôt à tout un côté de la tête. Le côté gauche est plus fréquemment pris que le droit; lors même que la céphalalgie se généralise, elle est presque toujours plus intense d'un côté. « La douleur est lancinante, gravative; elle revient dans le cours de l'accès par une série de petits accès dont l'intermittence n'est jamais complète, et va *crescendo* à partir de son début; le moindre mouvement, la marche, l'ascension d'un escalier, l'exaspèrent; les malades comparent alors la douleur qu'ils éprouvent à celle que déterminerait une masse liquide ballottée dans la boîte crânienne, ou bien à celle que produirait la pression du crâne par un étou. » (Gubler et A. Bordier, art. MIGRAINE, in *Diction.*

*encycl. des sc. méd.*) La face est tantôt pâle, tantôt injectée; l'état de dilatation de la pupille est aussi variable. Les battements de l'artère temporale du côté de l'hémicrânie sont exagérés et les vaisseaux rétiens paraissent dilatés (Mollendorff). Dans quelques cas, les muscles de la face sont animés de mouvements convulsifs. Les malades fuient la lumière et le bruit, ils s'enferment chez eux et restent souvent couchés et immobiles jusqu'à la fin de la crise, dont la durée est en moyenne de huit à douze heures, vingt-quatre heures au plus; pendant tout ce temps ils ne peuvent se livrer à aucun travail intellectuel. Vers la fin de l'accès, les douleurs de tête se compliquent fréquemment d'un état analogue au *mal de mer*, les malades éprouvent des nausées très-pénibles et ils sont pris de vomissements bilieux qui terminent l'accès.

La circulation et la respiration s'accomplissent régulièrement. MM. Gubler et Bordier ont même remarqué que la facilité de la respiration augmentait et que des sujets affectés de palpitations en étaient exempts pendant le cours de l'accès.

Les douleurs se calment progressivement, les malades s'endorment, et en se réveillant il ne leur reste plus qu'une légère courbature qui ne tarde pas à se dissiper; ils se sentent même plus dispos qu'avant l'accès, si bien qu'il leur arrive parfois de désirer une crise.

La migraine dépend-elle d'une excitation du sympathique, comme le veut Dubois-Reymond, ou de sa paralysie, suivant l'opinion de Mollendorff? Ces deux théories ne sont pas inconciliables: il est possible qu'au début il y ait excitation des nerfs vaso-moteurs, contraction des vaisseaux, ischémie des tissus, et que la paralysie vasculaire se produise au bout d'un certain temps, variable suivant les sujets.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic est en général fait par les malades eux-mêmes qui savent très-bien reconnaître les accès de migraine dès qu'ils en ont éprouvé un seul.

L'apyrexie, la prédominance des douleurs dans un des côtés de la tête, la rapidité avec laquelle les accidents disparaissent, permettent de séparer la migraine de la méningite et des autres affections fébriles qui s'accompagnent d'une céphalalgie violente.

Les tumeurs cérébrales donnent lieu à des douleurs bien plus persistantes que celles de la migraine, de plus il existe souvent d'autres symptômes morbides, tels que paralysies, attaques épileptiformes, etc. Si les tumeurs sont syphilitiques, les douleurs reviennent surtout la nuit et elles cèdent à la médication spécifique.



Les névralgies sont unilatérales et reviennent souvent par accès comme la migraine, mais elles siègent sur le trajet d'un nerf et s'accompagnent de points douloureux à la pression.

Le clou hystérique se distingue de la migraine par la fixité de la douleur et par son caractère térébrant. Il n'est pas rare, du reste, de rencontrer la migraine chez les hystériques.

La migraine est une affection plus gênante que grave, la fréquence des accès va en général en diminuant à mesure que les malades vieillissent.

TRAITEMENT. — Il faut traiter : 1° l'état général sous l'influence duquel la migraine se développe souvent ; 2° les accès.

Le traitement général varie naturellement beaucoup suivant les malades : aux anémiques, on prescrira le fer, le quinquina, l'hydrothérapie ; aux arthritiques, les alcalins ; aux herpétiques, les arsenicaux, etc.

Parmi les médicaments les plus efficaces pour combattre les crises, il faut citer l'opium, le café, la quinine, la digitale, la paullinia, le bromure de potassium. Il est impossible de donner une formule unique, car tel médicament qui donne de bons résultats chez un malade, ne produit rien chez un autre.

