

LE MAL DE TÊTE.

(Leçon recueillie et rédigée par M. de Beurmann, chef de clinique.)

Le mal de tête ! j'aime mieux ce mot que tous les noms grecs qui lui ont été substitués et qui ne disent rien de plus. On a introduit dans la langue médicale le terme céphalalgie, puis le terme céphalée, on a même essayé de donner à chacun d'eux une signification particulière ; le premier s'appliquerait au mal de tête passager, peu intense, tandis que le second désignerait le mal de tête profond, durable et tenace. Je vous donne cette distinction pour ce qu'elle vaut.

S'il est un symptôme subjectif, c'est bien celui que nous étudions. Le malade seul peut en rendre compte et je mets au défi qui que ce soit d'affirmer si telle personne a mal à la tête. Nous n'avons donc aucun procédé d'investigation qui nous permette de le reconnaître ni d'en mesurer l'intensité, et force nous est de nous en rapporter au dire du patient. Quelquefois, il est vrai, on remarque un peu d'engourdissement, de la pâleur ou de la rougeur de la face ; mais ces signes ne sont ni obligatoires ni spéciaux. De plus le mal de tête est le plus souvent isolé et se classe par conséquent dans la partie la plus difficile de la séméiotique. On peut en effet distinguer deux ordres de symptômes : les uns font partie d'un ensemble et s'accompagnent d'autres signes qui en facilitent l'interprétation : tels sont par exemple la céphalalgie et l'anorexie qui accompagnent la fièvre. Les autres, au contraire, constituent à eux seuls tout l'appareil

symptomatique. C'est ce qui arrive souvent pour le mal de tête, et c'est pourquoi il rentre dans la partie la plus délicate de la séméiologie.

En présence d'un cas pareil, la difficulté est telle, qu'on cherche toujours à ramener au premier groupe un symptôme qui appartient légitimement au second et que dans l'examen, d'un mal de tête, on commence par demander au malade s'il n'a pas éprouvé tel ou tel trouble de la santé qui accompagne plus ou moins souvent la céphalalgie, qu'on s'ingénie à dépister les compagnons du mal de tête et qu'on ne parle pas du mal de tête lui-même. Étudions donc le mal de tête isolé, le mal de tête *per se*.

Tout d'abord, nous devons énoncer cette loi : aucun individu ayant une affection cérébrale, substantielle et profonde, n'a mal à la tête. Le même fait surprenant au premier abord, se retrouve dans la pathologie cardiaque : aucun homme qui se plaint de douleur de cœur n'a d'affection cardiaque. Cette règle souffre peu d'exceptions. J'ai eu l'occasion de voir beaucoup d'aliénés ; après un examen minutieux je suis arrivé à la statistique suivante : sur dix mille aliénés que j'ai interrogés, pas un seul n'avait eu mal à la tête ; un seul a fait exception et j'ai cru, devant ce fait insolite, pouvoir affirmer l'existence d'une affection méningée. La suite m'a donné raison.

Le mal de tête, en effet, est un symptôme de la méningite et non des affections encéphaliques, d'où la règle que toutes les fois qu'il y a avec un état cérébral, du mal de tête, il faut penser que les méninges sont atteintes. Cette loi est absolument conforme à l'observation clinique.

Le cerveau est entouré d'enveloppes qui peuvent se ramener à trois couches : une couche externe, comprenant les parties molles qui recouvrent le crâne, une couche osseuse, une couche méningée. Chacune de ces couches peut être le siège du mal de tête ; mais bien souvent, en face d'un malade on ne peut arriver à savoir quelle est celle de ces enveloppes qui est affectée. Nous savons que la céphalalgie n'est pas d'origine cérébrale, mais nous

contraire, à l'improviste et sans aucune provocation connue.

Le plus souvent, un malaise général mal défini, s'accompagnant de paresse de l'esprit et de paresse du corps annonce l'apparition de la migraine.

Un homme qui est dans la période d'état de la migraine ne peut avoir plus de deux ou trois crises par mois ni moins d'une crise en trois semaines. S'il avait des crises moins fréquentes, ce ne serait plus un migraineux; c'est assez vous dire ce qu'il faut penser des personnes qui disent avoir eu la migraine deux ou trois fois par an. La crise ne dure pas plus de 36 heures ni moins de 4 ou 5 heures; aussi toute maladie à accès très court ne peut être considérée comme étant la migraine. Les crises ne sont jamais subintrantes. Elles débutent par un point qui ne persiste quelquefois que pendant quelques minutes mais qu'on retrouve toujours au commencement de l'accès.

