

Bibliothèque numérique

medic@

**Féré, Charles. - Note sur quelques
signes physiques de la migraine et en
particulier sur un cas de migraine
ophtalmospasmodique**

***In : Revue de médecine, 1897,
XVII, p. 954-965***

NOTE
SUR
QUELQUES SIGNES PHYSIQUES DE LA MIGRAINE
ET EN PARTICULIER
SUR UN CAS DE MIGRAINE OPHTALMOSPASMODIQUE

Par **Ch. FÉRÉ**

Médecin de Bicêtre.

Les signes physiques qui accompagnent les troubles fonctionnels d'un appareil quelconque méritent une attention particulière parce qu'ils sont propres à mettre en lumière les conditions physiologiques de ces troubles; ils sont capables non seulement de guider le diagnostic, mais aussi d'éclairer dans une certaine mesure la pathogénie et par conséquent de diriger le traitement.

Les migraines, malgré leur fréquence, ont peu attiré l'attention des observateurs au point de vue des phénomènes physiques. L'étude des migraines sensorielles n'est pas bien ancienne, mais ce n'est que dans ces dernières années que Mœbius a fixé l'attention sur les troubles moteurs. Pourtant un certain nombre de faits se prêtent à l'étude des accompagnements physiques de la migraine; et s'ils n'ont pas complètement passé inaperçus, on les a un peu négligés tant au point de vue clinique qu'au point de vue de la physiologie pathologique.

Le symptôme essentiel de la migraine est la douleur. La douleur en général n'est un phénomène subjectif qu'en raison de l'insuffisance de nos moyens d'exploration : quand elle est intense, et si on observe de près, on voit qu'elle s'accompagne de phénomènes physiques qui permettent d'affirmer l'existence d'un dérangement organique. Il ne faut pas trop croire à la douleur, mais il ne faut pas la nier sans preuve : il n'y a que l'étude des concomitants physiques qui permette d'éviter l'erreur.

En dehors des phénomènes généraux qui appartiennent à toute douleur, quel que soit son siège, et qui se résument en réactions réflexes qui constituent souvent des moyens de défense, toute douleur s'accompagne d'une tension générale des muscles, mais principalement des muscles les plus voisins de son siège prédominant. Cette réaction ne cesse qu'avec l'épuisement général de l'organisme, l'abolition de la conscience et par conséquent la cessation de la douleur elle-même. Elle ne manque pas dans la migraine, et sa prédominance latérale est manifeste : les muscles de la face sont plus tendus du côté de la douleur, et il en résulte une exagération plus ou moins marquée du plissement des paupières, une saillie de la joue, une certaine dilatation de la narine, une légère élévation de la commissure labiale. Quand la douleur est très forte, des muscles plus ou moins éloignés manifestent leur exagération de tension : le sterno-cleïdo-mastoïdien par exemple entre en jeu de telle sorte que la face se dirige plus ou moins en haut et du côté opposé à la douleur ; dans certains cas même l'épaule s'élève légèrement du côté correspondant à l'algie. Il n'est pas très rare de voir des migraineux qui conservent à un certain degré d'une façon permanente cette attitude. A la suite de la migraine on peut souvent constater que les muscles qui jouaient le plus grand rôle dans la réaction motrice présentent le plus grand relâchement : la face surtout du côté douloureux est souvent atone, sans expression, et on remarque en particulier un relâchement de la paupière inférieure qui peut disparaître sous l'influence des excitations ¹.

La contraction musculaire qui accompagne la migraine n'affecte pas exclusivement la forme tonique. « L'on cite, dit Calmeil, des cas où la douleur partant du fond de l'orbite était presque atroce, où les muscles de l'œil, la paupière inférieure, les muscles de la face étaient agités de spasmes convulsifs... Il est encore des cas où les objets semblent doubles, tourner sur eux-mêmes et où des pleurs involontaires coulent abondamment sur la joue ². » J'ai observé moi-même un migraineux dont les accès douloureux s'accompagnaient des formes de l'orbiculaire des paupières qui finit par s'établir à l'état permanent : quelques années plus tard, le malade devint épileptique ³.

