

Bibliothèque numérique

medic@

**Charcot, Jean-Martin. - Migraine
ophtalmique et aphasie**

*In : Nouvelle iconographie de la
Salpêtrière, 1895, VIII, p. 3-12*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?20418x1895x3_12

MIGRAINE OPHTHALMIQUE ET APHASIE

PAR

J. M. CHARCOT (1).

Messieurs,

Je vais vous entretenir de deux malades qui se sont présentés à la clinique externe et qui nous conduisent à revenir en quelques mots sur les études, que dans le semestre de l'an passé, nous avons faites ensemble relativement aux diverses formes de l'aphasie.

L'un de ces malades présente un exemple remarquable et fort bien défini d'aphasie transitoire, à répétition, revenant par accès séparés par des intervalles parfaitement libres, c'est-à-dire pendant lesquels, l'expression de la pensée par les divers modes du langage (parole et écriture), s'exécutent dans des conditions absolument normales. L'autre malade est un musicien qui très rapidement, dans l'espace de quelques jours a perdu momentanément, à un certain degré, à la fois la faculté de jouer de l'instrument qui est sa spécialité (dans l'espèce c'est le trombone) et celle de pouvoir copier les partitions qu'il lit cependant couramment, genre de travail dans lequel il excellait autrefois.

Vous vous étonnez peut-être, Messieurs, de me voir rapprocher deux cas en apparence aussi dissemblables : quels rapports voyez-vous donc, direz-vous, entre la perte de la faculté d'exprimer sa pensée par la parole ou l'écriture par exemple, et celle de la faculté de jouer d'un instrument ou de copier de la musique. A cela je répondrai qu'il n'est pas du tout anti-philosophique tant s'en faut de rapprocher les uns des autres les divers modes d'expression de la pensée pour les comparer tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique. Or à côté du langage parlé ou écrit, il y a le langage mimique qui consiste à exprimer la pen-

(1) Cette leçon inédite est publiée *intégralement* d'après le texte du manuscrit original du professeur J. M. Charcot qui nous a été obligeamment confié par M. J. B. Charcot, interne des hôpitaux.

sée par des gestes, le calcul sous toutes ses formes et enfin la musique. Physiologiquement les analogies ne sont pas douteuses et il est inutile d'entrer dans de grands développements pour les faire ressortir. Si cette supposition est vraie et il n'est pas douteux qu'elle se trouvera réalisée en pathologie, à côté des divers modes de l'aphasie relative au langage parlé ou écrit, il y aura lieu de traiter des divers modes de l'aphasie relatives soit au langage mimique, soit au langage des mathématiques, soit au langage de la musique.

J'espère pouvoir dans un instant à propos de nos deux malades justifier quelques-unes au moins des propositions que je viens d'émettre. Pour le moment j'en viens au premier malade qui lui présente, je le rappelle, un exemple d'aphasie vulgaire, c'est-à-dire dans lequel le trouble porte sur le langage considéré dans son acception la plus limitée, la plus étroite. L'observation de ce malade a été prise par mon interne M. Gilles de la Tourette.

Voici d'abord en quelques mots le résumé de l'observation ; le malade présent pourra au besoin nous fournir quelques détails complémentaires. Il s'agit d'un homme de 30 ans autrement bien portant. Employé du chemin de fer d'Orléans, marié et père de deux enfants. Les antécédents sont intéressants à relever : son père est atteint d'ataxie locomotrice, sa mère nerveuse. Ce sont là des circonstances qu'il est fort important de relever à propos de l'affection dont vous allez le voir, notre malade est atteint. Quant à lui, pas de goutte, rhumatisme, hémorrhoides, maladies cutanées ou autres éléments de diathèse arthritique.