Après les prodromes dont nous avons parlé, l'accès se déclare toujours par le mal de tête. Ce mal de tête est péri-orbitaire, péri-oculaire et oculaire. Il peut s'étendre au delà de son siège primitif; le plus souvent, la région temporo-pariétale est le siège d'une sensation obtuse, contusive, puis finit peu à peu par être envahie par la douleur aiguë qui siègeait autour de l'orbite. Topographiquement, la migraine n'est donc pas, comme on le dit, une hémicrânie; en réalité elle est plus que cela, puisqu'elle occupe en même temps que la moitié du crâne, la moitié supérieure de la face. Il suffit, pour vous en convaincre, de regarder un malade au moment de sa crise. Il ne porte pas la main à son front comme dans le mal de tête ordinaire, vous le voyez au contraire comprimer de la paume de la main la région orbitaire et la région malaire, laissant à ses doigts le soin de recouvrir la région frontale.

La douleur crânienne et faciale, est toujours unilatérale; ses caractères sont presque indescritibles; elle n'est pas lancinante, aiguë comme la névralgie faciale; elle est compressive, gravative et en même temps profonde; elle est également intense dans toute l'étendue qu'elle occupe. La douleur au fond de

l'œil est particulièrement pénible et inexplicable. La douleur peut, après avoir parcouru la partie supérieure de la face et la région pariétale, venir se fixer à la nuque et s'y installer pendant plusieurs heures. Il y a de véritables migraines de la nuque.

Elle peut changer de côté pendant la durée de l'accès; certains malades, qui souffrent à droite au commencement de la crise, souffrent à gauche au bout de quelques heures; mais elle n'occupe jamais les deux côtés à la fois.

Chez les enfants les prodromes de la migraine ont une durée très courte; la crise arrive vite à son summum d'intensité, ce qui est conforme à la loi générale suivant laquelle l'évolution des maladies est toujours très rapide chez les sujets jeunes.

Une fois installé, le mal de tête s'étend, s'étale, devient d'une intensité intolérable; il s'augmente par le mouvement, mais, remarque curieuse, tandis que la plus petite quinte de toux retentit douloureusement et ramène les souffrances, l'éternuement ne provoque aucune douleur; j'ai noté ce fait chez un grand nombre de migraineux:

Le malade devient hyperesthésique; le bruit, les odeurs, la lumière sont pour lui, comme le mouvement, des causes de souffrance; cependant les sensations tactiles ne sont pas troublées dans les régions envahies, et la pression de la main donne plutôt du soulagement qu'une augmentation de la douleur.

A ce moment le malade éprouve le besoin de rester dans l'immobilité absolue; il se couche, fait le silence et l'obscurité autour de lui. Ou bien il est pris, au bout de peu d'instants, d'un sommeil profond, quasi comateux; ou bien il lui est impossible de s'endormir et il reste dans le même état de souffrance. Enfin au bout de quinze, dix-huit, vingt-quatre heures, il a dormi et son sommeil a été accompagné d'un rêve caractérisé par son incessante et impitoyable monotonie, ainsi qu'il arrive aux cérébraux.

Le migraineux qui veille et celui qui dort sont deux types différents. Au bout d'un certain temps celui qui dort se réveille, celui qui ne dort pas a pris quelque repos et n'éprouve plus le

besoin de dormir qu'il ne pouvait satisfaire. Ils sont presque guéris. Pour tous deux la crise sera terminée lorsqu'ils auront mangé.

A la phase du mal de tête qui caractérise le plein de l'accès et qui suit celle des prodromes succède donc la phase du sommeil et de la faim qui termine la crise.

Un certain nombre de sensations annexes accompagnent le mal de tête de la migraine. Elles sont de trois ordres et peuvent intéresser l'estomac, le système nerveux ou l'appareil circulatoire.

La participation de l'estomac se traduit par plusieurs symptômes qui peuvent manquer en totalité ou en partie : ce sont le dégoût pour les aliments, la perte simple de l'appétit ou anorexie, enfin le spasme qui consiste dans une constriction stomacale (degré inférieur) s'accompagnant de bâillements (degré moyen) et de vomissements (degré supérieur). Dans certains cas l'appétit est conservé et même exagéré.

Les troubles qui dépendent du système nerveux sont visuels ou auditifs.

