MIGRAINE

PAR

BRISSAUD

On reconnaît dans *migraine* le mot *hémicranie*. L'allemand dit *migräne*, l'anglais *megrim*, l'italien *emicrania* ou *magrana*, l'espagnol *jaqueca* ou *migraña*, le portugais *enxaqueca* ou *hemicrania*. C'est la douleur non pas de la moitié de la tête, mais de la moitié du crâne.

DÉFINITION. — On a défini la migraine : « une maladie caractérisée par des accès de *céphalalgie* très intense, le plus souvent *unilatérale*, ayant pour siège particulier la région *orbito-temporale*, mais s'étalant sur la moitié correspondante du crâne jusque dans la région *sous-occipitale*; accompagnée de malaise général, de troubles divers des organes digestifs, ainsi que des grandes fonctions; traversée par des crises de vomissements à la suite desquels se manifeste une amélioration momentanée et durable avec un état de collapsus qui préside au sommeil terminal » (1).

HISTORIQUE. — La migraine a attiré l'attention dès les premiers temps de l'observation médicale. Elle a été en effet très anciennement décrite, confondue ou non avec les autres douleurs de tête (2).

Hippocrate ne l'isole pas. Arétée la décrit sous le nom d'*hétérocranie*, et la distingue des autres céphalalgies, en raison de son siège et de son *intermittence*. Elle dure un jour, apparaît le matin et diminue vers midi. L'œil est tantôt saillant, tantôt rétracté; il y a de la photophobie, des troubles de l'odorat, un singulier affaissement moral.

Galien précise : Les vaisseaux intra- et extracraniens communiquent. Par eux le cerveau se débarrasse de liquides ou de vapeurs de mauvaise qualité.

Cælius Aurelianus reproduit Arétée, en ajoutant que le froid, l'insolation, les veilles sont les causes favorables. Alexandre de Thralles copie Galien; de même les autres Byzantins, parmi lesquels Oribase, l'incomparable plagiaire. Ainsi, sans transition, nous arrivons aux Arabes : d'abord Sérapion, compilateur de Galien, fait remonter à l'intestin le dégagement des mauvaises humeurs ou vapeurs qui chargent les vaisseaux intracraniens.

Avicenne n'a d'original qu'un mot : la maladie est une variété de *soda* (mal de tête).

(1) Gubler et Bordier, *Dictionnaire encyclopédique*.
(2) Toutes les indications historiques de ce paragraphe sont empruntées à l'excellent ouvrage *la Migraine* du regretté L. Thomas (Paris, 1887).

Albucasis préconise le fer rouge, et en cas d'insuccès, l'insertion d'une gousse d'ail sous la tempe après ouverture au bistouri.

Valesco de Tarenta localise aux ventricules et admet, outre les phénomènes intestinaux, une cachexie de nature inconnue.

Au XVIe siècle Fernel divise les maux de tête en trois sortes : céphalalgie, céphalée, hémicranie; l'hémicranie est spéciale par sa nature. Elle provient de l'épigastre. Jesse Lomn, élève de Fernel, appuie encore : le mal part des hypocondres et des intestins. Lazare Rivière, le premier, signale dans l'étiologie le paludisme.

Horst croit à l'influence du scorbut (1661). Du XVIIe siècle il reste un seul travail utile : Charles Lepois fait son autobiographie; il admet la métastase (suppression des sueurs).

Les élèves de Boerhaave voient dans la migraine des troubles mécaniques (modification du calibre des vaisseaux et de la forme des globules).

Hoffmann, également solidiste, ajoute la notion du spasme ou de l'atonie causés par le transport des crudités à ces vaisseaux.

Stahl ne veut entendre parler que de pléthore et de réactions.

Anhalt (1) admet non pas le transport des matières peccantes au cerveau, mais le spasme ou la dilatation des vaisseaux mal nourris par un chyle défectueux.

Fordyce croit aux épidémies; il impute aux amas de pituite dans les méninges les migraines suivies d'épilepsie, d'apoplexie, de paralysie.

