

## CHAPITRE XII

### TRAITEMENT DES MIGRAINES

PAR

EDGARD HIRTZ,

Médecin de l'hôpital Laënnec.

#### I

##### Considérations générales.

On admet aujourd'hui trois grandes variétés de migraine : la *migraine vulgaire*, la *migraine ophthalmique* et la *migraine ophthalmoplégique*.

Les deux premières ont très fréquemment une commune origine, la névropathie et l'arthritisme, se succèdent ou alternent l'une avec l'autre. La troisième est de notion relativement récente; c'est une affection assez rare dont nous donnerons une description succincte — elle est connue encore sous le nom de paralysie oculo-motrice périodique ou récidivante.

##### A. — MIGRAINE VULGAIRE.

Il est impossible de formuler un traitement rationnel de la migraine, sans connaître à fond son *étiologie*, sans établir rigoureusement son diagnostic, et nous voudrions ajouter, sans élucider sa pathogénie, s'il ne subsistait à ce point de vue bien des obscurités.

1° La migraine type est en général assez caractéristique,

avec ses trois stades bien décrits par Lasègue, — stade prodromique, — d'état — et de terminaison.

L'accès débute ordinairement le matin, de bonne heure, après un sommeil lourd; dès la veille, le sujet était irritable, incapable d'un travail suivi. L'appétit est parfois languissant ou bien, chez certains migraineux, on observe la veille de véritables fringales. Le lendemain le sujet éprouve au contraire de l'inappétence, une torpeur intellectuelle toute spéciale, et il sent poindre en une région presque toujours la même, et qu'il connaît bien, une douleur profonde, gravative, péri-orbitaire, ou rétro-orbitaire, ou temporale, qui va s'exaspérant jusqu'à la période d'état.

Déjà l'entourage du malade s'aperçoit qu'il couve son accès : la face est pâle, tirée, les yeux creux, bistrés; tous les sens sont doués d'une acuité extraordinaire.

Le moindre bruit l'exaspère, et aiguillonne la douleur; la moindre odeur hâte la crise, provoque des nausées, et au bout d'une heure ou deux, le migraineux recherche l'obscurité, s'étend sur son lit la tête enfouie dans ses oreillers, redoutant le moindre mouvement.

Ses extrémités se glacent, son nez se pince; il sent son cœur se soulever; il lutte encore contre les nausées, puis tout à coup il est pris de sueurs froides, et d'efforts de vomissements contre lesquels il ne peut plus lutter. Alors la douleur prend une intensité telle qu'il semble qu'on lui arrache un œil, ou que son crâne va éclater, suivant les expressions variées des pauvres migraineux. Les vomissements se succèdent, alimentaires, muqueux, puis bilieux, parfois striés de sang, par l'intensité de l'effort; les temporales sont tendues, rigides et dures du côté où siège l'hémicranie. Cet état lamentable persiste souvent une demi-heure, une heure, se calme sous l'action bienfaisante de compresses fraîches ou irritantes fréquemment renouvelées, ou d'un bandage serré autour de la tête — puis, petit à petit, le malade glacé, couvert de sueurs profuses, se réchauffe, soit spontanément, soit lorsqu'on l'entoure de linges chauds, ou de cruches remplies

d'eau chaude; puis un certain bien-être l'envahit, le point migraineux s'atténue, les nausées cessent, un sommeil réparateur le prend; il dort plusieurs heures, et se réveille la tête encore toute courbaturée, mais l'esprit plus libre, et ressentant fréquemment un besoin irrésistible de s'alimenter. Il arrive à la période de terminaison qui se juge par une légère transpiration chaude débutant par le front, par des étornements répétés ou par une diurèse abondante faisant suite à un arrêt momentané de la sécrétion urinaire. Les urines de la première émission sont souvent très rouges, très denses, chargées d'urates et d'acide urique, et constituent comme l'accès de goutte, avec laquelle la migraine n'est pas sans analogie, une véritable décharge d'éléments excrémentitiels, de matières peccantes, comme disaient les anciens, décharge qui met fin à l'*intoxication urique*, ou parfois *ptomainique*, dont la migraine n'est que la pénible expression.