Ce sont des sensations lumineuses subjectives, bizarres : le malade voit les arcs éclairés des étincelles ; il a dans l'œil une sorte de feu d'artifice dont il suit les phases. Souvent il y a une photophobie bien caractérisée, quelquefois au contraire de la photophilie ; dans ces cas exceptionnels il recherche la lumière dont la présence le soulage, mais ce sont là de rares exceptions. Il faut distinguer ces faits du mal de tête aveugle qui n'est pas de la vraie migraine. On observe alors, en même temps que des sensations lumineuses subjectives, des douleurs pongitives et lancinantes et surtout une perte passagère mais complète de la vision qui donne à la maladie sa caractéristique.

Les troubles de l'ouïe sont très fréquents : c'est une échophobie qui va depuis un léger degré d'hyperesthésie auditive jusqu'à une horreur absolue du bruit le moins intense et le plus fugace.

Les troubles circulatoires ne font jamais défaut. Ce sont : la pâleur externe de la face qui signale le début de la crise, persiste pendant l'acné et ne cesse qu'au déclin. Les intermittences du

pouls qui se produisent très fréquemment. Les sensations de battement dans la tête qui sont souvent très pénibles. D'ailleurs tous les migraineux peuvent suspendre les sensations douloureuses qui constituent la crise en comprimant la carotide du côté douloureux ; mais ils remplacent alors la douleur par une sensation tellement pénible qu'ils préfèrent laisser l'accès suivre son cours.

Tels sont les troubles qui accompagnent le plus souvent la migraine ; ils peuvent varier suivant les cas, mais ils se rangent toujours sous les trois chefs que je viens de vous indiquer.

La migraine diffère suivant l'âge du malade et suivant l'ancienneté de la maladie. Quand le migraineux se sénilise, la maladie s'éparpille pour ainsi dire ; elle perd sa netteté, son âpreté ; ses caractères deviennent vagues et confus ; l'accès diminué, dilué, n'est plus que le fantôme de ce qu'il a été autrefois ; il n'y a qu'un mal de tête diffus, mal localisé, qui permet au malade de continuer à vivre de sa vie ordinaire, mais se prolonge en général plus longtemps que ne le faisait l'accès aigu et franc.

Les femmes ont souvent leurs accès au moment des époques menstruelles, chez elles aussi l'évolution de la maladie se montre intimement liée à l'évolution génitale. La migraine qui accompagne les règles fournit encore une preuve de l'influence des causes externes sur la production des crises. Rien de tel, avon-nous dit, ne s'observe chez les cérébraux et chez les épileptiques ; aussi refusons-nous d'admettre que cette maladie essentielle, autonome, ait la moindre affinité avec les manifestations des affections cérébrales ou avec l'épilepsie.

On a prétendu aussi que la migraine n'est que l'expression fruste de la goutte : c'est une interprétation fautive de faits bien observés. Il est vrai que la migraine précède quelquefois la goutte et est remplacée par elle, mais elle disparaît de même quand survient un état diathésique, que ce soit un cancer, une affection cérébrale ou une éruption cutanée ; elle cède le pas et leur laisse la place. La succession quelquefois observée des crises de migraine et des crises de goutte chez un même malade ne prouve

donc pas que la migraine soit une manifestation goutteuse. En somme je crois que cette affection singulière si bien limitée, si nette dans ses allures, doit être considérée comme isolée, qu'elle n'a que des liens éloignés avec les états organiques ou diathésiques auxquels on a voulu la rattacher et que sa cause est encore à trouver.

Elle se distingue facilement, au point de vue symptomatique, des autres variétés de maux de tête et cette étude peut servir à vous montrer comment en analysant un symptôme, en fixant sa chronologie, sa topographie, son évolution, en cherchant les circonstances accessoires qui le précèdent et l'accompagnent, on peut arriver à en connaître et à en fixer la valeur.

A côté de la migraine il existe une série de maux de tête définis et connus que je ne ferai qu'énumérer rapidement afin de vous faciliter la comparaison entre cette affection et celles qu'on pourrait être tenté de confondre avec elle.

Ces maux de tête sont en assez petit nombre. Ce sont : la céphalalgie qui précède et accompagne tout vertige et celui qui précède toute syncope; ils ont un caractère indéfinissable; le malaise est intérieur, il semble au malade que tout va lui manquer; puis le vertige ou la syncope se produisent, et après, le mal de tête persiste un certain temps, comme il persiste aussi après l'attaque d'épilepsie; la tête est lourde, les idées un peu confuses, la douleur est sourde, obtuse et ne se dissipe que graduellement.

