Des procédés mécaniques ont été employés : compression de la carotide du côté de la douleur, inspirations rapides et énergiques, compression circulaire du front, massage, application du froid. La galvanisation ou la faradisation peut être très utile, appliquée au sympathique ou ailleurs.

Enfin on a institué des traitements systématiques destinés à faire disparaître la migraine : médication martiale, médication reconstituante avec arsenic et huile de foie de morue. Chez les goutteux et les rhumatisants, le traitement général de la diathèse, les eaux minérales et le régime ont agi sur la migraine.

En somme, toute médication et tout médicament a pu avoir quelques succès ; si tous ont eu de nombreux insuccès, cela ne suffit pas à justifier le discrédit dans lequel chacun d'eux est plus ou moins tombé. Lorsqu'on connaît bien le malade et sa migraine, on essaie un régime approprié à son tempérament, un traitement variable suivant la dominante clinique de l'accès.

« Sans doute le succès ne couronnera pas toujours un effort méritoire ; néanmoins le médecin, suffisamment éclairé sur les causes, sur la nature, sur l'action thérapeutique du médicament qu'il aura décidé d'employer, aura la satisfaction, sinon de guérir, souvent au moins de soulager. »

Ainsi concluaient en 1874 Gubler et Bordier ; ainsi conclut Thomas en 1887.

MIGRAINE OPHTALMIQUE

PAR

BRISSAUD

L'accès de migraine ordinaire, lorsque la symptomatologie est au complet, a une physionomie pathologique bien nette. Mais en clinique il y a entre les migraineux des différences considérables. Tantôt la douleur, tantôt les vomissements ont une place prépondérante ; les relations des symptômes entre eux sont sujettes à des modifications, si bien que, s'il est vrai de dire que l'on a la migraine, il est encore plus exact de spécifier que chacun a *sa* migraine.

Les troubles oculaires de la migraine ont un cachet tout particulier. Ils peuvent exister seuls, ils peuvent accompagner la douleur hémicranienne et les troubles vaso-moteurs.

Mais la migraine méritant le qualificatif d' « ophtalmique » est celle où les troubles oculaires tiennent le premier rang. Cette migraine ophtalmique est-elle différente de la migraine ordinaire ? Les opinions sont partagées. Pour les uns, il n'y a qu'une migraine, dont la physionomie varie suivant la prédominance de telle ou telle manifestation Il y a l'espèce « migraine » avec plusieurs « variétés ».

Pour d'autres, il y a un genre « migraine » avec deux espèces, la « migraine ordinaire » et la « migraine ophtalmique ».

Historique. — Il n'exista d'abord de la migraine ophtalmique que des observations isolées. Puis vinrent les autobiographies de Parry et de Wollaston. Parry avait, au début, un scotome central, plus tard une ligne irisée périphérique ; il fut frappé, peu après le développement de ces symptômes, d'une attaque d'apoplexie. Wollaston, qui avait des accès caractérisés par de l'hémiopie (1824), mourut d'une tumeur cérébrale.

Entre temps, les oculistes s'efforcent de rattacher aux amauroses les troubles oculaires transitoires et périodiques accompagnés ou non de céphalalgies. Pour Demours, il s'agit d'amauroses hypersthéniques.

Vient le mémoire de Piorry (1835) : l'accès se produit sous l'influence de causes variées. Un éblouissement initial, puis des polygones lumineux, des douleurs violentes du globe de l'œil, parfois irradiées au voisinage, des troubles de l'audition et du goût, des fourmillements et des trépidations musculaires ; enfin des nausées, des vomissements et le sommeil final. Cette migraine n'est pas plus dangereuse que l'autre. Serre d'Alais avait compté les vibrations scintillantes de son scotome et rapporté à l'intervention directe de la rétine les phénomènes lumineux qu'on attribuait à l'image de l'iris et à ses changements de forme.

Une série de travaux importants paraît alors tant en France qu'à l'étranger. Galezowski donne une vue d'ensemble exacte de la question et une classification facile à suivre.

Il admet quatre formes de migraine ophtalmique : l'hémiopie, le scotome scintillant, l'amaurose et la photophobie.

1° Hémiopie périodique. — L'*hémiopie périodique*, ou *transitoire* comme l'appelle Féré, peut se développer graduellement, mais d'ordinaire elle surprend le malade. S'il lit, dessine, fixe un objet, une moitié lui devient tout à coup invisible. La diminution du champ visuel semble ne jamais atteindre le point central ; c'est plutôt un rétrécissement latéral qu'une véritable hémiopie (Féré). Ce rétrécissement est bilatéral, homonyme, gauche ou droit, supérieur ou inférieur. Il existe une hémiopie sans scintillements, d'autres fois ces phénomènes coïncident (Armaugué).

2° Scotome scintillant. — Il a été une des premières formes étudiées. Piorry en parlait comme Wollaston et Pelletan. Hubert Airy a donné une représentation graphique de son champ visuel bordé de circonvallations à bastions multicolores et brillants.

