

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Féré, Charles. - De l'état de mal  
migraineux**

*In : Revue de médecine, 1892, t.  
XII, p. 25-32*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)  
Adresse permanente : [http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91143x1892x25\\_32](http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91143x1892x25_32)

---

---

# DE L'ÉTAT DE MAL MIGRAINEUX

Par CH. FÉRÉ

Médecin de Bicêtre.

---

Les épileptiques présentent quelquefois des séries d'attaques subintrantes qui constituent ce qu'on désigne depuis Calmeil sous le nom d'*État de mal*<sup>1</sup>. L'état de mal épileptique, surtout bien connu depuis les travaux de M. Bourneville, est caractérisé par une période convulsive et par une période d'épuisement. Dans la première période les convulsions ne sont pas continues; mais elles reprennent avant que la stupeur de l'attaque précédente ait cessé : c'est là le trait distinctif de l'état de mal.

La migraine qui, sous ses différentes formes, constitue des syndromes assez divers, mais non sans analogie avec les syndromes épileptiques, peut aussi se manifester par des attaques sérielles continues, qui aboutissent à une période d'épuisement ou de stupeur. Il existe un *état de mal migraineux* qui ne me paraît pas avoir frappé suffisamment l'attention.

J'avais déjà entendu deux malades se plaindre d'accès de migraine sériels se terminant par un état de torpeur persistante; mais leur description ne m'avait pas frappé comme celle du malade dont je vais résumer l'histoire et que d'ailleurs j'ai pu observer directement. Le fait m'a paru d'autant plus intéressant à rapporter que j'avais eu antérieurement l'occasion de signaler la gravité des accès sériels de migraine ophtalmique<sup>2</sup>.

M. B., âgé de quarante-trois ans, est d'une famille arthritique; son père, qui vit encore, est goutteux depuis l'âge de trente-cinq ans; son grand-père avait une rétraction de l'aponévrose palmaire; sa mère est sujette à des migraines; un de ses frères a eu son premier accès de goutte à vingt-neuf ans. Lui-même s'est toujours bien porté, il n'a eu aucune fièvre

1. Ch. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 118.

2. Ch. Féré, *Note sur un cas de migraine ophtalmique à accès répétés et suivis de mort*. (*Revue de Médecine*, 1883, p. 194.)

éruptive, aucun trouble nerveux, pas de syphilis. Il est marié depuis l'âge de trente-deux ans; il a eu deux enfants qui jusqu'à présent se sont bien portés : ils ont neuf et sept ans.

Il n'a jamais eu à se plaindre que de migraines qui remontent à l'âge de dix-huit ans : la première serait survenue à la suite d'une longue application au dessin, et souvent, depuis, la même application a provoqué le même accident. Cette circonstance l'a souvent gêné dans sa profession d'architecte. Pendant de longues années, ses migraines, lorsqu'elles n'étaient pas provoquées par des excès de travail, revenaient spontanément deux ou trois fois par mois environ.

La migraine consistait dans les premiers temps en une douleur d'abord diffuse et modérée, puis devenant plus intense à mesure qu'elle se localisait; étendue, au début, à toute la moitié droite de la région frontale, elle se limitait, au bout d'un quart d'heure ou vingt minutes, à la moitié externe de la région sourcilière. La douleur une fois fixée devenait térébrante : le malade pâlisait, avait des sueurs froides, des nausées; au bout de deux heures environ survenaient des vomissements, alimentaires ou bilieux, à la suite desquels le malade s'endormait sans que la douleur eût changé de caractère. Lorsque la migraine était venue dans l'après-midi, et lorsque le sommeil pouvait se prolonger toute la nuit, la douleur avait complètement disparu au réveil; mais lorsqu'elle s'était produite dans la matinée, le malade dormait rarement plus de deux heures après les vomissements, et, au réveil, il restait sur la queue du sourcil un clou douloureux qui ne disparaissait qu'avec le sommeil de la nuit suivante. Cette douleur se distinguait de la douleur présomniale non seulement par la moindre intensité, mais aussi par l'absence de renforcement; elle était soulagée par la pression, surtout par la pression avec un corps froid; elle n'était accompagnée ni de pâleur ni de nausées, elle permettait au malade de s'occuper.