Vital Forestier (2) remarque que les migraines à accès fréquents et réguliers sont rebelles quand elles ne proviennent pas de la fièvre intermittente.

Willis, au siècle précédent, avait fait aussi une remarque intéressante : l'hémicranie, liée souvent aux affections de l'abdomen et de ses viscères, peut tenir à l'athérome des artères intracraniennes. Richa voit dans la migraine le symptôme d'une altération cérébrale ou d'une névrose généralisée; elle annonce une attaque de paralysie. Pour Junker, la goutte est la cause principale; les pléthoriques y sont exposés.

Sauvage la place dans la septième classe de son vague système (classe des douleurs). C'est vague...

Wepfer incrimine la stagnation unilatérale du sang. Mais pourquoi le sang stagne-t-il d'un côté? Il ignorait les vaso-moteurs.

Arrive Tissot, qui emprunte la grande majorité des faits qu'il invoque aux auteurs anciens.

La migraine vient de l'estomac. Les troubles gastriques la produisent. Eux partis, la migraine s'en va. Haller s'en est guéri en changeant de régime. Van Swieten l'enraye en donnant l'émétique.

(1) Anhalt, Th. inaugurale de 1724.
(2) Vital Forestier, Th. de Montpellier, 1776.

C'est une collaboration d'une prédisposition nerveuse et d'une gastropathie.

Enfin il signale, lui aussi, les métastases qui se font en vertu de la sympathie, « par suite des lois du *consensus* ».

Tissot mentionne également les migraines palustres.

Son grand mérite est d'avoir précisé le sens du terme courant. Migraineux lui-même, il a séparé nettement la migraine du clou hystérique, des céphalées, de la névralgie du trijumeau.

En somme, Fernel l'avait déjà fait, mais il n'avait pas les documents dont Tissot disposait, documents empruntés à ses prédécesseurs.

Au XIXe siècle, il est d'abord et surtout question des névralgies du trijumeau. André signale le tic douloureux, que Swann identifie avec la migraine.

On réglait, en somme, la pathologie sur l'anatomie. C'est que l'*anatomie* de la cinquième paire était devenue une question de haut intérêt. Ce fut ensuite le tour du sympathique.

Le sympathique avait été isolé au XVIIIe siècle par Haller et Winslow. Bichat le considérait comme l'origine de toutes les fibres trophiques. Henle et Stilling eurent beau contester son influence trophique, elle n'est pas détrônée encore.

Cl. Bernard sectionne le sympathique et arrache ses ganglions et il démontre le rôle de ce nerf dans les phénomènes circulatoires de la face et du crâne.

Brown-Séquard, Donders, Virchow, Budge, Walter confirment les relations des phénomènes vaso-moteurs expérimentaux avec ceux de la migraine. Dès lors, tout est changé, et les auteurs font presque tous de la migraine une *névrose du sympathique*, ce qui reste vrai jusqu'à preuve du contraire.

SYMPTOMATOLOGIE. — I. **L'accès de migraine.** — **Périodicité.** — Chaque accès est séparé de celui qui le précède et de celui qui le suit, par un intervalle de santé parfaite — ou du moins dans lequel le migraineux n'éprouve rien qui lui rappelle ses accès douloureux. Quelquefois la santé prend, à partir de l'accès, un caractère florissant, qu'elle perd petit à petit, jusqu'à ce qu'un autre accès vienne inaugurer une nouvelle période heureuse.

Les accès de migraine se reproduisent avec une périodicité quelquefois remarquable : certaines personnes sont atteintes de la migraine tous les mois; elles peuvent l'être toutes les semaines (comme chez ce moine dont parle Schenk de Grafenberg, et qui avait ses crises le lundi). Bogatini, ami de Morgagni, avait ses accès à *midi*, et ils étaient *quotidiens*. Junker cite — chose à peine croyable — une migraine qui revenait toutes les heures et ne durait qu'un quart d'heure. Aujourd'hui, on hésiterait à appeler *migraines* des crises douloureuses trop rapprochées et se répétant avec une

pareille régularité. Les accès les plus rapprochés, selon Lasègue, sont hebdomadaires.