Le mal de tête méningitique, celui des tumeurs qui touchent l'écorce cérébrale, est localisé comme celui de la migraine; il occupe une région déterminée, toujours la même, et revient souvent comme lui par accès, mais il n'a ni le même siège ni la même étendue ni la même marche; la plaque douloureuse occupe la région pariétale et n'envahit jamais la face; les accès ont une durée singulière et ne présentent pas une marche cyclique; il est donc facile de les distinguer de ceux de la migraine jusqu'au moment où l'apparition d'autres symptômes va montrer quelle est leur véritable nature.

Le mal de tête urémique et le mal de tête syphilitique sont les deux plus intenses, les deux plus profonds; ils persistent jour et nuit, empêchent le sommeil et ne laissent quelquefois aucun repos au malade. En présence d'un mal de tête présentant ces caractères, d'un mal de tête généralisé sans cause prochaine connue, pensez toujours à la syphilis ou à l'albuminurie, vous en trouverez souvent les signes, et ce symptôme vous aura mis sur la voie du diagnostic d'une affection grave que vous méconnaîtriez si vous ne vous attachiez pas à analyser et à interpréter la sensation que vous livre le malade.

Le mal de tête connectif aux traumatismes crâniens est fréquent et intéressant à étudier: il indique un processus qui évolue sourdement et relie souvent des accidents cérébraux tardifs à une violence extérieure survenue de longues années auparavant et à peu près oubliée du malade. Vous savez l'importance que j'attache au traumatisme dans le développement des accidents cérébraux en apparence primitifs; le mal de tête est, en pareil cas, un signe prodromique important dont je vous engage à tenir grand compte; méfiez-vous des malades chez lesquels ce signe persiste après un accident ayant intéressé la boîte crânienne et les enveloppes du cerveau.

A côté de cette forme de céphalalgie je placerai le mal de tête associé à une douleur persistante du talon. Cette forme non décrite et singulière a pour moi une grande valeur. J'ai suivi plusieurs malades chez lesquels cette association de la douleur du talon et du mal de tête existait d'une manière persistante; chez tous il est survenu des accidents cérébraux graves: je considère donc ce mal de tête comme d'origine encéphalopathique.

Enfin je vous citerai pour mémoire le mal de tête de l'homme qui a trop mangé, mal de tête congestif et réflexe dont le point de départ est manifestement stomacal; j'en rapprocherai le mal de tête avec sensation nauséuse de l'homme qui a trop fumé.

Tous ces maux de tête sont définis comme la migraine, sinon aussi bien qu'elle; il faut les connaître et ils sont très intéressants, mais ils ne comprennent en somme qu'une petite partie

de ceux que l'on observe. A côté d'eux existe une classe très considérable, très nombreuse de maux de tête vagues non définis dont on ne connaît pas encore la valeur et les caractères distinctifs. On a cherché à les grouper sous les trois chefs suivants :

Mal de tête par anémie ;

Mal de tête par congestion ;

Mal de tête réflexe.

Ce sont là des têtes de chapitre commodes pour un exposé didactique dans lequel on fait intervenir une physiologie pathologique plus ou moins fantaisiste ; mais ces divisions sont en réalité tout artificielles ; elles n'ont rien de clinique et il ne faut les maintenir que pour la commodité de la description. Il vaut mieux distinguer nettement les espèces bien connues, comme nous avons essayé de le faire pour la migraine, et avouer que dans bien des cas l'interprétation du mal de tête est encore impossible.

DE LA SPERMATORRHÉE.

(Leçon recueillie et rédigée par le D^r Frémy.)

Messieurs, l'homme couché au n^o 1 se plaint de spermatorrhée. Ce n'est pas un malade d'hôpital. Aussi je m'empresse de saisir cette occasion pour vous parler de cette affection.

On a dramatisé la spermatorrhée. La perte de ce liquide quintessencié, cette crème sur le lait, vous amenait à la phthisie, et on mourait à la fleur de l'âge. Tissot et Lallemand avaient les mêmes opinions de l'onanisme. Eh bien, la cachexie onanistique comme la cachexie spermatorrhéique sont de pures fantaisies. Ce sont les troubles nerveux qui précèdent, et l'onanisme ou la spermatorrhée ne sont que des résultats.

Il y a deux espèces de spermatorrhée bien distinctes : la spermatorrhée chirurgicale, qui est rare, et la spermatorrhée médicale, qui est fréquente.