Début il y a quinze ans, à retours périodiques, douleur de tête fréquente, accès de fièvre mal analysés ; mais, à l'âge de vingt ans il remarque que la douleur de tête s'accompagne de certains troubles de la vision, à savoir obnubilation du champ visuel à droite. Il ne voit que la moitié des objets et rapporte ainsi que cela a lieu en général, ce trouble à l'œil droit tandis qu'en réalité il appartient aux deux yeux ; puis surviennent des vomissements. Un peu plus tard il remarque dans la plupart de ses accès l'existence d'une figure lumineuse occupant la partie obscure du champ visuel. Cette figure lumineuse en forme de demi-cercle dentelé, animé de mouvements vibratoires, est ce qui est connu sous le nom de scotome scintillant. Nous y reviendrons dans un instant. Enfin, il a vu se surajouter à quelques-unes de ses crises encore de nouveaux phénomènes : des picotements, des engourdissements dans le bout de tous les doigts de la main droite qui montent dans l'avant-bras, le bras, puis le côté droit de la face, la lèvre supérieure et la lèvre inférieure, le menton, accompagnés d'une sensation de froid mais sans changement de coloration.

Dans trois ou quatre accès avant le développement des engourdisse-

ments, mais après la disparition du scotome scintillant et le rétablissement partiel de la vision, survient tout à coup à son grand effroi un trouble céphalique portant chez lui sur tous les modes de réception et d'expression du langage, langage parlé, langage écrit, etc. Ce trouble céphalique est transitoire, il dure une heure environ.

Ces grandes crises dans lesquelles se succèdent tous ces accidents nerveux d'apparence inquiétante que nous venons d'énumérer, durent environ sept à huit heures : elles se terminent en général par des nausées ou des vomissements ; puis vient le sommeil et le lendemain matin tout a disparu sauf un léger mal de tête qui se dissipe dans la journée et n'empêche pas le malade de se rendre à son travail habituel.

Pour mieux accentuer les caractères de ces singuliers accès je vais indiquer en quelques traits leurs principaux caractères, le mode d'évolution des divers phénomènes qui les composent d'après une description donnée par le malade lui-même et fondée sur l'observation d'un de ses accès récents, alors que le malade déjà éclairé par nos interrogations avait été mis à même de porter son attention sur les points les plus saillants et les plus intéressants à notre point de vue.

Il s'agit, dans cette description, d'un grand accès, d'un accès complet, car nous avons vu qu'il y a chez lui des accès imparfaits, ou les phénomènes de la crise sont réduits à leur plus simple expression, et des accès complets où tous les éléments se trouvent en quelque sorte réunis.

L'accès en question débute en général vers six heures du soir. Le premier phénomène qu'il atteste alors est le trouble visuel.

Les personnes, les choses, semblent coupées en deux ; une des moitiés du champ visuel est obnubilée, obscure. Il s'agit là d'une hémioptie latérale droite. La limite du défaut passe-t-elle exactement par le point de fixation ? on ne possède pas d'examen régulier du champ visuel pendant l'accès et je ne sais si il existe des observations pouvant établir le fait péremptoirement. Peu après, sur un fond noir se dessine un point gris, vacillant, animé de vibrations analogues à celles qui se produisent dans l'air chauffé sur un poêle. Ce point s'élargit et s'entoure d'un cercle lumineux, dentelé, ouvert sur un point. Pour lui ce cercle présente un contour orangé, chez d'autres il y a du vert, du rouge, du jaune, du blanc etc. Chez d'autres encore il est également fermé à l'origine, puis rapidement s'élargit, s'ouvre sur un côté comme dans la description d'Airy, et bientôt il est tellement large que le champ visuel n'en contient plus qu'une partie ; enfin il disparaît.

Cette période dure environ une heure ; il n'y a pas encore de céphalalgie, seulement des nausées.

La deuxième période est marquée par la disparition du scotome et de l'hémioptie ; remplacée par une douleur de tête qui siège au-dessous du

sourcil gauche vers la moitié externe. C'est alors qu'apparaissent les troubles du langage.

Ces troubles chez le malade portent sur tous les éléments de la faculté du langage, l'intelligence paraissant d'ailleurs parfaitement conservée.

1° Lorsqu'on parle au malade il entend qu'on parle, il n'y a pas de surdité proprement dite, mais les paroles qu'il entend sont pour lui lettre morte, il n'en comprend pas le sens. Il est atteint de cette forme de troubles de la faculté du langage que l'on distingue sous le nom de surdité verbale.