Les accès ont conservé ces caractères pendant trois ou quatre ans. Le malade fait remonter à l'époque de la guerre l'apparition d'accidents d'un autre genre. Il servait dans un régiment de mobiles et eut à souffrir du froid. En décembre 1870, à la suite d'un refroidissement prolongé, il fut pris d'un obscurcissement de la vue qu'il crut localisé exclusivement dans l'œil gauche; mais en réalité, comme il l'a constaté dans les attaques subséquentes, il s'agissait d'un rétrécissement hémianopsique homonyme des deux champs visuels. Cet obscurcissement de la vue précéda la migraine habituelle de un quart d'heure environ, persistant pendant toute la durée de la migraine et s'accompagnant peu de temps après l'apparition de la douleur térébrante de fourmillements dans la main gauche. L'obscurcissement du champ visuel et les fourmillements cessèrent quand survinrent les vomissements.

A partir de cette époque, la plupart des accès de migraine se sont accompagnés de troubles sensoriels et moteurs les plus variés; ce n'est qu'exceptionnellement que les troubles se sont présentés sous leur forme primitive et simple.

Le plus souvent la migraine s'accompagnait de troubles oculaires : tantôt c'était une hémianopsie homonyme gauche, tantôt c'était un scotome bilatéral homonyme, obscur au centre et coloré à la périphérie; tantôt c'était de la photopsie comprenant la totalité du champ visuel des deux côtés : le malade était ébloui par une lueur variant du jaune clair au rouge, puis le champ visuel était complètement obscurci. Dans quelques accès les troubles visuels, surtout lorsqu'il se produisait des phénomènes lumineux, s'accompagnaient d'une sensation de tension oculaire extrêmement pénible, d'une sensibilité exquise des téguments de l'œil y compris la peau de la région périorbitaire. Ces douleurs tégumentaires ne siègeaient jamais que du côté gauche; en général elles s'accompagnaient de rougeur de la conjonctive, de larmoiement et de rétrécissement de la pupille.

Plus rarement que les troubles oculaires, M. B. a éprouvé des sensations auditives se manifestant soit au début, soit pendant toute la durée de la migraine. C'est tantôt un bourdonnement continu à renforcement, tantôt un sifflement. Ces bruits se passent toujours exclusivement dans l'oreille gauche; il est exceptionnel qu'ils existent seuls, ils accompagnent le plus souvent les sensations oculaires. Dans plusieurs accès très violents les sensations visuelles et auditives étaient accompagnées de sensations gustatives et olfactives, qui ne se sont jamais produites isolément. Les sensations gustatives ont consisté en une sensation styptique rappelant le goût de l'encre, les sensations olfactives sont comparées à celles que donne la main qui a été au contact du cuivre.

Le malade a remarqué que lorsque plusieurs sens sont affectés la douleur est non seulement plus intense, mais reste plus étendue; au lieu de se limiter graduellement à la région du sourcil, elle reste étendue à toute la région frontale et même envahit la région temporale au-dessus de l'oreille.

Les troubles moteurs se manifestent le plus souvent en même temps que les troubles sensoriels. Mais il est arrivé quelquefois qu'ils étaient seuls, la douleur de tête pouvant même manquer complètement. Ces troubles moteurs s'accompagnent toujours d'une sensation d'engourdissement. La paralysie qui est l'accident le plus commun a une étendue très variable : le plus souvent elle ne prend que le côté gauche de la face; il y a alors une sensation d'engourdissement et de gêne dans le côté gauche de la langue; l'articulation est un peu embarrassée, mais toujours possible. Quelquefois au membre supérieur la main seule est prise, la partie supérieure du membre restant complètement indemne. D'autres fois, le membre supérieur est pris tout entier. Plus rarement toute la moitié du corps est atteinte. L'intensité de la paralysie est très variable; il est rarement arrivé que l'impotence fût absolue. Le malade a remarqué que l'extension et l'intensité de la paralysie n'ont pas, comme les troubles sensoriels, de rapport avec l'intensité et l'étendue de la douleur céphalique. Du reste il lui est arrivé au moins une douzaine de fois d'être pris d'engourdissement, prenant tantôt seulement la face et le membre supérieur

du côté gauche, tantôt toute la moitié du corps, s'accompagnant rapidement de paralysie, sans aucune douleur de tête ni aucun trouble sensoriel. Les phénomènes persistaient pendant une demi-heure, une heure et même deux heures, puis disparaissaient en s'atténuant graduellement.

Deux fois seulement, en 1876, dans le mois d'août, la migraine s'accompagna de phénomènes convulsifs dans la face et dans le membre supérieur gauche. Il ne s'agit d'ailleurs que de secousses très peu intenses.