Ces phénomènes moteurs peuvent se retrouver dans une manifestation de la migraine sur laquelle on a peu insisté, à ma connais-

1. Francis Warner, *Physical expression, its modes and principles*, 1886, p. 205.

2. Calmeil, Art. MIGRAINE, *Dictionnaire de Médecine* (en 30 vol.), 1839, t. XX, p. 4.

3. Ch. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 131.

sance du moins. Nombre des migraineux signalent une sorte de transfert spontané de la douleur qui se manifeste avant sa disparition complète, transfert qui se produit à chaque accès, ou peu s'en faut, chez les malades qui y sont sujets. Lorsque la migraine a duré à peu près son temps habituel, lorsque la douleur commence à s'apaiser et lorsque les phénomènes généraux se calment, tantôt tout à coup, tantôt progressivement, suivant les sujets, apparaît une douleur symétriquement située du côté opposé à la douleur primitive. Cette douleur est quelquefois aussi intense que la première et elle s'accompagne des mêmes phénomènes moteurs : c'est-à-dire que le côté de la face qui paraissait le siège d'un spasme tonique paraît maintenant relâché, tandis que l'autre est devenu plus tendu. La contraction des muscles du cou, si elle existait, participe au transfert et la tête tend à s'incliner du côté opposé. Comme lorsqu'il s'agissait de la déviation primitive, cette déviation peut être corrigée par la volonté, mais dès que le malade s'oublie elle se reproduit. Cette migraine complémentaire et les phénomènes moteurs qui l'accompagnent durent généralement peu de temps, de un quart d'heure à une heure.

Ce n'est pas d'ailleurs seulement la motilité involontaire qui est affectée dans la migraine ; la motilité volontaire l'est aussi. Le dynamomètre montre une diminution de l'énergie des mouvements et le dynamographe enregistre une courbe ascendante en saccades qui rappelle celle des différents états de fatigue. Lorsqu'on fait répéter l'effort, comme dans le travail à l'ergographe de Mosso, les courbes s'abaissent plus vite et l'aptitude à la répétition de l'effort est moindre qu'à l'état normal. Aussi comme dans les autres conditions de fatigue, le temps de réaction simple s'allonge en même temps que l'énergie du mouvement diminue. C'est un fait que j'ai observé sur moi-même il y a déjà longtemps¹ et plusieurs fois sur d'autres depuis. Enfin, comme toujours, la précision des mouvements volontaires diminue en même temps que leur énergie et leur rapidité. Il existe en somme pendant la migraine un affaiblissement de la motilité volontaire qui s'accompagne quelquefois de tremblement. Chez quelques sujets encore capables d'écrire, l'écriture est profondément modifiée, quelquefois elle est tremblée, irrégulière ; plus souvent, elle est rapetissée. Il est possible de reconnaître les jours de migraine à des signatures données chaque jour dans les mêmes conditions. L'écriture de certains migraineux rappelle celle des asthmatiques, qui interposent des points entre les syllabes ou entre

1. Ch. Féré, *Note sur le temps de réaction chez les hystériques et chez les épileptiques*. (C. R. Soc. de Biologie, 1889, p. 68.)

les mots où ils n'ont que faire, laissent des traces d'arrêts, etc. Ces caractères ne sont pas seulement en rapport avec l'état mental du migraineux dont la personnalité est plus ou moins profondément déprimée, mais aussi aux troubles de la respiration qui sont quelquefois très marqués.

Les modifications de la voix et de l'articulation tout comme les modifications de l'écriture, dans la migraine vulgaire, diffèrent des troubles de ces fonctions dans la migraine sensorielle, dans la migraine ophthalmique où il s'agit plutôt d'une suppression de fonction que d'une simple altération.

Neftel¹ signale comme symptôme de la migraine l'augmentation de l'excitabilité galvanique et une diminution de la résistance électrique du côté correspondant.