Prodromes. — L'accès de migraine s'annonce assez souvent dès la veille. C'est ou bien une sensation de fatigue, ou bien, au contraire, un sentiment d' « *alacrité* » et de bien-être ; on se sent plus dispos, l'appétit est plus ouvert.

La nuit tantôt est agitée, entrecoupée de rêvasseries, ou bien elle ne diffère pas des autres. Au réveil, ce sont des pandiculations, des horripilations, un malaise général, une inaptitude absolue au travail et une irritabilité particulière.

Quelquefois le migraineux éprouve de véritables *auras* : fourmillements, névralgie cubitale identique à celle de l'*angor pectoris* : ou bien apparition brusque d'une douleur crurale, qui disparaît dès que la crise éclate. Quelquefois c'est une *aura vasculaire* : tache rouge sus-orbitaire préalable, foyer d'où va irradier la rougeur faciale. Ou bien c'est un *frisson*, une *érection* — que rien n'a provoqué — ou une amnésie complète.

Début de l'accès. — Le début est plus souvent *diurne*. Sauf exception, l'accès ne commence pas la nuit. Il coïncide ordinairement avec le moment précis du réveil, ou il apparaît quelques heures plus tard. Dans ce dernier cas, on peut noter une progression continue des phénomènes prodromiques. Le sentiment général de malaise s'accompagne de constipation, de diurèse ou d'oligurie, de troubles sensoriels multiples (hyperesthésie de l'ouïe et de l'odorat, vertiges, éblouissements ; sensation de tension sus-orbitaire ou temporale).

D'autres fois, sans prodromes, ou après une *aura* fugitive, l'accès éclate soudain.

La douleur est d'abord limitée en un point de la tempe ou du globe de l'œil. Puis elle s'étend sur une partie plus ou moins large d'une moitié du crâne (hémicranie), où elle reste cantonnée pendant toute la durée de l'accès. Exceptionnellement elle passe ensuite de l'autre côté. Elle peut simplement prédominer d'un côté et serait même, selon quelques auteurs, plus souvent bilatérale qu'on ne le dit communément.

Elle est compressive, lancinante, térébrante ; c'est une sensation de striction, d'écrasement, sous une calotte de plomb, du péricrâne détaché, scalpé ; « c'est un arrachement, un martellement, un éclatement des os du crâne ; » et la sensation est si précise que Fabrice de Hilden admettait la *disjonction des os du crâne*.

Les points névralgiques de Valleix n'existent pas. Mais Helleday, Henschen, Wretlind, Norström (auteurs scandinaves) mentionnent des points douloureux correspondant à des indurations fibroïdes du cuir chevelu (analogie avec les nodosités rhumatismales éphémères).

H. Jones note des foyers de *douleur cervicale* attribués par Dubois-Reymond à la sensibilité des ganglions sympathiques. La pression

des ganglions fait naître la sensation connue de la migraine.

Peu à peu la douleur arrive à son acmé et le premier *vomissement* survient, bilieux ou muqueux, précédé et accompagné d'un étourdissement pénible et d'une nausée persistante.

Trumet de Fontarce (1) compare cette sensation mal définie au mal de mer. Le vomissement ne calme que momentanément; et encore, pas toujours. Les vomissements existent dans la moitié des cas (Henschen), et à l'état nauséeux s'ajoute souvent la sensation de flot et de ballottement dans la tête. La peau est froide et se couvre de sueur, surtout aux mains.

Les *vertiges*, à peu près constants selon Liveing, sont caractérisés tantôt par l'impossibilité de rester debout, tantôt par la vision de l'ambiance en rotation rapide.