PROSPER MARTIN. Traité de la migraine. Paris, 1829. — CALMEIL. Article *Migraine*, in Dictionn. en 30 vol., 1839. — PELLETAN. De la migraine et de son traitement. Paris, 1843. — DUBOIS-REYMOND (Müller's Archiv, 1860). — MÖLLENDORF. Ueber Hemisranie (Archiv. de Virchow, 1867). — GARRETT. Sur la migraine, thèse, Paris, 1870. — A. GUBLER et BORDIER. Article *Migraine*, in Diction. encyclop. des sc. méd., 1873. — HIRTZ. Art. *Migraine*, in Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques. — N. GUÉNEAU DE MUSSY. Clinique méd., t. I, p. 323. — GALEZOWSKI. De la migraine ophthalmique (Arch. gén. de méd., 1878).

#### ASPHYXIE LOCALE ET GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS.

En 1862, M. Maurice Raynaud a décrit sous les noms d'*asphyxie locale* et de *gangrène symétrique des extrémités*, une maladie qui jusque-là avait été confondue avec d'autres espèces morbides, et qui peut être considérée comme une *névrose des centres vaso-moteurs*, car elle se caractérise surtout par des troubles de la circulation capillaire des extrémités, et l'on ignore encore si elle possède une anatomie pathologique.

ÉTIOLOGIE. — L'asphyxie locale des extrémités est plus commune chez la femme que chez l'homme ; son maximum de fréquence corres-

pond à l'âge de vingt-cinq ans. Parmi les causes prédisposantes ou occasionnelles il faut citer : le froid, l'intoxication palustre, l'anémie, le nervosisme.

DESCRIPTION. — Les extrémités supérieures sont, en général, envahies les premières : un doigt s'engourdit par instants, il devient blanchâtre et froid, les malades disent qu'ils ont un *doigt mort* ; les autres doigts se prennent successivement et symétriquement aux deux mains qui présentent un aspect caractéristique pendant les accès. La peau est quelquefois pâle, cireuse comme dans l'anémie la plus prononcée, plus souvent elle présente une teinte grisâtre ou bleuâtre et violacée comme dans l'asphyxie, avec des marbrures noirâtres sur le trajet des veines. Les parties cyanosées donnent à la main qui les touche une sensation de froid dont les malades eux-mêmes ont parfaitement conscience, le thermomètre placé dans la paume de la main ne marque que 20° à 21° ; en pressant légèrement sur la peau on produit une tache blanchâtre qui ne se dissipe que lentement, preuve évidente de la difficulté avec laquelle le sang circule dans les capillaires. La peau des doigts paraît œdématisée, épaissie ; elle n'est plus souple comme à l'état normal, ce qui rend les mouvements de flexion difficiles ; l'œdème dur des extrémités est quelquefois le premier phénomène morbide qui attire l'attention. Les parties malades sont le siège d'une sensation d'engourdissement analogue à celle qu'on éprouve en plaçant ses mains dans de l'eau très-froide, ou bien de fourmillements comme dans l'onglée. Les douleurs sont constantes et parfois extrêmement vives.

Aux extrémités inférieures les choses se passent à peu près de même : le refroidissement, l'engourdissement, la cyanose, envahissent successivement les orteils des deux côtés, puis les pieds jusqu'aux articulations tibio-tarsiennes qui sont rarement dépassées.

Chez quelques malades, le nez et les oreilles participent à ces troubles de la circulation périphérique.

Ces accidents se présentent au début sous forme d'accès intermittents de durée variable ; l'impression du froid provoque souvent leur apparition et exagère l'intensité de la cyanose et des douleurs. Les accès se produisent quelquefois avec un type intermittent quotidien bien caractérisé. Au bout d'un certain temps la cyanose ne se dissipe plus complètement dans les intervalles des accès.

Les extrémités sont faibles et la sensibilité cutanée est notablement diminuée ou même abolie.

De petits abcès sous-épidermiques se forment souvent au bout des



doigts; les phlyctènes remplies d'un liquide séro-purulent s'ouvrent et donnent lieu simplement à une petite cicatrice blanche et déprimée, ou bien la peau se dessèche et se desquame; les doigts effilés, amincis, ridés, ont un aspect parcheminé (M. Raynaud). D'autres fois, lorsque les phlyctènes sont ouvertes on voit apparaître au fond un point noirâtre, gangréneux, qui ne tarde pas à s'étendre à une phalange ou à un doigt tout entier; les parties mortifiées deviennent noires comme du charbon et sont éliminées lentement. La gangrène sèche peut se produire d'emblée sans abcès ni phlyctènes. Chez quelques malades les ongles se détachent.

La radiale et la pédieuse battent comme à l'état normal, cependant le pouls devient souvent imperceptible à la radiale, au moment des accès, quand tout le membre est pris.

Les symptômes généraux n'ont aucune importance. Quelques malades éprouvent un obscurcissement de la vue au moment des accès de cyanose; l'examen ophtalmoscopique permet de constater, dans ces cas, que les artères rétiniennes deviennent très-petites, filiformes, tandis que les veines sont volumineuses et présentent parfois des battements; chez une malade de M. Raynaud les troubles de la vue par anémie rétinienne alternaient avec les accès de cyanose des extrémités.