Les explorations de la sensibilité générale et spéciale que j'ai faites pendant la migraine montrent un affaiblissement général de la sensibilité sous toutes ses formes; affaiblissement variable, d'ailleurs, et masqué par une dysesthésie générale, irritabilité douloureuse, qui fait du migraineux une sorte d'hystérique momentané: une excitation olfactive, visuelle, auditive, etc., ordinairement supportée sans réaction apparente provoque une douleur intense avec tous ses accompagnements moteurs: le sujet réagit comme si son système nerveux était dépouillé, mis à nu. Quelquefois les points d'émergence du trijumeau sont sensibles à la pression. Les sécrétions sont souvent affectées dans la migraine. Un bon nombre de migraineux ont pendant leur accès la face couverte de sueur visqueuse. La sécrétion salivaire est aussi quelquefois exagérée², plusieurs malades se plaignent d'un flux incommode et ne peuvent résister au besoin fréquent d'expuition. Quelquefois aussi la sécrétion nasale est augmentée. Quelques malades présentent une sécrétion abondante de larme et peut-être aussi du liquide des glandes palpébrales, prédominante du côté de la douleur: plusieurs malades notent qu'au réveil, les cils et les paupières sont agglutinés d'une manière plus marquée ou même exclusivement du côté de la migraine.

L'abondance de l'écoulement des larmes peut être due en partie à la contraction de l'orbiculaire des paupières qui exerce ordinairement du côté de la douleur une compression plus marquée. Un malade remarque que des excitations lumineuses qui à l'état de santé provoquent l'éternuement, n'ont plus le même effet pendant la

1. Neftel, *Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Migraine*. (*Arch. f. Psych. und Nervenhe.* Bd. XXI, H 1, p. 4174.)

2. J.-L. Teed, *On migraine*. (*The Journ. of nervous and mental diseases*, 1876, p. 244.)

migraine, bien qu'elles soient alors plus pénibles et provoquent des mouvements réflexes de protection intenses. Ce fait peut s'expliquer par l'humidité préalable des narines lubrifiées par la sécrétion locale et qui n'éprouvent plus à l'état normal l'irritation brusque qui a produit à l'arrivée par le canal nasal des larmes secrétées sous l'influence de l'irritation oculaire¹.

Les phénomènes vaso-moteurs présentent un grand intérêt dans la migraine, on leur a fait jouer un grand rôle dans la physiologie pathologique. La théorie la plus en faveur s'appuie sur la pâleur de la face et le refroidissement des extrémités qui existent le plus ordinairement au début, bien que transitoires et souvent suivis d'une période de congestion veineuse qui peut persister même pendant le sommeil post-paroxystique. Mais les troubles vaso-moteurs de la migraine peuvent ne pas se borner à la face. On observe quelquefois pendant l'accès douloureux l'asphyxie locale des extrémités qui peut se présenter à des degrés divers. Dans deux cas que j'ai suivis de très près, les phénomènes ne se présentaient pas à chaque accès, mais seulement dans les accès les plus graves, et ils n'apparaissaient que lorsque la douleur était déjà très intense. Bien que la douleur de tête fût bien manifestement unilatérale, l'asphyxie apparaissait aux deux mains ensemble; les ongles, très minces chez ces deux sujets, bleuisaient, puis la teinte cyanotique envahissait la phalange; chez l'un, elle remontait quelquefois jusqu'à l'articulation phalango-phalangienne des quatre derniers doigts. D'autres fois, c'était une syncope locale avec l'aspect du doigt mort.

On peut encore observer au cours des accès de migraines des troubles de la respiration, qui s'accélère d'abord, puis à la période d'accès se ralentit. Ce ralentissement s'accompagne quelquefois d'une expiration saccadée donnant un tracé pneumographique en escalier. Ces derniers troubles peuvent s'accompagner d'une sensation d'oppression, et même d'anxiété fort pénible.

La migraine vulgaire s'accompagne donc de phénomènes souvent accessibles et suffisants pour caractériser objectivement l'accès.

Ces caractères sont plus marqués et plus spéciaux dans certaines formes de migraine.