Les *troubles vaso-moteurs* sont communément et logiquement attribués au sympathique cervical. Chaleur du cuir chevelu, dilatation des capillaires cutanés — ou constriction, car il y a des « migraines rouges » et des « migraines blanches » (Thomas) ; c'est-à-dire neuro-paralytiques et sympathico-toniques (Eulenburg, Berger, Brunner, Rosenthal).

Dans la *migraine blanche*, on remarque la dilatation pupillaire, l'enfoncement du globe oculaire, l'abaissement thermique local de 0°,4 à 0°,6 (Eulenburg).

Dans la *migraine rouge* (qui parfois succède à la blanche sans interrègne) on observe la contraction pupillaire, l'éphidrose, l'élévation thermique, la congestion conjonctivale et la photophobie.

Thomas signale, à ce propos, une sorte de paradoxe symptomatique dont il est déjà temps de parler : « Lorsque l'angiosthénie domine à la face et à l'oreille, des phénomènes inverses se passent du côté de l'œil ; il y a, dès le début de l'accès, de la rougeur conjonctivale, de la photophobie, du larmoiement contrastant avec la décoloration du front et des tempes : c'est une des objections les plus sérieuses qu'on puisse faire à ceux qui veulent voir dans toute attaque de migraine une phase initiale de constriction vasculaire. » L'objection n'est pas irréfutable. Il y a des phénomènes congestifs dans un département de la branche carotidienne du sympathique et des phénomènes anémiques dans un autre département. Car s'il est vrai, comme nous le verrons, que la migraine est une névrose du sympathique cervical, il est à peu près démontré qu'elle a sa principale localisation dans les filets sympathiques de la carotide cranienne.

Certains *phénomènes oculaires* font rarement défaut : d'abord la *douleur* du fond de l'œil et du globe lui-même, puis les *troubles visuels* proprement dits (scotomes simples, scotome scintillant,

(1) Trumet de Fontarce, Path. clinique du grand sympathique, Paris, 1880.

hémiopie, amblyopie, etc.). Nous y reviendrons avec plus de détails en décrivant la *migraine ophtalmique*.

La migraine entraîne de véritables *troubles intellectuels* comme la lenteur de la cérébration ou l'amnésie, déjà citée. On observe même quelques interprétations délirantes, dont le scotome est la principale origine. Le migraineux « voit tomber une bombe noire, qui éclate en gerbes de feu »; il voit s'élancer sur lui « un athlète armé d'une massue, qui lui frappe le crâne à coups redoublés ».

Troubles de la motilité et de la sensibilité. — Selon Gubler et Bordier, la face, entraînée par l'action prédominante des muscles du côté douloureux, prend une expression grimaçante, et le sourcil de ce côté s'élève. Même les muscles des membres du côté opposé à la migraine peuvent présenter des mouvements spasmodiques qui font songer à une névrose plus grave. On a observé encore des paralysies plus ou moins complètes de la face et des membres, une hémiplégie transitoire. Ces défaillances de la motilité se compliquent fréquemment de perturbations sensitives (fourmillements, anesthésies, etc.).

La *paralysie de la troisième paire* est le trouble le plus grave de la motilité. Dans la forme décrite sous le nom de *paralysie oculo-motrice périodique ou récidivante* ou migraine ophtalmoplégique, l'accès d'hémicranie fait place à une ophtalmoplégie unilatérale occupant le côté de l'accès douloureux habituel. Le nerf de la troisième paire est seul en cause; le syndrome est constitué par le ptosis, le strabisme externe, la diplopie, la paralysie de l'accommodation, la dilatation pupillaire, la perte de tout réflexe constricteur. Cette complication est passagère, mais au fur et à mesure que les accès se répètent elle persiste aussi davantage, et l'on prétend même qu'elle a pu exceptionnellement aboutir à une paralysie complète et définitive du nerf moteur oculaire commun (1).

Troubles respiratoires et circulatoires. — Bordier et Gubler affirment que, durant l'accès, la respiration est très facile et que les palpitations, assez communes en dehors des crises, disparaissent.