C'est peut-être le scotome scintillant qui présente le plus de variations individuelles. Un malade de Quaglino voyait une lumière vive dans un milieu obscur. Dans un cas de Dianoux, l'ombre était ponctuée de trois ou quatre lueurs comparables à la flamme des lampes

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

à alcool. Le phénomène paraît circonférenciel, externe, binoculaire; ce n'est, d'après Féré, qu'une apparence : il est en réalité hémiopique.

La durée varie entre quelques minutes et quelques heures; les troubles cessent brusquement ou graduellement.

3° Amblyopie. — Elle est plus rare que les deux variétés précédentes. Dans un cas de Galezowski, une cécité complète de l'œil gauche dura vingt minutes.

Mirabeau, dans une lettre écrite au père de Demours, parlait avec inquiétude de troubles visuels qu'il venait d'éprouver : « Il m'est arrivé aujourd'hui à six heures du matin de rester environ un quart d'heure avec une cécité absolue. Rien n'a précédé cet accident, qu'une douleur de tête habituelle, mais beaucoup plus forte en me levant. Quand ma cécité momentanée s'est dissipée, j'ai cru voir les objets à travers un brouillard. Je ne distinguais rien nettement. »

Tardieu a vu des cas de cécité durer trois jours. L'amblyopie de la migraine est, d'après Armaugué, très variable dans sa forme et son intensité; si elle va parfois jusqu'à la cécité complète, d'autres fois c'est une simple obnubilation.

4° Photophobie migraineuse. — Galezowski a peu déterminé cette quatrième variété. Doit-on lui rattacher celle qui se développe à la suite de l'hyperémie conjonctivale sans autres phénomènes visuels? Veut-il parler, au contraire, de douleurs intra-oculaires profondes? L'une et l'autre sont connues. Dianoux compare les souffrances produites par certains scotomes à celles du glaucome foudroyant.

Les auteurs des monographies sur la migraine ophtalmique insistent sur les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les nausées, les vomissements, la céphalalgie, l'aphasie, les troubles localisés de la sensibilité et du mouvement, les convulsions. L'ensemble des symptômes paraît plus inquiétant que celui de la migraine vulgaire. L'aphasie affecte la forme de l'aphémie classique. Dans un cas d'Armaugué, le malade ne pouvait plus prononcer dans ses accès que : *No se dir*. Quaglino a vu la crise hémicranique coïncider avec des accès d'asthme; Féré parle de dyspnée convulsive. C'est là une particularité qui contraste avec la facilité de la respiration si souvent notée chez les migraineux.

« En résumé, dit Bianchi, on peut observer dans la migraine ophtalmique : 1° des phénomènes plus ou moins sérieux qui persistent après la disparition des sensations visuelles anormales; 2° des troubles du mouvement, de la sensibilité, localisés ou généraux, passagers ou permanents, qui sont, dans certains cas, les premiers symptômes d'une maladie grave, telle que l'ataxie locomotrice ou la paralysie générale; 3° des nausées, des vomissements, des désordres variés du côté des voies digestives.

Discussion des faits d'après lesquels on a décrit la migraine ophtalmique. — Les faits dont il a été question jusqu'ici ont servi à Thomas (1) à discuter cette intéressante proposition, à savoir si la migraine ophtalmique est spécifiquement différente de la migraine vulgaire.

Galezowski et, après lui, Féré ont soutenu cette opinion. « La migraine ophtalmique, dit Féré, constitue un syndrome dont quelques caractères suffiront pour la différencier d'autres migraines et en faire une affection véritablement autonome. » Raullet et Sarda sont du même avis. Les contradicteurs n'émettent pas moins formellement leur opinion. « La migraine ophtalmique ne constitue point une espèce distincte », dit Armaugué. « De même qu'on a décrit une migraine avec symptômes oculaires, il peut exister aussi des migraines auditive, olfactive et gustative », dit Robiolis. Ce sont autant de variétés de migraine.

Or la migraine ophtalmique possède-t-elle un caractère constant que l'on ne retrouve pas dans la migraine vulgaire? Ce caractère réside dans les troubles oculaires. Dès qu'ils existent, on ne doit plus parler de migraine vulgaire. La douleur du fond de l'orbite, le plus léger brouillard, la moindre photophobie font une migraine ophtalmique. Le cadre de la migraine vulgaire va se trouver singulièrement réduit.

Si, pour faire une migraine ophtalmique, il faut un scotome, un polygone spectral, des lueurs scintillantes, on appellera migraine vulgaire, celle où des impressions visuelles n'existent pas. L'injection péricornéenne, le myosis, la mydriase, la saillie ou l'enfoncement du globe, la douleur de l'orbite, appartiendraient à la migraine vulgaire. Une personne souffrant peu dans la tempe et beaucoup dans le fond de l'œil serait atteinte d'*hémicranie commune*, tandis qu'on appellerait *ophtalmique* l'hémicranie qui s'accompagne de douleurs atroces dans la tête et de quelques éblouissements sans importance au moment de l'accès.

