

DESCRIPTION CLINIQUE.—D'abord il s'agit d'une migraine véritable et non d'une de ces céphalées ou névralgies trop souvent confondues avec l'hémicranie. L'accès est conforme à la description classique. Après une nuit de sommeil lourd, le malade se réveille mal à l'aise, la bouche pâteuse, la tête sensible, l'intelligence brumeuse. Progressivement, dans la matinée, s'installe la douleur hémicranienne, pesante, battante, avec maximum à la tempe et à l'orbite, accompagnée de crainte du bruit, de la lumière, des mouvements et d'obnubilation mentale. Après le déjeuner elle s'accroît encore, se complique de nausées, de vomissements, de refroidissement des extrémités, pour durer jusqu'à une heure avancée de la nuit, au moment du sommeil. Le lendemain, le sujet se réveille dégagé, frais, dispos, mais n'est complètement rétabli qu'après avoir mangé. Ces crises surviennent régulièrement toutes les deux, trois, quatre semaines suivant les cas. Elles sont presque toujours héréditaires.

On pense trop souvent que le migraineux est tout à fait normal dans l'intervalle des accès: ce n'est point exact. Chez certains d'entre eux, en effet, persiste fréquemment une hyperesthésie habituelle, qui rend pénible toute lumière vive, tout son violent, tout mouvement brusque, toute position déclive, le vent, la chaleur, le froid, le coït, l'excitation faradique. Cette sensibilité peut être si marquée qu'elle devient un véritable "mal migraineux", une "névrose migraineuse".

En outre, la plupart des migraineux présentent un état mental interparoxystique qui n'a pas encore été mis en valeur. Il consiste en une tendance à la tristesse, aux idées noires, à l'interprétation pessimiste des événements, en une irritabilité extrême, une impulsivité colérique, un caractère difficile, semblable à celui des épileptiques, enfin en une répugnance à l'effort physique ou mental, aux actes violents, qui s'explique par l'hyperesthésie céphalique.

PATHOGENIE.—L'examen du sujet au moment de sa crise semble démontrer d'une façon non douteuse que celle-ci a pour cause, selon la théorie de Dubois-Reymond, un spasme artériel du côté malade. En effet, les artères superficielles sont dures, tendues, extrêmement douloureuses à la pression. La pâleur de la face, l'abaissement de la température locale, l'enfoncement de l'œil dans l'orbite, tous les symptômes plaident en faveur de cette hypothèse. La douleur s'explique par l'écrase-