Le ralentissement du pouls, sans être la règle, est relativement fréquent. Souvent on observe, du côté qui souffre, les battements de la temporale, devenue rigide et sinueuse.

Troubles trophiques. — Henschen relate des tuméfactions temporales persistantes (dans la peau, le tissu cellulaire et les parties plus profondes). Anstie les attribue à des périostites (?) subaiguës. Ce qui est très ordinaire, c'est l'induration de la temporale superficielle.

Bordier et Gubler signalent un étrange phénomène de décoloration des cheveux. Ceux-ci présentaient, sur leur longueur, des segments alternativement blancs et noirs, les zones blanches correspondant à l'accroissement du cheveu durant les accès de migraine.

(1) Dejerine, Traité de pathologie générale de Bouchard, t. V.

Troubles urinaires. — Les urines, plus colorées et plus rares avant l'accès, sont abondantes et décolorées au moment de la crise.

On a signalé des albuminuries transitoires.

Tel est l'accès de migraine schématiquement complet, éventualité rare. Car chacun a, non pas la migraine, mais *sa* migraine, qui est toujours la même, avec ses caractères propres, au moins pendant une longue période d'années.

Aucun des symptômes sus-énumérés n'est indispensable pour qu'il y ait migraine. La douleur même peut faire défaut. Mais alors l'état nauséeux et le vomissement répété, ou le scotome et son obsession, ou la cécité sont l'élément primordial d'un syndrome pénible, aussi fatigant et aussi redouté du malade que celui où domine l'atroce douleur.

Les accès sont souvent compatibles avec une vie normale. Beaucoup de migraineux n'interrompent pas leurs occupations, au moins pendant une partie de l'accès. Parfois ils recherchent de petits moyens, aération, friction, massage, repos sur une chaise longue, qui les soulagent effectivement pendant un moment.

Marche, durée, terminaison de l'accès. — Le matin, au réveil, ou dans le courant de la journée, mais rarement pendant la nuit, après un avertissement léger et fugitif, l'*aura*, ou bien brusquement, la douleur apparaît et se fixe en un point du crâne. Puis elle s'étend et augmente d'intensité. Elle revient, dans le cours de la crise, par série de petits accès dont l'intermittence n'est jamais complète. Elle croît en somme par petites poussées irrégulières jusqu'au vomissement qui en marque l'acmé. Pendant la période d'accroissement, le malade se plaint en outre de mouches volantes, scotomes scintillants et hémiopie ; bruissements, intolérance pour les odeurs, incapacité de tout. Les bâillements sont suivis de salivation, de nausées, de vomissements. Puis accalmie, avec cependant hyperesthésies du cuir chevelu, sensation de grossissement du cerveau et de ballottement intérieur. Objectivement : d'abord pâleur, puis rougeur faciale unilatérale et auriculaire, photophobie, larmoiement, myosis. Ralentissement du pouls et refroidissement des extrémités.

La durée de l'accès peut être de quelques heures seulement. Plus souvent il occupe toute la journée, huit heures, dix heures. Souvent aussi il persiste pendant vingt-quatre heures. On en a vu durer deux, trois et même cinq jours (Tissot, Labarraque).

En général, un vomissement marque l'acmé de l'accès. Puis la douleur se calme peu à peu; un besoin de repos, de plus en plus pressant, conduit au sommeil. Il peut arriver que le vomissement se répète vingt fois, trente fois. On observe encore d'autres phénomènes critiques : épistaxis, transpiration abondante et localisée, flux salivaire ou lacrymal, écoulement séreux par la narine du côté douloureux, etc. Dès lors, les phénomènes pénibles s'atténuent; une

fatigue extrême, un grand besoin de sommeil accablent le malade qui ne tarde pas à s'endormir. Le lendemain le migraineux s'éveille plus ou moins courbaturé et mal en train. Il n'est vraiment délivré que lorsqu'il a mangé.

II. **La maladie.** — La reproduction périodique des accès, que nous venons de décrire, caractérise la migraine proprement dite.