Dans ses formes frustes ou atténuées, la migraine n'est pas toujours aussi facile à reconnaître qu'on le croit.

Bouloumié (de Vittel) insiste avec raison sur la difficulté du diagnostic à propos des céphalalgies d'origine goutteuse.

Mon maître, Guéneau de Mussy, faisait une distinction théorique entre les migraines et les céphalalgies d'origine goutteuse, mais il parvenait difficilement, dans la pratique, à en fixer nettement les caractères distinctifs. Rien de plus simple que de reconnaître le grand accès de migraine, mais rien de plus aisé, comme l'avouait Valleix, que de confondre certaines formes de migraine avec la névralgie. Il se tirait d'ailleurs de cette difficulté en admettant une migraine névralgique.

2° Avant de formuler un traitement de la migraine, on devra apporter la plus grande rigueur à en *fixer le diagnostic*.

La crise d'hémicranie est le plus souvent passagère et laisse après elle une sensation de bien-être qu'éprouvent encore certains goutteux après leur accès. Une céphalée qui dure moins de six heures, et plus de vingt-quatre heures, disait Lasègue, n'est pas une migraine, à de rares exceptions près.

On tiendra pour suspecte toute migraine apparaissant après la jeunesse ou l'adolescence.

J'ai vu certaines formes d'*urémie cérébrale* en imposer pour de simples migraines, et des surprises tragiques où de soi-disant migraineux étaient emportés en quelques jours, j'oserais dire en quelques heures, par des accidents d'encéphalopathie urémique.

Il faut donc examiner avec soin, et fréquemment, les urines des malades à céphalalgies tenaces, s'assurer s'il n'y a pas trace d'albumine, prendre leur tension vasculaire même en cas d'absence d'albumine, ausculter le cœur, rechercher, en un mot, tous les signes de l'artério-sclérose ou d'une néphrite interstitielle latente.

On devra se défier également de certaines *otites* qui donnent lieu à des phénomènes pseudo-migraineux, se révèlent par une légère suppuration que les malades dissimulent fréquemment.

J'ai contribué à démontrer la nature tuberculeuse de ces otites latentes, et qui se terminent parfois d'une façon soudaine par une méningite aiguë.

#### B. — MIGRAINE OPHTALMIQUE.

La migraine ophtalmique n'est qu'une variété de la migraine vulgaire; elle peut lui succéder ou alterner avec elle.

Son nom lui vient de troubles visuels tout spéciaux qui précèdent la phase douloureuse, et qui très exceptionnellement peuvent même la suivre, et dont la durée varie de quelques minutes à une heure au maximum. Il est de règle que plus la période d'*amblyopie transitoire* est longue, plus la période douloureuse sera prolongée et intense.

Charcot et Féré, qui ont surtout bien étudié les diverses physionomies de cette migraine, la divisent en *forme simple*, — *forme fruste*, — *forme dissociée*, — et *forme associée*, ou mieux, *accompagnée*.

1° *Forme simple*. — Elle est caractérisée par l'apparition du scotome, d'abord simple lacune dans le champ visuel, ordi-

nairement en dehors du point de fixation, puis par des phénomènes lumineux, *scotome scintillant*, bien décrit dans la thèse de Dianoux.

Le scintillement commence dans la région temporale du champ visuel, sous forme de zigzags d'une intensité lumineuse extraordinaire, blancs ou colorés suivant les cas, ou même suivant les accès. On a comparé les figures lumineuses dont se compose le scotome à des contours de fortification à la Vauban, à des roues dentées, etc. Ces figures sont animées d'un mouvement rapide et continu, deviennent de plus en plus excentriques, puis au bout de quelques secondes à trente ou quarante minutes, les zigzags lumineux gagnent les limites du champ visuel, brillent encore quelques instants, soit en haut, ou en dehors ou en bas, puis disparaissent.