Il vaut mieux reconnaître que les symptômes oculaires sont trop communs dans toutes les migraines et aussi trop variables pour qu'on puisse, en s'appuyant sur eux seuls, créer une espèce autonome. Ensuite, le début, la périodicité, la marche de la migraine ophtalmique n'ont pas de caractères suffisamment tranchés pour permettre l'isolement d'une espèce. Les accès de migraine ophtalmique, appartenant vraiment à la migraine, ne présentent rien qui autorise à les distinguer de ceux de l'hémicranie commune.

Ce qui a pu en imposer, c'est qu'on a attribué à la migraine ophtalmique des cas où il y avait des lésions graves de l'un des yeux (choroïdite, synéchies postérieures, atrophie du nerf optique), d'autres relevant de l'épilepsie, de l'hystérie, de la paralysie géné-

(1) Thomas, La migraine, Paris, 1887.

rale ou du tabes débutant par des amblyopies transitoires ou des scotomes scintillants. Une céphalalgie unilatérale avec vomissements, vertiges, rougeur ou pâleur de la face, consécutive à l'hystérie, à l'épilepsie, à une affection organique du cerveau, ne doit dans aucun cas être appelée une migraine. Les accidents oculaires survenus dans les mêmes conditions ne peuvent être rapportés à la migraine ophtalmique.

La conclusion de Thomas est qu'*il n'y a pas deux migraines, mais une seule.* La migraine offre à l'observation plusieurs aspects symptomatiques. Le plus caractéristique d'entre eux est celui où prédominent les symptômes oculaires.

Pronostic. — Les deux grandes variétés d'hémicranie ont le même pronostic ; les phénomènes qui ont été notés comme accompagnant d'ordinaire les symptômes oculaires, aphasie, parésie, anesthésies et parésies locales, etc., se montrent avec les mêmes caractères dans les migraines sans troubles visuels.

Quel est le mécanisme des sensations anormales ?

« Pour moi, dit Galezowski, la migraine ophtalmique est une névrose d'une des portions de la cinquième paire qui fournit des filets vaso-moteurs, soit aux organes centraux visuels, tels que les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés et les chiasmas, soit à ses parties périphériques, telles que les nerfs optiques et la rétine. L'irritation de ces filets vaso-moteurs et celle de toutes les autres branches de la cinquième paire, est généralement douloureuse ; il en est ainsi dans la migraine. Elle peut se localiser aux portions centrales visuelles et donner lieu aux phénomènes d'hémiopie.

Traitement. — Le traitement de la migraine ophtalmique ne comporte pas d'autres indications que celles qui s'adressent aux causes générales de la maladie.

MALADIES DES MUSCLES

PAR

G. MARINESCO

Professeur à la Faculté de médecine de Bucarest,
Médecin de l'hôpital Pantelimon.

MYOPATHIES PRIMITIVES PROGRESSIVES.

HISTORIQUE. — Duchenne (de Boulogne), ce grand artiste en fait de neurologie, avait distrait du cadre des paralysies un groupe naturel, dont la manifestation prédominante était représentée par une atrophie musculaire à marche progressive, quel que fût le lieu du début de l'atrophie et son ordre de propagation. Les travaux de Charcot et de l'école de la Salpêtrière ayant montré que, dans quelques cas d'atrophie musculaire, les cellules des cornes antérieures étaient atrophiées, on rapporta tout d'abord tous les cas d'atrophie musculaire progressive à une cause d'origine commune, à l'altération de ces cellules. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que, dans cette masse d'atrophies musculaires, il y avait une classe de malades qui présentaient un aspect spécial et d'autres caractères, tels que le mode de début constant, le caractère familial de la maladie, etc., particularités qu'on ne retrouve pas dans d'autres. La méthode anatomo-clinique montra que chez les malades de la première classe le système nerveux central était intact, le muscle étant primitivement atteint. On distinguait de cette manière deux grandes classes d'atrophies musculaires progressives :

1° L'atrophie musculaire progressive d'origine spinale, myélopathique, désignée couramment sous le nom de type Aran-Duchenne ;

2° Les atrophies musculaires progressives d'origine myopathique ; elles comprenaient un certain nombre de types qui avaient tout d'abord été considérés comme autant d'espèces morbides. C'est Duchenne (de Boulogne) qui, au point de vue clinique, avait isolé deux de ces types : atrophie musculaire progressive de l'enfance, dont l'origine myopathique devait être démontrée plus tard par Landouzy-Dejerine, et la paralysie pseudo-hypertrophique. L'œuvre de morcellement de l'atrophie musculaire progressive fut continuée, et on s'est plu à multiplier les formes de myopathie primitive suivant