D'après M. Raynaud, la cyanose et le refroidissement des extrémités s'expliquent, comme les troubles de la vue, par un spasme des artérioles périphériques qui a pour effet d'empêcher l'arrivée du sang artériel et de permettre l'accumulation du sang veineux dans les capillaires; les résultats fournis par l'examen ophtalmoscopique des malades qui présentent des troubles oculaires fournit à cette théorie, un argument très-sérieux, car on voit les artérioles se contracter au moment des accès. On a objecté qu'il était très-difficile de comprendre un spasme vasculaire qui persisterait plusieurs jours, plusieurs semaines. Bon nombre de faits démontrent que cette objection n'a pas toute la valeur qu'on lui attribuait autrefois: il paraît certain que des artérioles peuvent rester contractées spasmodiquement pendant plusieurs mois ou même plusieurs années; chez les hystériques affectées d'hémi-anesthésie il existe presque toujours une ischémie très-marquée des tissus du côté de l'hémi-anesthésie.

La symétrie des accidents permet de supposer que les centres vaso-moteurs eux-mêmes sont le point de départ de la maladie; ces centres vaso-moteurs sont distribués, comme on sait, dans toute la longueur de la moelle épinière; l'efficacité des courants continus

appliqués le long du rachis vient encore à l'appui de cette opinion. « L'asphyxie locale des extrémités doit être considérée, dit M. Raynaud, comme une névrose caractérisée par l'énorme exagération du pouvoir excito-moteur des portions grises de la moelle épinière qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vaso-motrice. » (*Arch. gén. de méd.*, 1874, t. I, p. 205.)

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — L'intermittence des crises, la symétrie des lésions qui se limitent presque toujours aux extrémités, l'absence de lésions du cœur ou des vaisseaux capables d'expliquer la gêne de la circulation et les gangrènes périphériques, fournissent les principaux éléments du diagnostic. On ne confondra pas l'asphyxie locale des extrémités avec la cyanose des maladies du cœur, qui est généralisée, quoique plus apparente sur certains points, et qui s'accompagne d'oppression, d'œdème des membres inférieurs, de bruits de souffle au cœur, etc.

La gangrène sénile se limite presque toujours à l'un des membres inférieurs, et elle prend une marche ascendante plus ou moins rapide; les artères sont indurées, sinueuses (radiale, temporale). L'âge des malades fournit une indication importante; la gangrène symétrique des extrémités est très-rare chez les vieillards.

L'ergotisme règne en général épidémiquement sur des populations misérables; les gangrènes qu'il produit sont moins symétriques et beaucoup plus étendues que dans la maladie décrite par M. Raynaud.

L'asphyxie locale des extrémités a été confondue plus d'une fois avec l'acrodynie, maladie qui a régné à Paris en 1828, et qui, depuis cette époque, a donné lieu à plusieurs épidémies beaucoup moins importantes. L'acrodynie se caractérise par de vives douleurs dans les extrémités, principalement dans les pieds, par des érythèmes suivis de desquamation, et enfin par des troubles gastro-intestinaux.

Les engelures ont une grande analogie avec l'asphyxie locale des extrémités; les circonstances dans lesquelles la maladie est survenue, l'asymétrie des lésions, permettront en général de faire le diagnostic.

L'asphyxie locale des extrémités, alors même qu'elle est arrivée à son degré de gravité le plus élevé et qu'elle a donné lieu à des gangrènes symétriques de plusieurs doigts et de plusieurs orteils, se termine presque toujours par la guérison. Ce pronostic favorable ne constitue pas un des traits les moins curieux de cette affection. Les récidives sont assez communes.



La maladie décrite par Duchenne (de Boulogne) et Sigerson sous le nom de *paralysie vaso-motrice généralisée des membres supérieurs* peut être considérée comme une variété de la maladie de Raynaud. La peau des mains est vivement injectée, couverte de sueurs, elle donne au toucher une sensation de chaleur anormale très-pénible pour les malades, qui souffrent en outre de picotements, de fourmillements, à ce point qu'ils sont forcés d'interrompre leur travail s'il s'agit de manouvriers. Ces accidents, dus probablement, comme le pensait Duchenne, à une paralysie vaso-motrice, n'ont pas une marche aussi intermittente que l'asphyxie locale des extrémités, ils ne s'accompagnent pas de gangrène. Plusieurs des malades affectés de cette paralysie vaso-motrice travaillaient le cuivre : c'était le cas d'un malade que l'un de nous a pu observer à la clinique de Duchenne. S'agit-il là d'une simple coïncidence? Nous n'essayerons pas de trancher cette question.

