

CÉPHALÉES

A. — Céphalées chez l'adulte.

Le « mal de tête » est un des symptômes pour lesquels le médecin est plus souvent consulté. Le traitement des céphalées étant essentiellement celui de la cause qui les détermine, il importe, avant d'instituer tout traitement, de rechercher la cause du mal. Le diagnostic étiologique, facile dans certains cas, est parfois des plus malaisés à établir; aussi ne saurait-on négliger aucun des moyens qui permettent d'arriver à ce diagnostic.

La connaissance de la profession du malade est d'une grande importance en l'espèce; car, s'il s'agit d'un peintre en bâtiments ou d'un individu exposé à manier des couleurs contenant du plomb, on ne peut avoir d'hésitation sur la cause de la céphalée. La recherche des antécédents est également indispensable; si l'on apprend par exemple que le malade a contracté la syphilis, ou bien qu'il a eu des accès de goutte, ou bien encore qu'il a été traité pour le diabète ou le mal de Bright, l'importance de ces renseignements ne saurait échapper.

Après s'être entouré de tous les renseignements que l'on peut réunir sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, sur son genre de vie, il est nécessaire de procéder à l'examen de la région malade, de la tête. Sans doute cet examen ne fournit aucune indication dans la plupart des cas, mais parfois il met immédiatement sur la bonne voie; c'est ainsi que la constatation d'une sensibilité diffuse, à la pression, de l'aponévrose épicroticienne, doit faire songer au **rhumatisme épicroticien**, si la douleur est survenue chez un sujet ayant déjà éprouvé des douleurs articulaires ou musculaires et si la contraction de l'occipito-frontal exagère la douleur. D'autres fois, l'examen du crâne permet de constater l'existence d'exostoses ou bien, au contraire, d'une dépression limitée consécutive à l'enfoncement de la paroi osseuse, à ce niveau; on recherche s'il n'existe pas de douleur à la pression en un point limité.

On recherche ensuite s'il n'existe pas de signes de compression intracrânienne par un **néoplasme**; cette constatation est facile, car la céphalalgie n'est jamais le seul signe d'une tumeur de l'encéphale; elle peut rester isolée pendant un certain temps, mais toujours viennent s'y ajouter d'autres symptômes (vertiges, vomissements, troubles psychiques, paralysies oculaires, névrites optiques, paralysies, etc.); elle se distingue en outre par sa permanence, par sa résistance aux traitements habituels des céphalées, par son caractère de douleur profonde, gravative, par son exacerbation nocturne; lorsque l'on est amené, par la constatation des caractères de la céphalée et des signes concomitants, à soupçonner une tumeur cérébrale, on doit songer immédiatement à la syphilis, à moins que le malade n'ait été atteint antérieurement d'un traumatisme. On peut rapprocher de ces céphalées la **céphalée tabétique** (Pierret) qui se distingue aisément par son intensité et par sa coïncidence avec d'autres signes de tabes. Les autres causes organiques de céphalée, c'est-à-dire la **méningite**, la **sclérose cérébrale infantile**, sont trop évidentes pour qu'il soit besoin d'y insister; parfois la céphalée constitue un signe prémonitoire à longue portée de la méningite; sa résistance au traitement, les signes qui l'accompagnent (modifications du caractère, amaigrissement, parfois signes stéthoscopiques pulmonaires, vomissements à caractère spécial) fournissent quelques présomptions sur sa nature.

Nous mentionnerons, sans nous y arrêter, la céphalée qui accompagne les **maladies infectieuses**; rappelons qu'il faut toujours rechercher si le malade qui se plaint de céphalée n'a pas été atteint quelque temps auparavant d'une maladie fébrile: fièvre typhoïde, grippe, scarlatine. La céphalée post-scarlatineuse doit faire songer au mal de

Bright. Dans les pays où règne la malaria, on ne doit pas oublier que la céphalalgie peut constituer l'une des innombrables formes larvées du paludisme.