2° Quand une idée lui vient à l'esprit et qu'il veut l'exprimer par la parole, il a perdu la mémoire des mouvements de la langue et des lèvres nécessaires pour articuler les mots correspondants à l'idée ; ou le mot fait complètement défaut, ou il est altéré, ou il est remplacé par un mot qui ne correspond pas à l'idée. Il y a donc aphasie motrice.

3° Si il prend un livre, bien que la vision soit normale, bien qu'il voit parfaitement les caractères de l'imprimerie, les lettres groupées sous forme de mots, il ne peut pas les déchiffrer, les comprendre, les rattacher à l'idée correspondante, il est donc atteint de cécité verbale.

4° Enfin, il prend la plume et cherche à rendre sa pensée à l'aide de l'écriture, mais bien qu'il n'y ait aucune paresse ou paralysie des doigts en ce moment, il ne trace que des caractères informes, ou des mots ne répondant pas à l'idée. Il est donc atteint à un certain degré tout au moins d'agraphie.

Il s'agit donc là vous le voyez d'une aphasie complexe au premier chef ; aphasie de réception puisque le malade ne comprend plus le langage parlé ou écrit ; aphasie de transmission puisqu'il est devenu incapable de communiquer sa pensée soit par la parole articulée, soit par la parole écrite. C'est là, dans l'observation de notre malade le point sur lequel j'ai voulu particulièrement appeler votre attention et sur lequel je veux insister un peu. Mais auparavant je veux en finir avec la description des grands accès qu'il présente.

Le trouble aphasique dure environ une heure ; alors survient l'engourdissement de la main droite, de la lèvre supérieure et inférieure, où il éprouve en même temps un sentiment de froid. Cela dure peut-être une heure environ. Pendant ce temps la douleur de tête augmente, elle devient très pénible ; le malade qui s'est couché est pris de nausées et de vomissements, enfin il s'endort et tout est fini.

Vous avez sans doute reconnus pour la plupart, Messieurs, à la description qui précède, l'affection dont il s'agit chez notre malade. C'est une des formes de la migraine assez vulgairement connue sous le nom de migraine ophthalmique à cause des troubles visuels qui en sont un des princi-

paux caractères. Mais, il ne faudrait pas croire que la migraine ophthalmique se présente toujours avec ce cortège de symptômes assez inquiétants que nous trouvons réunis chez notre malade. Réduite à sa plus simple expression la migraine ophthalmique se compose exclusivement de céphalée frontale, d'hémiopie avec scotome scintillant, avec nausées et vomissements. Il y a même des cas nombreux, où le scotome scintillant existe à peu près seul, sans troubles gastriques, sans hémiopie bien marquée, sans céphalée. Des cas où la céphalée s'accompagne seulement d'hémiopie et de troubles gastriques. Ce sont là des exemples de ce que l'on pourrait appeler la migraine ophthalmique fruste. Notre malade avant la période actuelle paraît avoir eu des accès de ce genre. Ce n'est que assez rarement que les engourdissements des membres et de la face, les diverses formes d'aphasie, viennent se surajouter aux symptômes de la migraine vulgaire. On pourrait dire alors, ainsi que j'ai proposé de le faire, empruntant à Torti le langage qu'il a imaginé pour désigner nosographiquement ces accès de fièvres intermittentes anormales (*febris comitatae*) que la migraine ophthalmique est accompagnée. J'ajouterai, que les engourdissements des membres et de la face, l'aphasie, ne sont pas les seuls accompagnements possibles. On peut citer encore certaines hémiplegies transitoires, des accès épileptoïdes avec perte de connaissance survenant après le scotome scintillant, et quelques autres accidents encore, qu'il serait trop long d'énumérer et dont vous trouverez l'indication dans un travail publié par M. Féré dans la *Revue de médecine* de 1881.

