

couvertes, utiliser les moindres signes capable de renseigner sur l'existence de la syphilis, alopecie en clairière, existence de ganglions cervicaux, de la corona Veneris, de la syphilitide pigmentaire du cou, etc.

Nous avons déjà signalé l'une des intoxications qui donnent lieu le plus fréquemment à la céphalalgie : nous voulons parler de l'intoxication saturnine ; on n'oubliera pas non plus que l'abus des boissons alcooliques et en particulier des liqueurs à essence peut donner lieu à la céphalalgie ; il en est de même du tabagisme.

Il faut également songer à l'intoxication par l'oxyde de carbone chez les sujets atteints d'une céphalalgie frontale, en cercle, persistante, rebelle à toute médication, ne pouvant être rattachée à aucune des causes habituelles, et se manifestant surtout lors du séjour dans l'appartement.

Un certain nombre de médicaments, mal tolérés, administrés à doses fortes ou continués trop longtemps, peuvent occasionner la céphalée, tels l'iode, l'opium et les solanées, le salicylate de soude. La céphalée quinique s'accompagne de bourdonnements d'oreille et de surdité ; la théobromine détermine une céphalée en casque très pénible ; la trinitrine une céphalée pulsatile, etc....

En dernier ressort on doit songer aux céphalées symptomatiques des névroses ; il est parfois facile de reconnaître d'emblée la cause, s'il existe par exemple des manifestations antérieures d'hystérie ou de neurasthénie ; en tout cas, les caractères spéciaux de ces céphalées (clou hystérique, casque neurasthénique) mettent aisément sur la voie du diagnostic. La céphalalgie permet parfois de soupçonner l'épilepsie au début chez les jeunes gens qui accusent au réveil un violent mal de tête, coïncidant avec un certain trouble des idées, avec l'incontinence nocturne des urines, etc. Il faut savoir cependant qu'un malade qui sort d'une période de coma et qui accuse une céphalalgie violente ne peut pas toujours être considéré comme un épileptique. M. Féré a récemment décrit, sous le nom d'état de mal migraineux, un syndrome caractérisé par l'existence d'une série subintrante d'accès de migraine, suivis d'une période d'épuisement analogue à celle qui succède à l'état de mal épileptique.

On voit par ce rapide exposé de la séméiologie, combien il importe de faire un diagnostic précis. Le traitement de ces diverses céphalées est en effet essentiellement causal ; ce serait perdre son temps que de prescrire un traitement banal aux chlorotiques, aux goutteux, aux diabétiques, aux brightiques, aux syphilitiques, aux paludiques, alors que le fer, le colchique, le régime alimentaire joint aux alcalins et à l'antipyrine, le régime lacté, le mercure et l'iode de potassium, enfin le sulfate de quinine, triomphent en général de ces diverses céphalées symptomatiques.

Dans les céphalées liées aux troubles digestifs, à la constipation, l'indication est tout aussi précise que dans les cas précédents.

Dans l'hystérie et la neurasthénie il faut mettre en œuvre les moyens généraux de traitement qui seront exposés à l'occasion de l'étude de ces diverses maladies.

La céphalée de la convalescence disparaît en général rapidement sous l'influence du grand air et d'un régime reconstituant. Il est un dernier groupe de céphalées, qui par sa nature même est rebelle à tout traitement, c'est celui des céphalées nerveuses de cause organique et des céphalées dues à l'artério-sclérose. Ces dernières cependant s'améliorent souvent d'une façon remarquable sous l'influence du régime lacté, ce qui démontre leur subordination à l'insuffisance rénale.

B. — Migraines.

Il faut avouer que les frontières de la migraine sont assez malaisées à délimiter ; entre la migraine classique et les autres céphalées existent des types de transition que l'on est parfois embarrassé de rattacher à tel ou tel groupe. Ainsi les vomissements peuvent manquer au cours de certaines céphalées qui par d'autres caractères, paraissent cependant mériter d'être étiquetées migraines.

Quoi qu'il en soit, on distingue trois sortes de migraines : la migraine vulgaire, la migraine ophthalmique, la migraine ophthalmoplégique.

La migraine vulgaire se distingue nettement des autres céphalées par ses symptômes et par son origine ; aussi mérite-t-elle une description à part.

Son début est habituellement diurne ; un individu qui, la veille, avait éprouvé quelques symptômes précurseurs, tels qu'un sentiment de lassitude ou bien, au contraire, une sensation particulière de bien-être, est pris, le matin au réveil ou peu de temps après, d'une douleur qui débute d'abord par une tension légère dans un point déterminé, puis devient de plus en plus vive et rayonne de ce point maximum dans la moitié correspondante de la tête.

Les malades comparent cette douleur à celle que provoqueraient des coups de marteau ou l'enfoncement d'un coin dans le crâne.

L'unilatéralité est un élément important de la migraine, mais elle n'est pas constante ; Tissot a fait remarquer que parfois les deux côtés sont pris et qu'il n'y a entre l'un et l'autre qu'une différence d'intensité.

Le foyer maximum de la douleur siège le plus souvent, d'après Vulpian, dans la région frontale et tout autour de l'orbite.

A la douleur s'ajoutent des troubles digestifs qui font rarement défaut. Le vomissement peut s'observer à toutes les phases de la migraine, à son début comme à la fin, ou pendant la période d'état ; le vomissement du début n'a aucune influence sur la durée de l'accès ; il l'abrège au contraire, quand il survient au milieu de la crise douloureuse.

Le vomissement peut disparaître chez les anciens migraineux, et la céphalalgie persister seule, mais plus intense.

Les troubles nerveux qui accompagnent l'hémicrânie sont multiples ; parmi eux les symptômes sensoriels : vertige et troubles visuels (scotome, hémioptie, amblyopie) tiennent le premier rang. Nous discuterons dans un instant la question de savoir qu'il convient de distinguer de la migraine vulgaire une variété spéciale caractérisée principalement par la prédominance des troubles visuels.

Les troubles nerveux psychiques consistent en troubles de l'idéation, en irritabilité du caractère et besoin impérieux du repos, en aphasic transitoire. Les troubles vaso-moteurs ne font jamais défaut : tantôt le visage est rouge, tantôt il est pâle, d'où la distinction classique en migraine rouge et en migraine blanche et des indications thérapeutiques spéciales ; ces deux formes de migraines ont été qualifiées par Eulenburg, Berger, Brumer, Rosenthal, des noms de sympathico-toniques et de neuro-paralytiques.

A la migraine pâle (vaso-tonique) appartiennent la dilatation pupillaire, l'enfoncement du globe de l'œil et parfois une sialorrhée passagère ; à la migraine rouge, le myosis, un léger degré d'exophtalmie, etc. ; la migraine rouge peut d'ailleurs succéder à la première, ou inversement.

Rien de plus variable que l'évolution de l'accès et celle de la maladie ; tantôt les accès reviennent avec une régularité parfaite, tantôt ils sont séparés par des intervalles irréguliers. La migraine débute habituellement dans l'adolescence et persiste pendant toute la durée de l'âge adulte ; il n'est pas rare de la voir disparaître chez la femme au moment de la ménopause ; elle peut coïncider avec les époques menstruelles et être suspendue