Piorry en 1831 avait déjà très exactement décrit le scotome scintillant et l'avait considéré comme un symptôme prodromique de la migraine.

Le scintillement et le scotome se présentent tantôt sur un seul œil, tantôt sur les deux, monoculaire ou binoculaire. Le plus souvent l'hémiopie succède au scotome scintillant, ou le précède, atteint les deux yeux, sans compromettre le point de fixation; elle est d'ordinaire latérale, et temporale. Dans une observation de Charcot et Féré, l'hémiopie était nasale; c'est un fait tout à fait rare. Exceptionnellement, on a cité des faits d'amblyopie totale transitoire, ou d'amaurose complète passagère.

La douleur suit les troubles visuels, à un intervalle variable; tantôt l'hémicranie apparaît quelques minutes, tantôt une demi-heure, rarement une heure après le scotome, d'autant plus violente, d'après mon observation personnelle, que les troubles oculaires avaient duré plus longtemps, et que le scintillement avait été plus éclatant.

2° Dans la forme fruste, l'amblyopie transitoire caractérisée même par des accès complets, longs et fréquents, peut exister seule, et ne s'accompagner, pendant des années, d'aucun des troubles concomitants du syndrome migraineux.

3° Dans la forme dissociée<sup>1</sup>, les accès de migraine et d'amblyopie peuvent alterner, ou se substituer l'un à l'autre, sous forme d'accès distincts.

4° Forme accompagnée. — Cette forme s'accompagne, outre les symptômes habituels de la migraine ophthalmique, de troubles sensitifs et sensoriels, moteurs et intellectuels.

Les troubles sensitifs consistent en sensations de fourmillements, de picotements, d'engourdissements dans les extrémités, plus souvent dans le bout des doigts d'un côté seulement.

Les troubles sensoriels s'accusent par des troubles auditifs, olfactifs ou même gustatifs variables (Nicati et Robiolis).

Les troubles moteurs sont plus rares et sont tantôt des crises d'épilepsie partielle, d'hémi-tremblement, d'hémi-parésies. Charcot a noté l'aphasie transitoire.

J'en ai observé deux exemples, l'un de dysphasie, l'autre de paraphasie passagère chez des névropathes à hérédité chargée.

La forme accompagnée peut être primitive ou associée à la neurasthénie, — à l'hystérie, — à des psychoses, — au tabes, — à la paralysie générale — et à l'épilepsie.

A. — La neurasthénie dans ses diverses variétés engendre fréquemment la migraine et plus spécialement la migraine ophthalmique.

Le fait a été signalé par Beard et après lui par tous ceux qui ont traité de cette maladie.

Les troubles vaso-moteurs des centres nerveux dont relève l'amblyopie transitoire joueraient pour Beard et Rosenthal un rôle considérable, sinon exclusif, dans l'évolution et la marche irrégulière des phénomènes neurasthéniques.

L'intensité des phénomènes migraineux est proportionnée à celle de la neurasthénie. Dans la forme légère de la maladie de Beard, on n'observe en général que la migraine vulgaire; dans les formes graves ou aggravées, on peut observer que la migraine simple se complique d'incidents amblyopiques.

1. BARALT. — Thèse de Paris, 1880.

La thérapeutique rationnelle consistera à relever le niveau de la santé, par la vie au grand air, les toniques, l'emploi des *phosphates*, la pratique de l'*hydrothérapie*, et fréquemment par la méthode de *suggestion* qui joue un rôle triomphant dans les affections qu'on pourrait appeler « le petit psychisme » si cette association de mots était plus euphonique.