Les migraines sensorielles, et principalement la migraine ophtalmique, présentent des troubles de la sensibilité dont les caractères sont assez spéciaux, et ils s'accompagnent assez souvent de phénomènes moteurs localisés du côté correspondant, d'aphasie transitoire

1. Ch. Féré, *Note sur l'éternuement provoqué par les excitations lumineuses.* (C. R. Soc. de Biologie, 1890, p. 555.)

qui objectivent d'autant mieux le trouble qu'elles peuvent s'établir pour un temps assez long et même quelquefois à l'état permanent¹.

Au lieu de phénomènes paralytiques, ce peuvent être des phénomènes spasmodiques qui accompagnent la migraine.

Nous avons vu que Calmeil a signalé des mouvements de la face qui peuvent être considérés comme des réactions à la douleur. Ch. Bell a donné sous le titre de : cécité périodique de cause non encore observée², un fait curieux. Cette cécité survient périodiquement après la migraine; elle commence vers dix heures du matin et cesse vers quatre heures; et tant qu'elle dure il existe de très rapides mouvements des paupières et du globe oculaire, et pendant toute l'attaque tout contrôle sur les muscles des paupières et de l'œil est supprimé; la malade peut voir un peu ou au moins distinguer la lumière de l'obscurité.

A côté de la migraine ophtalmique qui s'accompagne quelquefois d'accidents paralytiques occupant la face, la langue, les muscles de l'articulation, le bras ou même tout le côté du corps du côté correspondant, on a décrit sous le nom de paralysie oculaire motrice récidivante (Manz, Mauthuer), de paralysie oculaire motrice périodique (Joachim, Senator) et enfin de migraine ophtalmoplégique (Charcot) une forme paralytique de la migraine, qui consiste en une ophtalmoplégie plus ou moins strictement limitée et unilatérale occupant le domaine du nerf moteur oculaire commun et se manifestant à la suite d'une douleur de tête.

L'ophtalmoplégie migraineuse commence souvent dans l'enfance; quelquefois³ la migraine a précédé de longtemps les phénomènes paralytiques. L'âge de l'apparition ne peut pas constituer un caractère qui sépare cette ophtalmoplégie de la migraine vulgaire, d'abord parce qu'elle apparaît quelquefois tardivement et ensuite parce qu'il s'en faut que la migraine vulgaire précoce constitue une rareté dans les familles nerveuses. On ne peut pas dire non plus qu'elle soit indépendante de la famille névropathique : comme la migraine vulgaire, on la trouve associée chez l'individu ou dans la famille à d'autres troubles névropathiques; J.-B. Charcot a relevé ce fait avec raison⁴.

1. Ch. Féré, *Contrib. à l'ét. de la migraine ophtalmique*. (*Revue de Méd.*, 1881, p. 625.) — *Note sur un cas de migraine ophtalmique à accès répétés et suivis de mort*. (*Ibid.*, 1883, p. 194.)

2. Ch. Bell, *The nervous system of the human body*, in-4°, 1830, CLXIV.

3. Bouchaud, *Un cas de migraine ophtalmoplégique*. (*La Presse médicale*, 1897, p. 190.)

4. J.-B. Charcot, *Contrib. à l'étude clinique de la migraine ophtalmoplégique*. (*Revue neurologique*, 1897, p. 218.)

Toutes les circonstances qui réveillent la migraine ordinaire sont capables de la provoquer.

Ordinairement l'accès commence par une douleur localisée ou prédominante du côté où apparaîtra la paralysie. Elle n'est pas limitée à la région sus-orbitaire comme on le voit souvent dans la migraine ophtalmique; quelquefois elle offre des irradiations vers la nuque et la partie supérieure du cou. Toutefois elle prédomine dans la région sus-orbitaire; quelquefois les points d'émergence du trijumeau sont sensibles; c'est un fait qu'on observe aussi dans la migraine vulgaire. Dans quelques cas, la douleur subit dans la journée des exacerbations et des accalmies. La douleur, qui manque rarement, précède toujours l'apparition de la paralysie; mais elle persiste quelquefois après que celle-ci s'est manifestée; la paralysie amène plutôt une atténuation que la disparition de la douleur. La durée de l'accès est généralement longue: elle est au moins d'un jour et demi; mais souvent elle dure trois ou quatre jours et on la voit se prolonger plusieurs semaines, un mois. La douleur s'accompagne d'une prostration profonde, encore accrue par les vomissements qui peuvent manquer; quelquefois même le malade perd conscience.