**TRAITEMENT.** — M. Raynaud a employé avec succès les courants continus. On peut, dit-il, commencer avec vingt-cinq ou trente éléments de la pile de Daniell ou de la pile de Trouvé; on place le pôle positif sur la cinquième vertèbre cervicale, le pôle négatif vers la dernière lombaire ou sur le sacrum; au bout de quelques minutes on fait remonter un peu le rhéophore négatif. Une seule séance, de dix à quinze minutes chaque jour, suffit en général; sous l'influence du courant la circulation et la respiration s'accroissent, la peau des mains se couvre de sueurs, et la coloration violacée ne tarde pas à disparaître. Il est important de rétablir la circulation, ne serait-ce que temporairement, afin d'éviter les gangrènes.

Dans les cas où l'asphyxie locale des extrémités a une marche intermittente bien caractérisée, il y a lieu, croyons-nous, de donner le sulfate de quinine, surtout si l'on est en pays palustre, et si le malade a déjà subi une atteinte de fièvre intermittente.

Contre les douleurs on prescrira l'opium, etc. Dans la paralysie vaso-motrice la faradisation des membres supérieurs donne de bons résultats (Duchenne).

M. RAYNAUD. De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités, th., Paris, 1862. — Art. *Gangrène*, in *Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat.* — *Nouv. rech. sur la nat. et le trait. de l'asphyxie loc. des extrém.* (Arch. gén. de méd., 1874, t. I, p. 5 et 189). — DAFAS. Th., Paris, 1872. — THÈZE. Th., Paris, 1872. — FOULQUIER. Th., Paris, 1874. — BREHIER. Th., Paris, 1874. — SIGERSON. Note sur la paral. vaso-motrice générale des membres supérieurs (Progrès méd., 1874, p. 229). — A. LAVERAN. Contrib. à l'étude de l'acrodynie (Réc. méd. milit., 1876, p. 113). — CALMETTE. Des rapports de l'asphyxie locale des extrémités avec la fièvre interm. palud. (Même rec., 1877, p. 24). — VAILLARD. Contrib. à l'étiologie de l'asphyxie loc. des extrémités (Même rec., 1877, p. 585).

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE

## TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER

PRÉFACE. . . . .	v
PROLÉGOMÈNES. . . . .	1
Chapitre I. — Maladies générales et maladies locales. — Principaux agents morbides, miasmes, virus, poisons. — Diathèses. — De l'irritation et de l'inflammation. . . . .	1
Chapitre II. — De la fièvre et de la thermométrie clinique. . . . .	9

### I. — MALADIES GÉNÉRALES

Classification. . . . .	25	Érysipèle. . . . .	157
PREMIÈRE SECTION.		Méningite cérébro-spinale. . . . .	162
FIÈVRES SIMPLES.		TROISIÈME SECTION.	
Fièvre éphémère. . . . .	26	MALADIES VIRULENTES.	
Fièvre gastrique. . . . .	27	Syphilis. . . . .	168
DEUXIÈME SECTION.		Morve. . . . .	181
MALADIES MIASMATIQUES.		Rage. . . . .	186
Premier groupe. — Maladies typhoïdes. . . . .	29	Charbon. . . . .	193
Fièvre typhoïde. . . . .	32	QUATRIÈME SECTION.	
Typhus. . . . .	57	MALADIES DIATHÉSIIQUES.	
Typhus à rechute. . . . .	63	Tuberculose. . . . .	199
Fièvre jaune. . . . .	68	Cancer. . . . .	214
Peste à bubons. . . . .	76	Rhumatisme. . . . .	223
Deuxième groupe. — Maladies telluriques. . . . .	79	Goutte. . . . .	239
Fièvres palustres. . . . .	79	Diabète. . . . .	251
Suette. . . . .	97	CINQUIÈME SECTION.	
Choléra. . . . .	100	MALADIES DYSCRASIQUES	
Grippe. . . . .	110	ET CACHEXIES DE CAUSE INCONNUE.	
Troisième groupe. — Fièvres éruptives. . . . .	114	Anémie. . . . .	272
Variole, vaccine. . . . .	115	Leucémie. . . . .	280
Rougeole. . . . .	131	Scorbut. . . . .	289
Scarlatine. . . . .	141	Maladie d'Addison. . . . .	298
Quatrième groupe. — Maladies miasmatiques diverses. . . . .	147	Pellagre. . . . .	303
Oreillons. . . . .	148	SIXIÈME SECTION.	
		INTOXICATION.	
		Alcoolisme. . . . .	309
		Saturnisme. . . . .	318

L. et T. — Pathol. et clin. méd.

I. — 41 bis.