Pendant dix-huit ans les migraines se sont répétées avec ces caractères variables environ deux fois par mois lorsqu'il n'existait aucune cause propre à les provoquer, les excès de travail, les veilles prolongées déterminant des accès supplémentaires.

Au mois de mai 1888, à la suite de chagrins domestiques qui avaient provoqué des insomnies prolongées, M. B. qui avait déjà eu le mois précédent des migraines plus fréquentes eut pour la première fois des migraines en série. Il eut des migraines successives les 12, 13, 14, 15 et 16; la crise le prenait tantôt dans la matinée, tantôt dans l'après-midi; au réveil il ne lui en restait rien que la douleur post-paroxystique ordinaire. Ces crises sérielles étaient de moyenne intensité et ne s'accompagnaient pas de troubles moteurs. Dans le courant de juin, il eut deux séries de 4 et 5 crises.

Le 4 juillet 1888 à la suite d'une recrudescence de ses tourments qui avait provoqué une insomnie complète de plusieurs nuits, il fut pris, dès deux heures du matin, ce qui ne s'était jamais produit, d'une douleur presque généralisée à la moitié droite du crâne, mais prédominant dans la région frontale. La douleur s'accompagna de troubles visuels et de parésie de la face et du membre supérieur gauche. Le malade s'endormit vers dix heures du matin. Au réveil, vers midi, il se trouva dans un état de torpeur inaccoutumé avec confusion des idées; la douleur de tête était très intense, tellement que le malade pensa qu'il allait être repris, bien que la succession de deux attaques ne se soit jamais jusque-là produite dans la même journée. Au bout de quelques minutes en effet la vue s'obscurcit dans les deux moitiés gauches du champ visuel et l'engourdissement paralytique s'étendit à la face, au membre supérieur et au membre inférieur: la paralysie n'était pas complète, le malade fléchissait sur la jambe mais pouvait encore faire quelques pas jusqu'à son lit. Il tomba dans un état de stupeur profonde dont rien ne put le tirer. Il a perdu conscience vers trois heures de l'après-midi et ne l'a reprise que vers deux heures du matin. Il se réveilla alors spontanément, mais la douleur persistait toujours avec l'hémianopsie et l'hémi-paréso-anesthésie. Le malade put cependant avec l'appui d'un aide se lever un instant. Sa jambe était plus faible que quand il s'était couché la veille. La douleur atteignit dans cet accès une intensité inusitée, les scintillations très éclatantes furent suivies d'une cécité complète et la face du côté paralysé fut le siège de quelques secousses convulsives. Les vomissements se produisirent vers cinq heures du matin; puis le malade tomba dans un sommeil profond qui dura jusqu'à huit heures. Au réveil la douleur persistait avec

la même intensité, la vision était abolie, la paralysie du côté gauche était complète, les membres étaient flasques, le malade ne sentait aucun contact de ce côté, il ne cessait de se plaindre de la tête. Il répondait très incorrectement aux questions qu'on lui faisait, racontait à voix basse son chagrin et faisait des menaces. Vers neuf heures, il eut encore quelques secousses dans le côté gauche, puis retomba dans la stupeur, d'où on ne put le tirer jusqu'au lendemain à sept heures. Pendant ce temps il urina et laissa aller ses matières fécales dans son lit. La température fut prise; elle était normale et on ne trouva rien de particulier ni du côté de la circulation ni du côté de la respiration. Le diagnostic ayant été dès le début : accidents hystérisiformes, l'inquiétude n'était pas grande dans l'entourage.

Au moment du réveil, la douleur de tête avait disparu, mais la perte de la vision persistait, ainsi que l'hémiplégie gauche. Le malade qui avait recouvré toute son intelligence mangea avidement, puis se rendormit jusque dans la soirée. La vision alors parut complètement rétablie, mais il restait encore de la faiblesse du côté gauche, principalement dans la main; le malade put se lever et marcher. Mais au bout d'une heure il fut pris d'un sommeil invincible. Il dut se recoucher et s'endormit de nouveau jusqu'au lendemain. Il était alors complètement guéri de la migraine et de ses accompagnements. Les accidents avaient duré trois jours.

Les accès de migraine se reproduisirent avec leur fréquence ordinaire pendant plusieurs mois.

Le 10 février 1889, à la suite d'un long voyage en chemin de fer, il se produisit un nouvel état de mal semblable au premier, composé de neuf accès successifs et qui dura quatre jours; dès le deuxième accès l'hémiplégie était complète. La crise terminée le malade conserva pendant plusieurs jours une torpeur intellectuelle qui ne s'était pas produite la première fois; la mémoire était très défectueuse et le malade éprouvait des sensations subjectives de la vue qui le gênaient beaucoup; dès qu'il avait fixé un objet même peu de temps, il se formait des images consécutives persistantes.