La paralysie, qui atténue ou interrompt la douleur, intervient quelquefois en une nuit; plus souvent, elle s'établit progressivement en trois ou quatre jours.

Elle siège toujours du côté où la douleur a prédominé; mais comme la douleur, on l'a vue siéger des deux côtés soit simultanément dans la même attaque, soit dans des attaques successives. Elle occupe un peu plus souvent le côté gauche.

Ce qui frappe d'abord le malade, c'est le ptosis; mais on constate que le moteur oculaire commun est atteint en totalité, aussi bien les branches internes que les branches externes; toutefois il peut arriver qu'une des branches soit épargnée, que les mouvements de l'iris et de la paupière soient intacts, d'autres fois le moteur oculaire externe est atteint en même temps et le facial inférieur.

La paralysie est ordinairement incomplète, le malade esquisse à peu près tous les mouvements, mais on retrouve généralement le ptosis, le strabisme externe avec diplopie croisée, l'affaiblissement des mouvements d'abaissement, d'élévation, d'adduction du globe de l'œil, la mydriase. Le cas de Gubler est le seul dans lequel on signale le myosis au lieu de la mydriase.

On a rarement trouvé des lésions du fond de l'œil; mais quelquefois l'acuité visuelle du côté malade est diminuée (Manz) ou il y a un rétrécissement du champ visuel qu'on a observé chez des sujets

présentant ou non des stigmates hystériques et qui peut prédominer du côté de la paralysie et suivre la même marche qu'elle. On a noté une hyperesthésie dans le domaine du trijumeau et de la salivation (Vissering, Ballet ¹). Dans les cas de Thomsen et de Joachim, des accès épileptiformes prédominant du côté malade se sont produits. Rarement on a signalé de la parésie du côté du membre supérieur correspondant aux troubles oculaires; plus souvent on a observé une parésie passagère du facial ou bien l'association de la paralysie du moteur oculaire externe.

La durée de la paralysie est extrêmement variable, de un jour à plusieurs mois, et dans certains cas, malgré les améliorations signalées, elle paraît permanente.

L'intervalle des accès varie de quinze à vingt jours à plusieurs années; chez quelques malades, ils se produisent avec une apparence de régularité, toutes les six semaines, tous les deux ou trois mois.

Dans les rares cas où on a pu faire l'autopsie on a trouvé des lésions diverses; dans le cas de Gubler, il y avait autour du nerf « une exsudation plastique abondante »; dans le cas de Weiss c'étaient des granulations grises autour du tronc nerveux; dans le cas de Richter c'était un fibro-chondrome de la base du crâne ayant dissocié et non détruit les fibres nerveuses ². Pour Charcot ces lésions sont des lésions secondaires « développées au voisinage du point dont ce processus congestif intermittent avait fait un « locus minoris resistentiæ ». (Ballet.)

Le siège du processus pathologique a été placé dans le tronc de l'oculo-moteur en raison de la localisation soi-disant exclusive des troubles; mais cette localisation est loin d'être constante, et en outre la paralysie n'est pas toujours totale. La localisation dans le noyau d'origine provoque aussi des objections, les groupes cellulaires semblent échelonnés sur une étendue trop grande pour pouvoir être atteints par une seule lésion qui n'atteigne que le moteur oculaire commun et d'un seul côté; mais les troubles ne sont pas toujours unilatéraux et ils s'étendent quelquefois en dehors du domaine de la sixième paire.

La forme paroxystique des troubles et leur restauration au moins momentanée semblent indiquer un processus vaso-moteur analogue à celui qu'on invoque dans la migraine ordinaire ou la migraine ophtalmique, et n'en différant que par la localisation.

1. G. Ballet, *La migraine ophtalmoplégique*. (*La Médecine moderne*, 1896, p. 138.) — D'Alché, *De la migraine ophtalmoplégique*, th., 1896.