Début. — Le premier accès de migraine peut apparaître dès le jeune âge, à quatre, à six ans, plus souvent à l'âge adulte, rarement chez le vieillard. Nous retrouverons ces indications à l'étiologie.

Périodicité. — Il est rare que la migraine ne se manifeste, pendant toute la vie, que par un seul accès ou par un nombre infime d'accès longuement espacés les uns des autres. Dans ces cas le diagnostic peut échapper. Chez les vrais migraineux, la périodicité est assez régulière, les crises revenant tous les huit jours, tous les mois, et cette régularité relative subsiste pendant quelques années. Puis les accès se rapprochent ou s'éloignent les uns des autres, notamment lorsque le malade vieillit.

Intensité. — Deux accès consécutifs ne sont pas fatalement de même intensité. Ici la céphalalgie est atroce, là elle est supportable; ici des vomissements pénibles se répètent, là l'état nauséeux n'aboutit pas. Ordinairement, après de longues années, les accès deviennent moins intenses, moins douloureux.

Marche, durée, terminaison. — En général, la marche de la migraine est comparable à celle de l'accès. Elle naît, grandit rapidement, comme par poussées aiguës. La période d'état dure de longues années, indéfiniment. La migraine est intense et fréquente. L'individu qui en est atteint la supporte allègrement, car il est en bonne santé dans l'intervalle des accès. Puis tous deux vieillissent, la migraine et le migraineux. La migraine s'use, l'accès revient moins souvent et avec moins de force. Il se peut qu'un vieillard, après avoir souffert d'accès de migraine durant presque toute sa vie, en sorte complètement débarrassé. Quelquefois la migraine disparaît brusquement à la suite d'une émotion vive.

Conséquences et complications. — Les complications de la migraine pourraient être de deux sortes : anatomiques, névrosiques.

On peut supposer des modifications de structure des organes qui ont eu à subir pendant de longues années les atteintes d'un processus, dont la nature intime nous échappe encore, mais dont l'action intense est affirmée par la violence de la réaction. En fait deux complications anatomiques seulement ne sont pas douteuses : c'est la rigidité de la temporale d'une part, et, de l'autre, l'ophtalmoplégie définitive, qui succède à des accès répétés de migraine ophtalmoplégique.

La migraine peut se compliquer d'autres névroses ; du moins on la retrouve fréquemment dans les antécédents de névropathes divers.

Transformations. — La migraine peut faire place à d'autres

névroses, ou partiellement, ou totalement. Partiellement : les accès de l'enfance ou de l'adolescence perdent leur fréquence, tandis qu'apparaissent d'autres accidents névropathiques ; le fait est d'observation courante. Ce qui est plus contesté, c'est la transformation *totale* et complète d'un migraineux en asthmatique, en hystérique, en épileptique.

ÉTIOLOGIE. — 1° Causes générales. 2° Causes de l'accès.

1° **Causes générales. — Hérédité.** — L'*hérédité* est *directe* ou *collatérale*.

Directe, elle est un héritage des père et mère, et se manifeste dès la seconde enfance. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point (Romberg, Griesinger). Elle est même congénitale, et, dès la première enfance, objectivement visible (rougeur unilatérale, photophobie, lenteur du pouls, vomissements).

L'hérédité n'est pas fatale (14 sur 68) ; elle est subordonnée au sujet lui-même. Brown disait : « Les enfants des goutteux n'hériteront point de la goutte de leurs parents s'ils n'héritent pas de leur fortune. » De même pour la migraine : il faut l'adjonction de certaines circonstances individuelles, de régime, d'hygiène, etc. Elle est rare dans la classe populaire.

Dicton franc-comtois : C'est un mal de grand seigneur ; on ne peut pas l'avoir plus haut.