B. — *Hystérie*. — La notion des rapports de la migraine ophtalmique avec l'*hystérie* a été esquissée dans une leçon de Charcot (1888) — Galezowski, Féré, Raullet, et Robiolis (Montpellier, 1884) avaient déjà signalé la coïncidence de cette affection, ou plutôt de ce syndrome et de l'*hystérie* ; mais le lien qui les unit leur avait échappé. Babinski publie en 1890 un mémoire intéressant sur cette question. Dans une de ses observations, la pression sur une zone hystérogène existant au niveau de la sixième vertèbre cervicale faisait apparaître immédiatement le scotome ; dans un autre cas, ce fut la pression sur la zone ovarienne gauche. C'est le premier travail qui apporte dans cette question encore controversée une série de faits démonstratifs. La migraine ophtalmique peut donc être fonction d'*hystérie*, mais un grand nombre de cas, malgré une enquête minutieuse, se séparent de cette névrose que l'analyse même des urines, recommandée par Gilles de la Tourette, ne saurait dénoncer. Dans toutes mes observations, je n'ai jamais relevé de stigmates hystériques, sauf deux fois, chez les ascendants.

Il est important de bien établir le diagnostic de la variété hystérique du syndrome migraine ophtalmique. Le traitement en tirera grand bénéfice, et se basera surtout sur l'emploi de l'*hydrothérapie*, de la *psychothérapie* avec ses moyens de suggestion variés, dans lesquels Möbius englobe le *massage* et l'*électrothérapie*.

C. — *Psychopathies*. — Liveing rapporte quelques cas de migraine avec légers troubles psychiques (incoordination de la pensée et amnésie).

Löwenfeld a signalé les hallucinations de la vue ; Mingazzini, des hallucinations de l'ouïe avec amnésie, l'impulsion homi-

cide et suicide, et une amnésie complète qui se prolongeait quelque temps après l'attaque.

Récemment Krafft-Ebing a publié deux cas intéressants de *psychose migraineuse*. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui, comme ses père et mère, souffrait depuis de longues années de la migraine ophtalmique. Les attaques étaient violentes, et pendant que la migraine persistait encore, elles étaient suivies d'un état de rêve qui durait trois jours. Cet état de rêve débutait par des hallucinations terribles, et s'accompagnait de perte de la mémoire. — Le malade d'ailleurs guérit complètement. — Dans le deuxième cas, il s'agit d'un écolier de quinze ans, nerveux, irritable, coléreux. Il n'y avait chez lui, ni chez ses ascendants, trace d'épilepsie. Les parents étaient sujets à la migraine.

Le malade souffrait depuis six semaines d'une migraine avec scotome tous les deux jours pendant une demi-heure. Pendant l'accès il était comme fou, se démenant, déchirant et cassant tout ce qui lui tombait sous la main. Amnésie complète.

Il y a là évidemment un état d'impulsion épileptiforme.

D. — *Tabes*. — Je ne crois pas que les observations établissant les rapports de la migraine ophtalmique avec le *tabes* soient encore bien nombreuses. Dans un cas de Féré, les phénomènes tabétiques se déclarèrent à l'âge de trente-six ans, après de longues attaques de migraine ophtalmique et d'épilepsie partielle ou complète. Raullet publie deux observations recueillies dans le service de Charcot, où l'on voit les crises d'amblyopie transitoire figurer parmi les accidents prodromiques de l'ataxie.

D'après Antonelli, on trouverait des cas analogues signalés par Duchenne.

Aujourd'hui que les liens étroits de la syphilis et du *tabes* sont, grâce aux travaux de Fournier, solidement établis, il semblerait indiqué, lorsqu'on se trouve en face de migraines ophtalmiques récidivantes, de prescrire le traitement intensif par l'*iodure de potassium*, surtout si quelque symptôme préataxique venait à se révéler.

E. — *Paralysie générale.* — Charcot et Féré ont contribué à établir la relation de *certaines formes accompagnées* de la migraine ophtalmique avec la *paralysie générale*.