2. P. Darquier, *De certaines paralysies récidivantes de la troisième paire, migraine ophtalmoplégique de Charcot*, th., 1893, p. 27.

On peut rappeler d'ailleurs qu'elle a des rapports incontestés avec la migraine ordinaire et qu'elle peut coïncider avec la migraine ophtalmique (Chabbert). Nous savons que l'âge auquel elle se montre ne peut pas constituer un caractère particulier. Quant à la durée des accès¹, elle ne constitue pas non plus un caractère spécifique, car dans la migraine ordinaire comme dans la migraine ophtalmique, on peut observer des accès sériels et même des états de mal² qui diffèrent assez peu de la douleur de l'ophtalmoplégie migraineuse, dont l'intensité est au moins variable et qui d'ailleurs peut ne durer qu'un jour ou deux.

Quant à la persistance des accidents paralytiques, elle ne diffère guère de ce qu'on voit souvent se passer dans la migraine ophtalmique, où des paralysies d'abord transitoires, puis plus ou moins durables peuvent finir par s'installer définitivement et même avoir une issue fatale.

Du reste les troubles moteurs associés à la migraine et plus ou moins strictement limités aux muscles de l'œil ne sont pas seulement, comme nous l'avons déjà relevé, des troubles paralytiques.

En dehors des faits mal définis de Ch. Bell et de Calmeil, on entend assez souvent des migraineux accuser des sensations de mouvements dans les paupières ou dans les yeux, plusieurs se servent de l'expression « avoir les yeux tirés », dans un sens ou dans l'autre.

Obs. — *Migraine ophtalmo-spasmodique. Spasmes dans le domaine du moteur oculaire commun.*

P. V..., trente-deux ans, mégissier, avait un frère à Bicêtre dans le service des épileptiques depuis plusieurs années, mais il ne connaissait pas d'autre névropathie dans sa famille lorsqu'il s'est présenté à la consultation, non pas pour des accidents convulsifs analogues à ceux de son frère, mais pour des crises d'angoisse qui le prenaient à l'improviste et disparaissaient aussi subitement après quelques secondes. Ces accidents avaient commencé à se produire en 1887, mais ils avaient été précédés de migraines très intenses qui ne s'étaient jamais manifestées jusqu'à l'âge de vingt-sept ans et qui s'étaient produites alors à la suite d'une intoxication alimentaire. La migraine se manifestait dans les circonstances les plus diverses, mais surtout à la suite d'émotions ou de digestions pénibles. La douleur se localise sur la partie externe de la région frontale gauche, au-dessus de l'orbite, s'irradie vers la tempe. Elle apparaît brusquement, mais reste modérée

1. G. Lyon, *Les migraines ophtalmiques et ophtalmoplégiques*. (*Gaz. des Hôp.*, 1895, p. 564.)

2. Ch. Féré, *L'état de mal migraineux*. (*Rev. de Méd.*, 1892, p. 25.)

pendant quelques minutes, puis devient plus intense. A partir du moment où la douleur s'exaspère, le malade sent des contractions dans les muscles des paupières et de l'œil, qui est tiré en divers sens, et rarement dans la joue. En même temps sa vue s'obscurcit; il lui est arrivé plusieurs fois de ne voir que la moitié droite des objets, quelquefois il semble que ce soit une obnubilation générale du champ visuel. Ces sensations durent vingt minutes ou une demi-heure, puis le malade est pris de nausées et suivant la période de la digestion où il se trouve, il a des vomissements alimentaires ou glaireux. Il reste abasourdi pendant quelque temps, maladroit dans son travail, comprenant quelquefois difficilement ce qu'on lui dit, puis au bout de trois quarts d'heure ou une heure il revient à lui complètement. Plusieurs fois il lui est arrivé pendant cette période d'obnubilation d'entendre des bruits de moulin ou de chute d'eau dans l'oreille gauche.