Puisque j'en suis à vous indiquer les modifications de la migraine ophthalmique, il en est quelques-unes encore que je crois devoir vous signaler en passant. Il est des cas de migraine accompagnée dans lesquels les symptômes anormaux prédominent tellement que la nature de la maladie pourra passer inaperçue. Il en est ainsi des cas d'aphasie transitoire, des convulsions épileptoïdes, des troubles de la sensibilité et du mouvement d'un côté du corps dont la nature sera méconnue, faute d'interroger le malade suffisamment en ce qui concerne les troubles visuels, ou parce que ces troubles sont peu accentués. Il est possible même que ces troubles fassent défaut et que le trouble aphasique existe seul. Je suis disposé à admettre que la plupart des cas d'aphasie transitoire, récurrente, appartiennent à la migraine ophthalmique, mais, je ne voudrais pas vous laisser croire que toutes les aphasies transitoires appartiennent à ce groupe. Je citerai par exemple l'aphasie transitoire goutteuse, revenant par accès en même temps que la fluxion articulaire goutteuse au lieu d'élection, c'est-à-dire sur le gros orteil de l'un des pieds par exemple ; dans les quelques cas que j'ai observés il ne m'a pas paru exister des symp-

tômes oculaires ; ces observations sont à la vérité un peu anciennes, elles demandent à être renouvelées.

Si j'insiste autant sur la nécessité de rechercher si l'aphasie est due à une migraine ophtalmique, c'est que ce trouble qui passe en général avec raison pour très rare lorsqu'il fait partie de la migraine ophtalmique, a dans l'immense majorité des cas une issue favorable malgré ses retours fréquents. Ainsi je pourrais citer des cas de migraine ophtalmique datant depuis plus de quinze ans chez lesquels chaque accès à retour d'ailleurs fréquent est marqué par l'accompagnement de troubles aphasiques très prononcés ; et, pendant cette longue période, ces troubles du langage ont toujours disparus sans laisser de trace. Mais nous verrons dans un instant qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il ne faut pas oublier en passant qu'en présence d'un cas d'aphasie développé rapidement et s'accompagnant d'hémiopie et peut-être de céphalée hémi-crânienne il ne faudrait pas se hâter d'émettre, sans plus attendre, qu'il s'agit là de migraine ophtalmique et que quelque intense que soient les accidents, ils disparaîtront pour revenir vraisemblablement plus tard sous forme d'accès. Il n'en est rien en effet, nous savons par nos leçons de l'an passé, que certaines lésions localisées dans certaines régions du cerveau et qui n'ont rien à faire avec la migraine ophtalmique peuvent amener une hémiopie et une aphasie durable.

Ces derniers faits et d'autres tendent à démontrer que, en outre de la migraine ophtalmique proprement dite, liée le plus souvent à la diathèse arthritique, il y a de fausses migraines ophtalmiques, des migraines ophtalmiques symptomatiques en quelque sorte à maladie proto-pathique. Cela paraît être le cas, dans la paralysie générale avec attaques dites congestives.

Les attaques congestives dans certaines formes reviennent, on le sait, par accès, ainsi que quelques monoplégies transitoires, attaques épileptiformes, accès d'aphasie transitoire, etc. La diversité des phénomènes dépend ainsi qu'on l'a bien démontré dans ces derniers temps, du genre de localisation de la lésion corticale ; si il en est ainsi, on comprend l'apparition de la fausse migraine ophtalmique sous forme d'accès, dans le cours de cette maladie redoutable, si la lésion dite congestive porte sur la région de l'écorce qui détermine l'hémiopie corticale, et aussi sans doute le scotome scintillant.

Puisque nous en sommes au pronostic de la migraine ophtalmique, il est encore un dernier point sur lequel je dois tout particulièrement concentrer votre attention.

Je vous ai présenté tout à l'heure la migraine ophtalmique comme une affection bénigne, d'un pronostic favorable, non seulement quand elle se

montre dans ses formes légères, mais encore, quand dans quelques-uns de ses accès elle s'accompagne de symptômes plus ou moins inquiétants tels que aphasie, parésie, troubles de la sensibilité etc. L'épilepsie même, liée à la migraine ophthalmique paraît être une épilepsie relativement bénigne, curable. Mais vous avez sans doute remarqué que sur ce point j'ai eu soin de faire des réserves. Je crois en effet pouvoir affirmer que dans certains cas heureusement très rares, la migraine ophthalmique la plus légitime, indépendante de toute lésion cérébrale antérieure peut en se prolongeant amener des accidents durables et par conséquent graves. Il n'est pas en effet, à part la douleur hémicrânienne et le scotome scintillant, accidents essentiellement transitoires, un seul des phénomènes constitutifs de la migraine ophthalmique soit simple, soit accompagnée qui ne puisse cesser d'être transitoire et s'établir à l'état permanent. Ainsi, il y a des exemples de migraines dans lesquelles l'hémiopie, après avoir été transitoire à chaque accès pendant plus de quinze ans, s'est établie d'une façon permanente à la suite d'un accès. Il en est de même pour ce qui concerne les troubles de la sensibilité et du mouvement et enfin de l'aphasie. L'aphasie transitoire est devenue en d'autres termes définitive.