La migraine avait repris son cours ordinaire lorsque, le 3 juillet 1889, survint un accès qui présenta des caractères inaccoutumés. Un scotome scintillant hémianopsique apparut du côté droit cette fois, puis la douleur de tête du côté gauche, et presque en même temps survint un léger engourdissement de la face avec embarras de la parole, puis aphasie motrice complète. La migraine et ses accompagnements cessèrent au bout d'une demi-heure à la suite de vomissement. Il ne se produisit ni sommeil, ni stupeur : le malade ne conserva aucune gêne de la parole. Cependant cet accident l'effraya beaucoup plus que les crises précédentes.

Le 6 juillet, quand je le vis pour la première fois, M. B. qui est grand, bien constitué, haut en couleur, ne présentait aucun stigmate de dégénérescence, aucun trouble hystérique, aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale, aucun trouble moteur, pas de tremblement ni des

lèvres, ni de la langue, pas d'altération des réflexes, pas d'incoordination, pas de douleurs, aucun trouble de la parole, aucun trouble oculo-pupillaire. Il ne se plaint d'aucune gêne de la digestion ni d'aucun autre trouble viscéral. Pas de sucre dans les urines, pas de signe d'artério-sclérose. Je lui conseillai l'hydrothérapie, et le bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

Le 8 juillet, à la suite d'une nuit d'insomnie provoquée par une indisposition de sa femme, M. B. fut pris le matin d'une migraine droite très violente avec troubles sensoriels, visuels, auditifs, gustatifs, olfactifs et hémiplégie gauches, suivie de vomissements et d'un sommeil de deux heures. Au réveil, à une heure de l'après-midi, la migraine persiste, les troubles sensoriels et moteurs se reproduisent; au bout de quelques minutes nouvelle crise de vomissement glaireux; à cinq heures du soir, sommeil profond durant jusque vers minuit.

Au réveil la douleur persiste toujours; l'hémianopsie et l'hémiplégie n'ont pas cessé. Le malade avait encore eu deux nouveaux accès subintrants, lorsque je le vis à six heures du soir. Il était alors dans un état de stupeur ressemblant en tous points à la stupeur post-épileptique. La face était pâle, les lèvres cyanosées, la respiration bruyante; l'insensibilité était complète; des pincements énergiques, des piqûres profondes ne provoquaient aucun mouvement de défense. Les pupilles étaient légèrement dilatées, mais réagissaient à la lumière. Les réflexes rotuliens étaient normaux. Le pouls fort battait 80 fois par minute, la température rectale était de 37,6. Le sommeil qui avait commencé à cinq heures dura jusqu'au lendemain à dix heures du matin. La douleur avait disparu, mais il restait une hémianopsie homonyme du côté gauche et une hémiparésie totale. L'examen campimétrique n'a pas été fait, mais on percevait grossièrement un rétrécissement hémianopsique arrivant jusque très près du point de fixation, surtout du côté gauche. La sensibilité cutanée n'était pas grossièrement affectée, mais le malade sentait plus péniblement le froid du côté gauche. La parésie est surtout marquée dans la main, dont les doigts étaient incapables de saisir de petits objets. Dynamomètre à droite 52, à gauche 26. Le lendemain l'hémianopsie avait disparu et aussi les troubles paralytiques; la main gauche donnait 47 au dynamomètre, mais la restauration n'avait été complète que par le sommeil de la nuit.

Le traitement qui avait déjà été commencé avant cette troisième série de crises migraineuses fut suivi régulièrement; mais tant que le bromure ne fut pas porté à la dose de 8 grammes par jour les crises continuèrent à se présenter environ 2 fois par mois; elles étaient seulement moins intenses qu'auparavant, et n'étaient en général plus suivies de sommeil à partir de 6 grammes. C'est à partir du 21 septembre 1889 que le malade a pris 8 grammes de bromure; il n'a eu qu'un accès dans le mois d'octobre, accès sans complications sensorielles ni motrices. Depuis cette époque jusqu'au 3 février 1891, date où il a été vu pour la dernière fois, il n'a plus présenté aucune attaque. Le médicament est parfaitement toléré à

cette dose et n'a provoqué que quelques boutons d'acné qui ont cédé facilement à l'antisepsie intestinale.