Collatérale, elle est sœur de la goutte. Elle peut même être rétrograde, c'est-à-dire qu'un sujet ayant la migraine depuis quelque temps, son père peut être pris après lui. Ce n'est donc pas la migraine qui est héréditaire, mais la prédisposition. Cette prédisposition est, selon Trousseau, la goutte. Substitution de la goutte à la migraine. La filiation a été admise par Junker, Tissot, Baumès, Möllendorf, Charcot, Bouchard. L'origine goutteuse de la migraine a joui d'une faveur constante en Angleterre. Scudamore, Begbie, Garrod l'affirmaient. Bazin, Labarraque ont signalé le remplacement de la migraine par la goutte. S'agit-il donc de la diathèse urique ? Non, certainement. Mais il y a des sympathies. D'ailleurs les migraines sont fréquentes chez les femmes atteintes de rhumatisme déformant (Charcot, 12 sur 30). Nodosités rhumatismales éphémères (Féréol). Fibromes sous-cutanés (Henschen). Rétraction palmaire (Lancereaux).

Ainsi c'est toute la diathèse arthritique ! M. Garrett (1) range la migraine à côté de l'asthme et de l'épilepsie. La lésion est centrale. Elle consiste — il y a lieu de le supposer — en une nutrition congénitale imparfaite des centres nerveux.

Liveing dit que la maladie fait partie d'un groupe naturel constitué

(1) Garrett, Th. de 1870.

par l'épilepsie, le vertige épileptique, la laryngite striduleuse, l'asthme, l'angine de poitrine, le tic douloureux de la face, la folie intermittente et paroxystique, — toutes maladies héréditaires à symptômes purement fonctionnels. C'est dans ce groupe qu'il faut chercher les métastases. Heberden a vu la migraine céder la place à l'asthme.

Grasset considère que la névrose n'est pas une diathèse, mais la manifestation éventuelle d'une diathèse qui sert de substratum commun et de lien aux diverses manifestations névrosiques : si bien que des migraineux issus d'épileptiques engendrent des choréiques ou des aliénés.

Lasègue, au contraire, déclare que la migraine est plutôt rare chez les nerveux « à manifestations aventureuses ». Il ne veut ni rapprochement entre la migraine, l'asthme et l'épilepsie, ni diathèse nerveuse unique. Il rattache la maladie à la goutte et au rhumatisme.

Sexe et âge. — Pour la plus grande fréquence chez les femmes, Liveing, tablant sur des statistiques multiples, la trouve douteuse. Les époques de transition, la seconde dentition, la puberté sont les tournants dangereux. Bystrov signale l'augmentation actuellement progressive des cas de migraine, liée à la somme d'attention plus grande et plus prématurée qu'on exige aujourd'hui des enfants.

Maladies antérieures. — Les dermatoses rétrocédées sont parmi les causes les plus certaines.

Pelletan et Labarraque admettent l'influence de la pléthore abdominale, Sauvage celle des hémorroïdes, Sarda celle des épistaxis de l'enfance. L'impaludisme, en dehors des névralgies connues, celle de la cinquième paire par exemple, serait capable de créer de toutes pièces une migraine sur laquelle les médicaments antipériodiques n'auraient aucune prise.

Les affections gastro-intestinales, les maladies utérines sont sans influence. Par contre, Guyon a noté la disparition de la migraine chez un sujet atteint de rétrécissement, après l'urétrotomie.

Le régime de vie est, dans l'étiologie générale de la migraine, le facteur le plus important : la migraine, dit Bouchard, rentre dans cette catégorie de maladies qui sont le lot des classes élevées et comme la rançon de la supériorité intellectuelle et de la suprématie sociale. Thomas conclut presque de même lorsqu'il invoque la préférence de la migraine « pour les personnes à occupations sédentaires, à travail cérébral précoce et continu », c'est-à-dire à mauvaise hygiène spéciale, celle qui fait les nutritions retardantes.

2° **Causes de l'accès.** — Les habitués les cherchent souvent sans les trouver, quelquefois leur vie durant. C'est tout et ce n'est rien. La plus commune et la mieux prouvée des causes est la crise cataméniale. Certaines femmes sont exemptes de migraines pendant leurs grossesses. Pour certaines autres, c'est l'inverse. En général