

M. Legendre prescrit :

Caféine . . . . .	0 gr. 05
Benzoate de soude . . . . .	0 gr. 40
Valérianate de quinine . . . . .	0 gr. 25
Antipyrine . . . . .	} āā 0 gr. 40
Phénacétine . . . . .	

Pour 1 cachet ; à prendre au début de l'accès.

On peut encore formuler :

Antipyrine . . . . .	} āā 0 gr. 50
Bromure de potassium . . . . .	
Caféine . . . . .	0 gr. 05

Pour 1 paquet.

Le *paullinia*, qui a été très vanté, agit par la caféine qu'il contient; il est donc plus simple d'avoir recours directement à la caféine.

Le *sulfate de quinine* seul ou associé à la caféine ou au salicylate de soude compte un certain nombre de succès à son actif :

Sulfate de quinine . . . . .	} āā 5 centigrammes.
Caféine . . . . .	
Extrait de quinquina . . . . .	q. s.

Pour 1 pilule; 2 à 6 pendant l'accès.

Sulfate de quinine . . . . .	} āā 25 centigrammes.
Salicylate de soude . . . . .	

Pour 1 cachet; 2 à 4 pendant l'accès.

Certains goutteux peuvent prévenir un accès imminent en absorbant une forte dose de *bicarbonate de soude*.

Chez un hyperchlorhydrique on prescrira 1 paquet de saturation :

Magnésie hydratée . . . . .	1 gramme.
Craie préparée . . . . .	} āā 0 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth . . . . .	
Codéine . . . . .	0 gr. 01
Ou poudre de racines de belladone . . . . .	0 gr. 02

Quelques médecins ont recours à l'*opium* ou au *chloral* pour engourdir leurs malades et leur assurer un sommeil à la fin duquel l'accès de migraine est souvent terminé. On a recommandé de donner 2 ou 5 grammes de chloral en une seule dose et de faire coucher le malade, immédiatement après l'ingestion du médicament, dans une chambre où la lumière ne peut pénétrer.

Le malade atteint de migraine doit rester à la *diète*, ce qui est le meilleur moyen de mettre un terme aux vomissements.

La *migraine ophtalmique* se distingue de la migraine simple en ce que les troubles visuels y tiennent une place prédominante et ne prennent fin qu'avec l'accès. La

migraine vulgaire s'accompagne d'ailleurs de troubles visuels et peut se transformer ultérieurement en migraine ophtalmique.

Celle-ci se distingue surtout en ce que, dans certains cas, elle s'accompagne d'aphasie transitoire, de troubles sensitifs et moteurs, et qu'elle peut aboutir à l'épilepsie, à la paralysie générale, à l'hémorragie et au ramollissement cérébral. On a signalé ses relations avec l'hystérie, la neurasthénie, le tabès. On admet une forme simple, une forme fruste (amblyopie transitoire sans les autres troubles habituels), une forme dissociée (alternance des accès de migraine avec les troubles visuels), enfin une forme accompagnée.

La division des migraines en migraine simple et migraine ophtalmique est justifiée, en ce qui concerne tout au moins le pronostic éventuellement plus grave de cette dernière; car, à n'envisager que les troubles visuels, il n'existe entre les deux variétés de migraine qu'une différence de degré.

Ces troubles visuels ont été étudiés par M. Galezowski (*Archives de médecine*, 1878). On peut observer l'hémipopie, c'est-à-dire que les malades s'aperçoivent, en lisant ou en fixant un objet, qu'une moitié du champ visuel devient invisible; le scotome scintillant, consistant en ce que le champ visuel est limité par une ligne de circonvallation à bastions multicolores et brillants; l'amblyopie est plus rare; la cécité a été observée; Mirabeau dit avoir éprouvé cet accident, qu'il signale dans l'une de ses lettres (mars 1799).

Les différents accidents spasmodiques (engourdissements de la main, aphasie, etc.), sont habituellement transitoires, mais ils peuvent devenir permanents, ainsi que nous l'avons indiqué; aussi faut-il instituer un traitement énergique; ce traitement est le même que celui de l'épilepsie, c'est-à-dire qu'il faut donner le *bromure de potassium* à hautes doses (4 à 6 grammes au moins) et poursuivre cette médication pendant plusieurs mois.

Le professeur Charcot donnait :

La première semaine . . . . .	2 ou 3 grammes.
La deuxième . . . . .	5 ou 4 —
La troisième . . . . .	4 ou 5 —
La quatrième . . . . .	5 ou 6 —

Il recommençait ensuite la même série. Suivant que les accidents s'atténuent ou non, on diminue ou on augmente parallèlement les doses, mais on ne suspend jamais le traitement avant la cessation complète et durable de tous les signes.

L'*hydrothérapie*, la *psychothérapie*, le *massage*, sont particulièrement indiqués quand la migraine ophtalmique est liée à l'hystérie.

La *migraine ophtalmoplégique*, que Möbius a décrite en 1884, a été bien étudiée par Charcot, qui lui a donné son nom. Elle a pour caractère essentiel de débiter dans le tout jeune âge; l'accès commence habituellement par une phase d'hémicrânie extrêmement violente, puis se continue par la paralysie oculaire, limitée en général au nerf de la troisième paire du côté de l'hémicrânie; la paralysie est totale (ptosis, strabisme externe, dilatation de la pupille, diplopie). La durée de l'accès est de trois ou quatre jours, parfois beaucoup plus longue (jusqu'à vingt jours). Les intervalles qui séparent les accès sont également variables. Finalement, les crises se rapprochent et, d'intermittente qu'elle était au début, la maladie devient permanente; la paralysie ne disparaît plus. On ne sait encore à quelles lésions attribuer le syndrome.