Cette observation présente plusieurs points intéressants. Je n'insisterai pas sur la multiplicité des accompagnements sensoriels qui rappelle les faits signalés par MM. Nicati et Robiolis <sup>1</sup>; mais je relèverai la particularité, peut-être plus rare, d'attaques frustes exclusivement paralytiques. Les attaques paralytiques fugaces sans phénomènes apoplectiformes ou épileptiformes préalables, se rencontrent assez fréquemment chez les paralytiques généraux; M. Mickle <sup>2</sup> insiste avec raison sur ces faits dont j'ai actuellement un exemple sous les yeux. Ces attaques paralytiques présentent un intérêt spécial dans le cas qui nous occupe en raison de cette circonstance que la migraine ophtalmique figure elle-même dans l'histoire de la paralysie générale des aliénés. (Charcot, Parinaud <sup>3</sup>.) Cependant la date déjà ancienne de ces troubles et l'absence complète de signe actuel de paralysie générale doit écarter la crainte de cette maladie. La migraine ophtalmique et l'hémiplégie transitoire peuvent aussi être des symptômes de début de l'ataxie locomotrice <sup>4</sup>, mais l'ataxie doit être écartée par les mêmes raisons que la paralysie générale. Le malade ne présente aucun signe d'hystérie ni de diabète, ni d'artério-sclérose; sa migraine compliquée pouvait être rattachée par exclusion aux syndromes épileptiques; l'influence du traitement bromuré peut venir à l'appui de cette hypothèse.

Les paralysies sensorielles et motrices qui accompagnent la migraine ophtalmique sont capables de s'établir d'une façon définitive, et le fait a été constaté en particulier pour les paralysies motrices et pour l'hémianopsie <sup>5</sup>. Cette persistance des accidents peut s'expliquer par une oblitération des vaisseaux provoquée par la répétition du spasme dont ils sont le siège; mais quelles sont les conditions qui favorisent cette oblitération et quel est son mécanisme?

La répétition de la migraine et des troubles vaso-moteurs qui paraissent en constituer les conditions physiologiques n'est pas suffisante pour rendre compte de l'oblitération définitive. Notre malade

1. Nicati et Robiolis, *Contribution à l'étude de la migraine*. (C. R. Société de Biologie, 1884, p. 109.)

2. Mickle, *General paralysis of the insane*, 2<sup>e</sup> éd., 1886, p. 170.

3. J. Raullet, *Étude sur la migraine ophtalmique*, th. 1883.

4. Blanche Edwards, *De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses*, th. 1889, p. 35.

5. Ch. Féré, *Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique*. (Revue de Médecine, 1881.)



en est la preuve : il a eu de très fréquents accès et des accès répétés en longues séries, s'accompagnant de troubles permanents, indiquant une oblitération spasmodique prolongée des vaisseaux, et cependant la restitution des fonctions a été complète. Il semble donc qu'une condition anatomique préalable favorise l'oblitération définitive des vaisseaux. Quelle est cette condition? Il est intéressant de remarquer que les cas dans lesquels on a observé des troubles permanents consécutifs à des accès de migraine paralytique se rapportaient à des sujets ayant dépassé la cinquantaine. Malheureusement l'état des vaisseaux n'est pas noté dans ces faits; c'est une lacune regrettable, qui m'avait frappé peu de temps après la publication des faits que j'ai fait connaître. Depuis cette époque je n'ai observé que deux cas de paralysie permanente (une hémiplegie gauche et une aphasie) consécutive à la migraine ophtalmique : dans les deux cas il existait un état athéromateux bien marqué des artères radiales. On comprend facilement que l'altération préalable des vaisseaux cérébraux constitue une condition éminemment favorable à la formation d'une thrombose, lorsque la circulation est ralentie ou arrêtée par un spasme vasculaire; cette altération peut même paraître indispensable si on tient compte de l'âge des malades.

En résumé, on peut tirer de cette observation les conclusions suivantes :

Il existe un état de mal migraineux constitué par des accès douloureux subintrants, et suivis de stupeur.

Cet état de mal et les accidents paralytiques qui l'accompagnent peuvent guérir sans laisser de traces.

La gravité des accès migraineux au point de vue de la permanence des accidents qui l'accompagnent paraît dépendre de l'état anatomique des vaisseaux.

L'urgence du traitement de la *migraine accompagnée* est d'autant plus pressante que le sujet est plus avancé en âge et qu'il présente des lésions vasculaires.