De là, découle un principe que j'ai adopté dans ma pratique et dont je dois vous faire part, car vous aurez sans doute l'occasion de le mettre en œuvre. Dans l'immense majorité des cas la migraine ophthalmique est une maladie ou mieux un syndrome qu'on peut abandonner à lui-même, en tenant compte dans le traitement, si traitement il y a, que de l'état diasthésique par exemple et de ses moyens de soulagement. Mais, dans quelques cas, il est prudent d'intervenir et de couper court aux accès si faire se peut. Je n'hésite pas à donner ce conseil toutes les fois que les accès accompagnés d'aphasie prennent une grande intensité, et que les symptômes inquiétants s'attardent.

Je vous dirai dans un instant, en quoi consiste la médication que je propose alors. Mais, je voudrais, avant d'en venir là, rechercher avec vous comment on peut dans l'état actuel de la science, se rendre compte anatomiquement et physiologiquement des symptômes de la migraine ophthalmique, et comment on peut comprendre pourquoi quelques-uns de ces accidents, après s'être montrés pendant si longtemps passagers deviennent un beau jour définitifs.

Je dois vous prévenir qu'à cet égard, nous n'avons guère actuellement que des hypothèses à vous offrir, mais, ces hypothèses sont assez plausibles en certains points, et de nature tout au moins à fixer les phénomènes dans notre esprit.

En premier lieu, la théorie de Dubois Raymond reprise par Latham pour expliquer sans distinction de forme les phénomènes de la migraine,

peut être appliquée sans restriction à la migraine ophthalmique. Le fait initial serait un spasme vasculaire sous la dépendance d'une irritation des vaso-moteurs. Mais, la nature si particulière des accidents de la migraine ophthalmique doit répondre à une localisation spéciale.

Or, quelle est la région du cerveau dont la lésion pourra produire simultanément l'hémiopie, le scotome, les formes variées de l'aphasie, les troubles moteurs ou de sensibilité, les accidents épileptiformes ? Dans l'état actuel de nos connaissances, la seule région qui puisse répondre à toutes ces nécessités est représentée par l'ensemble des circonvolutions dont l'étendue pourrait être nommée le domaine sylvien, puisque l'irrigation de l'écorce dans ces parties se fait par le canal de l'artère sylvienne et de ses branches.

Considérons en effet la distribution de cette artère ; du tronc se détache successivement : l'artériole du pied de la troisième circonvolution frontale — là où siège la mémoire des mouvements qu'il faut faire pour articuler les mots — l'altération de cette partie produit l'aphasie motrice ; une artériole pour le centre de la mémoire des mouvements nécessaires à la formation des mots par l'écriture ; les artérioles de la première circonvolution temporale où siège la mémoire auditive des mots — là sont déposées les images auditives, là elles se mettent en rapport avec l'idée correspondante, là elles sont évoquées spontanément lorsque nous cherchons à nous rappeler un nom, ou bien elles sont réveillées lorsque le mot prononcé par une personne étrangère résonne à l'oreille — quand cet appareil est détruit, il y a surdité verbale, le malade entend les mots, mais l'image entendue du mot est détruite, elle ne peut être mise en rapport avec l'idée correspondante et le mot prononcé reste lettre morte, on ne le comprend pas ; la branche qui irrigue la région du pli courbe dont la lésion produit l'hémiopie et peut-être le scotome scintillant, région qu'on a trouvé lésée dans les quelques cas de cécité verbale où l'autopsie a été faite ; là très vraisemblablement sont déposées les images visuelles des mots, c'est le siège de la mémoire des mots écrits, c'est là que ces mots sont rapprochés et mis en rapport avec l'idée correspondante ; supprimons l'organe, le mot sera vu comme un dessin ou comme un caractère appartenant à une langue étrangère, mais sa valeur symbolique est méconnue, aucune idée ne s'y rattache.