Il suivit (1892) pendant quelque temps un traitement bromuré qui avait éloigné les angoisses et les migraines; mais on lui dit que le bromure allait l'abrutir, et il cessa tout traitement. Au bout de deux mois les angoisses et les migraines revinrent. Mais les angoisses, au lieu de se borner comme autrefois à une sensation pénible d'oppression précordiale, étaient de temps en temps suivies de perte de connaissance et de chute. Les accès d'angoisse, qui autrefois ne se montraient que tous les mois environ comme les migraines, devinrent presque hebdomadaires et les migraines aussi augmentèrent de fréquence. Il revint à la consultation au mois de février 1893, fut soumis encore à un traitement bromuré (Kbr, 6 grammes par jour) qui amena une suspension de six mois, suivie d'un nouvel abandon du traitement, abandon qui fut cette fois rapidement suivi de son effet naturel : au bout de huit ou dix jours il eut dans la même journée une angoisse avec chute et deux attaques de migraine. Depuis le mois de novembre 1893, il suivait à peu près régulièrement la consultation et son traitement, et n'avait que des troubles très éloignés. Les migraines, qui ne se produisaient guère que tous les trois ou quatre mois, présentèrent, vers le printemps de 1895, un caractère nouveau : la douleur au lieu d'apparaître subitement était précédée d'un endolorissement de la région de la partie externe du sourcil qui durait souvent une heure et demie ou deux heures avant l'attaque qui était toujours sensiblement la même, sauf que le malade se sentait l'œil moins tiré. C'est grâce à cette particularité qui semble s'être établie à titre définitif que j'ai pu observer comment l'œil est tiré pendant la migraine. Je l'avais prié de venir se montrer à l'hospice dès qu'il sentirait la douleur prémonitoire : mais soit par négligence, soit par tout autre motif, il ne l'avait jamais fait, lorsque le 6 décembre 1896 il vint à la consultation se plaignant de son endolorissement. On le fit rester et on put constater les faits suivants : Au moment où le malade dit : Voilà le coup, c'est-à-dire la recrudescence de la douleur, on voit commencer à se produire des secousses alternatives ou successives plus ou moins rapides ou irrégulières en intensité des divers muscles de l'orbite du côté gauche : c'est le relèvement brusque de la paupière supérieure, la déviation rapide de l'œil en dedans, en haut ou en bas ou obliquement en haut et en dehors. En outre de temps

en temps la pupille se contracte successivement trois ou quatre fois, puis se relâche de façon qu'elle est plus dilatée que celle de l'œil opposé, dans lequel il ne passe aucun mouvement. Peu à peu les mouvements sont devenus plus rares, moins énergiques à mesure que la douleur diminuait; mais la douleur a persisté encore douze minutes après pour se terminer après le vomissement. Les mouvements ne s'étaient produits que pendant sept minutes à peu près.

Depuis cette époque, le malade est encore venu plusieurs fois à la consultation; il n'a que de rares migraines et de rares crises d'angoisse qui ne se reproduisent guère que quand il a négligé son traitement ou quand il a fait quelque excès alcoolique. Quand la relâche a été très prolongée, il lui arrive souvent des accès répétés et plus violents de migraine; c'est alors que la face participerait à la convulsion. A la suite de ces grands accès qui semblent liquider son arriéré, il tombe dans un sommeil profond qui fait défaut à la suite des accès ordinaires. C'est un sommeil stertoreux, massif, dont aucune excitation ne peut le tirer et qui dure souvent plusieurs heures. Quelquefois entre la cessation de la douleur et le sommeil il éprouve une courte période de bien-être où il se sent vigoureux; mais en réalité s'il essaie d'agir il constate de la maladresse et de l'impuissance; il semble que cette sensation subjective d'euphorie n'existe que par comparaison¹.

Si on en juge par le nombre de migraineux qui se plaignent de tiraillement dans les yeux, la fréquence de ces spasmes systématiques peut être supposée plus grande que ne l'indique la littérature: leur rareté apparente peut tenir à la difficulté d'observation,

L'analogie de localisation et d'association qui existe entre les phénomènes de la migraine ophtalmoplégique et de la migraine ophtalmospasmodique semble propre à confirmer leur analogie de nature commune aussi à la migraine vulgaire.