A. Marie<sup>1</sup> a relevé des troubles oculaires chez un grand nombre de paralytiques généraux. Ils sont d'autant plus importants qu'ils peuvent précéder de plusieurs années l'écllosion de la maladie.

Cet auteur a noté dans certains cas une amaurose passagère, un scotome central transitoire sous forme d'accès de migraine ophtalmique datant de l'enfance.

Dans une observation de Lemos<sup>2</sup> le sujet avait été *migraineux* dans sa jeunesse, avait eu des attaques d'*épilepsie partielle* accompagnées d'*amblyopie transitoire*, et au bout d'environ trente ans avait eu une *paralysie générale* nettement déclarée. A ces rares documents nous opposerons encore une fois la réalité indéniable de tous les nombreux cas de migraine même ophtalmique qui ne franchissent jamais la barrière qui sépare la névrose simple des névropathies graves et des cérébro-pathies à pronostic fatal.

Il ne faut pas moins prendre ces faits, pour rares qu'ils soient, en sérieuse considération, et traiter ces malades avec énergie, par les nervins et surtout les bromures.

F. — *Épilepsie.* — Dans ses formes graves, la migraine ophtalmique peut contracter des rapports intimes avec l'épilepsie, plus souvent avec l'*épilepsie partielle* qu'avec le véritable mal comitial.

Les observations de Charcot et Féré établissent que, chez certains malades, les attaques épileptiques peuvent se substituer à des intervalles variables à la migraine ophtalmique ou alterner avec elle.

Ces faits sont relativement rares, si l'on oppose leur nombre restreint à la fréquence des cas de migraine ophtalmique.

Ils ne sont pas pour nous surprendre, puisque nous tenons pour probable, en attendant qu'on puisse le démontrer, que *migraine et épilepsie sont fonctions d'angiospasme ou d'angioné-*

1. A. MARIE. — *Thèse de Paris*, 1890.

2. LEMOS. — *Congrès de Berlin*, 1891.

*vrose*. Les symptômes varient suivant que le spasme se produit dans les centres visuels ou les centres psycho-moteurs de l'écorce cérébrale. De là ces formes associées, ces formes alternantes, ces migraines avec aphasie, lorsque le spasme se propage au centre du langage.

Le spasme répété chez les épileptiques devra produire à la longue un épaississement des tuniques musculaires des vaisseaux, correspondant à la région qui commande les accès. Cette mensuration un peu délicate de l'épaisseur des tuniques artérielles doit pouvoir être réalisée.

Determann (de Saint-Blasien) accentue avec Gowers et Féré les relations de certaines formes de migraine avec l'épilepsie. Il fait remarquer l'analogie des causes occasionnelles, l'existence, dans les deux affections, d'une aura et la périodicité des attaques. Il est des auteurs qui vont plus loin et sont disposés à considérer, comme nous l'avons dit plus haut, la migraine prononcée comme un *équivalent épileptoïde*, s'affirmant par ces états crépusculaires, ces troubles mentaux, ces amnésies passagères qu'ils ont notés dans un grand nombre de cas.

#### C. — MIGRAINE OPHTALMOPLÉGIQUE.

La connaissance de cette variété de migraine est due à Möbius qui l'a décrite pour la première fois en 1884. Les auteurs allemands la désignent sous le nom de *paralysie oculomotrice périodique ou récidivante*. Charcot a introduit dans la littérature médicale le nom de migraine *ophtalmoplégique* qui a l'avantage de rappeler à la fois l'élément douleur si important et la paralysie oculaire.

Les observations ultérieures ont été publiées par Remack, Thomsen, Manz, Snell, Senator, Weiss, Clark, Joackim, récemment par Bouchaud.

Déjà Gubler en 1863 avait rapporté un fait de paralysie récidivante de la troisième paire. En 1885, Parinaud et Marie ont décrit un cas sous le titre de névralgie et paralysie oculomotrice périodique.