Enfin, la lésion des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes pourra rendre compte des troubles moteurs, sensitifs, et des accidents épileptiformes qui si souvent reviennent dans la migraine ophthalmique.

Nous avons vu que chez notre malade la plupart des accidents mentionnés se sont montrés simultanément, et que ce fait peut s'expliquer assez bien par l'attrition simultanée des vaisseaux de l'artère sylvienne.

Il ne nous reste plus qu'à faire intervenir la théorie du spasme vasculaire par Dubois Raymond et Latham; un spasme vasculaire produit l'ischémie dans les parties correspondantes de l'écorce; par le fait de l'ischémie la fonction propre à chacune des parties intéressées sera momentanément contrariée; mais le spasme ne peut être que transitoire. L'ischémie disparaît pour faire place peut-être à une hyperémie également transitoire; on comprendra par conséquent que les troubles symptomatiques liés à ces désordres de canalisation soient passagers.

Jusqu'ici, tout va assez bien dans la théorie, mais, nous ne devons pas oublier que nous ignorons :

1° Pourquoi l'excitation des nerfs vaso-moteurs sylviens est mise en jeu périodiquement sous forme d'accès;

2° Pourquoi telle artériole est affectée plutôt que telle autre;

3° Enfin pourquoi les accidents habituellement passagers deviennent ainsi que nous l'avons vu, quelquefois permanents.

Pour ce dernier point cependant, il n'est peut-être pas impossible de proposer une explication vraisemblable. La fréquente répétition du spasme finit à la longue par amener dans les vaisseaux d'ailleurs prédisposés par la diathèse arthritique, des lésions portant sans doute sur la membrane interne, une sorte d'endartérite capable de déterminer une lésion de canalisation permanente. Ainsi, l'aphasie deviendra durable si cette lésion organique consécutive s'est établie dans l'artériole de la circonvolution de Broca; l'hémiopie si c'est celle du pli courbe, etc., etc.

A l'appui de cette hypothèse on pourrait citer un cas de M. Galezowsky qui au congrès de Londres a dit avoir vu chez un malade atteint de migraine ophthalmique des troubles permanents de la vision s'établir à la suite d'un accès. Dans ce cas, il s'était formé une thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Je n'attache pas bien entendu à cette théorie plus d'importance qu'elle n'en mérite, et, si je l'ai développée, c'est parce qu'elle me paraît rendre raison d'un certain nombre de faits, et que d'un autre côté elle a l'avantage de bien réunir les questions pendantes. L'avenir dira si elle doit être remaniée du tout au tout, ou si, au contraire elle n'a besoin que d'être complétée et modifiée sur certains points.

J'en viens enfin au dernier point dont je veux vous parler à propos de notre malade.

Il s'agit du traitement que je préconise pour les cas graves. Il n'est pas fondé sur la théorie; il est de provenance surtout empirique. Les analogies entre les attaques d'épilepsie survenant par accès et la migraine ophthalmique ne sont pas incomparables; quelques cas où il y a alternance de l'épilepsie et de la migraine ophthalmique semblent établir qu'il

existe entre ces deux sortes d'accident une certaine relation. Cela m'a conduit à penser que le bromure de potassium administré méthodiquement et à doses suffisantes pourrait dans la migraine ophthalmique, comme il le fait dans l'épilepsie, rendre des services. Je procède d'ailleurs identiquement comme pour l'épilepsie.

Cette méthode si je ne me trompe, a réussi plusieurs fois dans des cas où les accidents inquiétants semblaient en raison de leur persistance après l'accès plus que de coutume, vouloir s'établir d'une façon définitive. Les accès se sont éloignés, ils sont devenus moins intenses, moins longs, le plus souvent même les accidents concomitants ont cessé de les accompagner.

L'heure est très avancée et je m'aperçois que je n'ai pas eu le temps de vous parler de notre musicien ; j'espère qu'il ne nous en tiendra pas rigueur et qu'il voudra bien se présenter à nous de nouveau, dans la leçon prochaine.

Charcot