La spermatorrhée chirurgicale est causée par une blennorrhagie qui, du canal de l'urèthre, remonte aux vésicules séminales ; elle gagne les canaux déférents et s'étend aux testicules. Elle se voit quand la chaude-pisse détermine du catarrhe de la vessie, du ténesme vésical, de la dysurie. Elle se propage ainsi aux canaux éjaculateurs, etc. Il y a alors éjaculation par exagération de sécrétion. La spermatorrhée a lieu par un mécanisme analogue à celui qui provoque la chute du rectum par suite de troubles digestifs. Il n'est pas question là-dedans d'impuissance. Cet état détermine des symptômes généraux. Il y a

n'avons aucun signe qui nous permette de dire dans un cas particulier si son siège est extra ou intracrânien.

On a prétendu, je le sais bien, que la succussion augmente le mal de tête intracrânien, tandis qu'elle est sans influence sur les autres variétés; j'ai cherché ce qu'il y avait de vrai dans cette opinion, et l'observation m'a démontré qu'elle est absolument inexacte. Cette distinction de fantaisie n'a pas le sens commun.

Ainsi, qu'il s'agisse d'une névralgie sans importance ou d'une affection méningée d'une gravité menaçante, le symptôme primordial est le même, et rien, absolument rien, ne nous permet de les différencier. Cette impuissance d'arriver à un résultat, en s'en tenant à l'observation séméiotique seule, force le clinicien à s'adresser ailleurs. Il est donc obligé de rechercher les symptômes concomitants les plus minimes et de leur accorder une importance considérable. Il en est réduit à étudier la diffusion plus ou moins grande, l'intensité plus ou moins variable du mal de tête, deux caractères qui ne donnent que bien peu de renseignements positifs.

Quoi qu'il en soit, il faut se contenter de ces pauvres données pour établir une distinction entre les différentes variétés du mal de tête.

Voici le programme qu'on devra suivre dans cette recherche : Déterminer successivement la topographie, la chronologie, l'intensité du mal de tête; grouper autour de lui les phénomènes qui l'accompagnent, vertige, photophobie, fièvre, etc. Si ces divers éléments peuvent être déterminés d'une manière très exacte, on pourra encore arriver à constituer quelques types définis, mais dans la majorité des cas, le travail est trop difficile pour aboutir à un résultat. Aussi le nombre des maux de tête classés est-il très restreint.

La migraine est, dans cet ordre d'idées, un idéal qui montre comment avec un seul symptôme, on peut constituer une classe dans le cadre de la nosologie. De tous les maux de tête c'est celui qui a l'individualité la plus nette, la plus tranchée.

Chronologiquement, ce symptôme apparaît à un certain

âge de la vie et disparaît à un autre; il est intermittent, il a des lois d'intermittence, chaque crise a une durée déterminée.

Topographiquement, la douleur occupe des points définis; elle a des localités diverses qui lui sont propres, elle est susceptible de changer de côté pendant la crise. Elle s'accompagne souvent de photophobie, de vomissements ou de quelques autres phénomènes accessoires.

Étudions la migraine pour en débarrasser la séméiologie du mal de tête.

La migraine ne débute jamais avant la puberté et elle finit avec la vie génitale; autant les accès de la phase active de la vie génitale sont nets et bien caractérisés, autant ceux qui répondent à son déclin deviennent confus et mal délimités. En général elle commence de seize à vingt ans; c'est une maladie cyclique qui n'a pas de période d'augment, dont la première crise est aussi intense que les crises suivantes et qui a son cycle révolu en décroissant d'intensité.

La migraine a une aura. J'insiste sur ce fait, car il la distingue pour moi des phénomènes liés à l'épilepsie vraie dans lesquels la crise éclate toujours brusquement sans être précédée d'aucun signe prémonitoire. Tantôt au milieu d'un repas où le malade mange des aliments peu goûtés ou peu appropriés, un malaise stomacal, vague, indéfinissable, représenté surtout par une sensation de plénitude apparaît et sert de prodrome à la crise; tantôt au contraire, le migraineux qui va avoir un accès a un appétit vaillant, une bonne humeur et une sensation de bien-être général qu'il connaît à merveille et qu'il redoute, car il en prévoit les conséquences. Certains éléments provoquent la crise chez un malade particulier, à l'exclusion de tout autre, en sorte qu'il peut pour ainsi dire commander sa crise et la faire naître à volonté.

A mon sens, ce fait seul suffit à montrer qu'il y a un abîme entre les accidents des cérébraux et ceux des épileptiques vrais d'une part et ceux des migraineux d'autre part. Jamais, je vous l'ai dit souvent, les cérébraux ni les épileptiques ne peuvent ainsi faire naître leurs accès. Ceux-ci éclatent toujours, au