Ce n'est pas seulement dans la migraine qu'on observe des paroxysmes convulsifs et des paroxysmes paralytiques: dans une névrose, parente de la migraine, dans l'épilepsie, on a observé ces dernières années des paroxysmes paralytiques indépendants des paroxysmes convulsifs². Dans la migraine ophtalmique d'ailleurs on peut voir coïncider ou se succéder ou exister indépendamment le scotôme scintillant, phénomène anormal d'excitation, et l'hémianopsie, phénomène paralytique. La paralysie et le spasme peuvent s'expliquer par le même processus, l'anémie des centres nerveux:

1. Pürkinje a fait remarquer que lorsqu'on vient d'être débarrassé d'un poids trop pesant, on éprouve une sensation de vigueur extraordinaire.

2. Ch. Féré, *Note sur des attaques paralytiques chez un épileptique*. (C. R. Soc. de Biologie, 1896, p. 679.) — Higier, *Paroxysmal auftretende Lähmung epileptischer natur.*, etc. (Neurol. Centralb., 1897, p. 152.)

Hallager¹ a bien montré que la paralysie et le spasme peuvent résulter de la même contraction spasmodique : on peut adapter à la migraine et à ses diverses formes l'explication qu'il invoque sans admettre sa théorie des paralysies post-convulsives de l'épilepsie.

L'existence des phénomènes spasmodiques, d'asphyxie et de syncope locale, coïncidant avec la migraine, peut servir à étayer la théorie de l'excitation du sympathique et de l'anémie cérébrale. Cette théorie a été appliquée aussi bien à l'épilepsie qu'à la migraine qui ont du reste de nombreux rapports étiologiques et symptomatiques.

L'épilepsie, comme la migraine, peut coïncider avec l'asphyxie locale des extrémités, et les troubles convulsifs et circulatoires peuvent présenter sous l'influence du froid des recrudescences parallèles².

Ces analogies étiologiques et physiologiques qui s'accroissent par l'étude des accompagnements physiques de la migraine, justifient la communauté des remèdes qui ont été opposés aux deux groupes de troubles. Les succès bien avérés de la médication bromurée, aussi bien dans l'épilepsie que dans la migraine, ont bien contribué à illustrer ces analogies. Charcot a insisté depuis longtemps sur la valeur du traitement bromuré dans les différentes formes de migraines.

La migraine, comme l'épilepsie, est une affection à manifestations paroxystiques provoquées par des causes très diverses; mais elle repose sur un état constitutionnel qui pour être indéterminé n'en est pas moins certain. Comme l'épilepsie, elle doit être combattue par un traitement continu. Moins l'influence des causes provocatrices est évidente, plus le rôle de la prédisposition névropathique est clair et plus la bromuration continue s'impose. Naguère, la bromuration continue pouvait ne paraître acceptable dans le traitement d'une affection soi-disant légère, qu'à condition de se borner à des doses faibles, aujourd'hui que la tolérance prolongée du bromure à hautes doses est bien établie (tolérance spontanée qui peut être augmentée par l'antisepsie intestinale et cutanée), le bénéfice de la bromuration continue à hautes doses ne doit pas être refusé aux victimes de la migraine dont quelques formes sont loin d'être inoffensives. Quand les accidents paralytiques de la migraine ophtalmique ou de la migraine ophtalmoplégique se sont établis d'une manière permanente, les bromures qui conservent leur action sur les phénomènes paroxystiques, n'ont aucun effet sur les phénomènes de déficit; c'est avant qu'ils se soient produits qu'il faut agir.

1. Hallager, *De la nature de l'épilepsie*, 1897, p. 143.

2. Ch. Féré, *Note sur l'asphyxie locale des extrémités chez les épileptiques et en particulier sur un cas d'asphyxie disséminée*. (*Nouv. con. de la Salpêtrière* 1891, p. 354.) — Ch. Féré et P. Batigne, *Note sur un nouveau cas d'asphyxie locale des extrémités*, etc. (*Rev. de Méd.*, 1893, p. 891.)