Les **céphalées dues à des troubles des organes des sens** doivent être recherchées avec soin, car leur cause est souvent difficile à déterminer. Rappelons que l'iritis, que le glaucome, que des troubles de réfraction: astigmatisme, hypermétropie, qui amènent une fatigue rapide de l'accommodation, l'insuffisance des droits internes chez les myopes, donnent lieu à une céphalée qui se limite en général à la région orbitaire; que certaines affections du nez (rhinite hypertrophique, sinusites, polypes, etc.) peuvent également déterminer la céphalée. Hack, en 1882, 1884 et 1885, a publié 50 observations de céphalées guéries par la cautérisation des cornets, mais bien avant lui les relations qui existent entre certaines céphalées et les affections du nez avaient été déjà constatées.

La céphalée qui accompagne les otites est d'un diagnostic souvent difficile chez l'adulte, tout au moins au début; ce diagnostic est à peu près impossible chez le jeune enfant. Chez un adulte pris brusquement, au milieu d'une santé parfaite, d'une douleur de tête d'une intensité extrême, avec prédominance d'un côté, on devra songer au point de départ auriculaire des accidents et rechercher s'il n'existe pas une cause d'otite: introduction d'un corps étranger dans le conduit auditif, catarrhe nasal ou pharyngé, usage de la douche nasale, etc.

Ces diverses causes de céphalée éliminées, on doit porter ses investigations du côté des différents organes, et en premier lieu du côté de l'**appareil digestif**; on sait combien la céphalée accompagne fréquemment les troubles digestifs, la constipation, la congestion hépatique, la lithiase biliaire (Gaillard), etc.; il faut songer de suite au point de départ cardiaque ou ovarien (**céphalées réflexes**).

Les céphalées d'origine nerveuse organique, d'origine sensorielle ou viscérale étant écartées, il faut explorer le champ des maladies générales susceptibles de présenter la céphalalgie au nombre de leurs symptômes; chez une jeune fille, à l'époque de la puberté, la céphalée est presque toujours due à la **chlorose**, lorsqu'elle ne reconnaît pas pour cause l'hystérie. On ne doit donc pas négliger l'examen de l'appareil vasculaire à cet âge non plus qu'à un âge avancé; car, chez un vieillard qui accuse une céphalée persistante, avec affaiblissement de la mémoire, engourdissement dans les extrémités, on doit songer immédiatement à l'artério-sclérose et rechercher l'état des vaisseaux périphériques.

L'examen des urines confirme l'**origine diabétique ou brightique** de certaines céphalées, si la constatation d'autres symptômes n'a pas déjà mis le médecin sur la piste de la source du mal; on devra toujours se méfier du mal de Bright chez un individu accusant des douleurs de tête persistantes coïncidant avec des troubles digestifs, avec des crises de dyspnée nocturne, avec de la polyurie, des crampes, etc. Chez les **goutteux**, la céphalalgie peut revêtir la forme de l'accès typique de migraine ou bien au contraire se présenter sous l'aspect d'un mal de tête tenace, persistant, sans les vomissements, ni les troubles oculaires de la migraine; cette céphalalgie peut durer pendant des mois, puis faire place subitement à un accès de goutte articulaire ou à une manifestation quelconque de la goutte viscérale. Parfois, cette céphalalgie revient périodiquement; il est important d'y songer, car on pourrait prendre le mal de tête périodique pour une fièvre intermittente larvée (Stoll).

Si le malade n'a pas eu antérieurement d'accès de goutte articulaire, la constatation de l'acide urique en excès dans les urines permettra d'établir le diagnostic.

La **syphilis** doit toujours être recherchée avec le plus grand soin; nous avons déjà mentionné la céphalée de la période tertiaire que ses caractères signalent de suite à l'attention du médecin; la céphalée secondaire est plus difficile à dépister; il faudra, dans le cas où l'interrogatoire du malade est impossible, ainsi que l'examen des parties