

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Charcot, Jean-Martin. - Migraine  
ophtalmique se manifestant à la  
période initiale de la paralysie  
générale**

***In : Progrès médical, 1882, X, p.  
593-595***



**(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)**  
Adresse permanente : [http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90170x1882x593\\_595](http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90170x1882x593_595)



de l'utérus, dont elle est indépendante. Le siège et les caractères de cette masse inflammatoire, nous font admettre qu'elle est située dans l'espace conjonctif sous-péritonéal antérieur. A l'examen au spéculum, on ne trouve, ni changement de coloration, ni érosions, ni ulcérations du col. Traitement : bains de tilleul, avec introduction d'un petit spéculum pendant toute la durée du bain. Dans l'intervalle des bains, pansements avec des suppositoires vaginaux contenant 0,20 centigr. d'extrait d'opium, et 0,30 centigr. d'iode de potassium ; enfin, badigeonnages des parois abdominales avec la teinture d'iode. A partir du 29, nous appliquons tous les deux jours, pendant dix à quinze minutes, des courants induits faibles, un pôle étant placé sur la tumeur vaginale et l'autre sur les parois abdominales. En même temps, nous pratiquons un léger massage de la tumeur.

Le 11 décembre, pendant l'époque cataméniale, la malade s'étant fatiguée et n'ayant pas gardé le lit, comme nous le lui avions conseillé, est prise de douleurs très vives, sans fièvre ni vomissements. A ce moment, le palper est légèrement douloureux à gauche. La sensibilité est très grande au toucher, tout autour de l'utérus, la tumeur a augmenté de volume. (Repos au lit, cataplasmes opiacés sur le ventre et lavements au chloral.)

Le 14, l'état s'est beaucoup amélioré, le toucher est moins douloureux, la tumeur a considérablement diminué.

Le 17, l'amélioration s'est accentuée de plus en plus, et M<sup>me</sup> X... n'a pas quitté sa chaise longue.

Les règles qui avaient cessé le 14, après avoir duré sept jours, abondantes, s'accompagnant de caillots, ont reparu le 15 et le 16. Le 17, on constate encore l'écoulement d'un peu de sang. Malgré la diminution de la sensibilité au toucher, nous n'appliquons pas d'électricité ce jour-là. (Huile de foie de morue 2 cuillères par jour au moment du repas, pansements vaginaux avec des tampons imbibés de glycérine iodurée).

Le 20, l'état est satisfaisant; nouvelles applications d'électricité.

Le 22, la malade est reprise de douleurs violentes, accompagnées de nausées, qui l'effraient beaucoup, ainsi que son entourage. Température normale, ballonnement du ventre, tympanisme. Nous apprenons que malgré l'usage quotidien des lavements, il n'y a pas eu de selles depuis plusieurs jours. L'absence de fièvre, et le peu de gravité apparente de l'état général, nous font considérer cette crise comme uniquement due à la constipation et à la présence de gaz dans l'intestin. Cette hypothèse est confirmée le lendemain, car tout a disparu, grâce à l'administration de 30 grammes d'huile de ricin. Le traitement par le massage et l'électricité est continué jusqu'au 3 janvier. A cette date, l'amélioration est telle, que M<sup>me</sup> X... peut reprendre ses habitudes d'activité ordinaires. L'examen local nous permet de constater que la sensibilité dans les culs de sac a disparu. Il ne reste plus de la tumeur inflammatoire observée au début, que deux petits nodules indurés, gros à peine comme une noisette. Pour compléter la guérison, au point de vue de l'état général, la malade est soumise à un traitement hydrothérapique, pendant plusieurs semaines. Le 14 mars, nous pouvons nous assurer que M<sup>me</sup> X... est en parfait état de santé, et ne conserve aucune trace des lésions qu'elle présentait il y a quelques mois, nous avons su depuis, que la guérison s'était maintenue d'une façon aussi satisfaisante que possible. (A suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS. — Le concours ouvert en 1881 sur la question de l'Angine de poitrine s'est terminé par la proclamation de M. le D<sup>r</sup> Charles LIÉGEAIS, de Bainville-aux-Saules (Vosges), pour la médaille d'or, et de M. le D<sup>r</sup> TRÉPANT, de Nesle, pour la mention honorable. — Question mise au concours pour l'année 1882 : De la Grenouillette. — Question mise au concours pour l'année 1883 : De l'inversion utérine. — Les mémoires présentant les formes académiques habituelles, doivent être envoyés au Secrétaire, avant le 1<sup>er</sup> avril 1883, pour la première question, et le 1<sup>er</sup> avril 1884, pour la dernière.

## CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

### I. Amyotrophie et contracture réflexes d'origine articulaire. — II. Migraine ophthalmique se manifestant à la période initiale de la paralysie générale (1).

Leçon recueillie par M. le D<sup>r</sup> Ch. FÉRÉ, préparateur.

II. C'en est assez sur les contractures spasmodiques et sur les amyotrophies de cause articulaire. Maintenant je vais vous montrer un malade dont l'affection est d'un ordre tout à fait différent.

Il est atteint de paralysie générale progressive, et si nous considérons chez lui seulement l'état actuel, nous reconnaissons qu'il s'agit d'un cas vulgaire, des plus classiques, et dont le diagnostic est malheureusement des plus faciles à établir.

M. L., professeur d'Histoire, venu en France pour étudier le droit, est âgé de 35 ans ; il offre actuellement les phénomènes suivants : embarras spécial de la parole qui est presque inintelligible, tremblement fibrillaire de la langue, tremblement spécial des mains, ensemble de phénomènes intellectuels et moraux qu'on peut grouper sous la rubrique *démence paralytique*.

Rien de plus classique, je le répète, que ce cas, aujourd'hui que l'on sait qu'il existe une forme de paralysie générale où le délire ambitieux ne figure pas, désignée sous le nom de forme paralytique, ou de paralysie générale sans aliénation.

Mais ce qui fait l'intérêt du cas, c'est le récit des phénomènes du début, fait d'une façon très intelligente par la jeune femme du malade.

Je vous rappellerai que, d'après M. Jules Falret (1) on admet que la paralysie générale qui, parvenue à son complet développement, affecte un appareil symptomatique à peu près uniforme, se présente à ses débuts sous des aspects très divers, mais qui peuvent être ramenés à quatre types ou variétés.

1<sup>o</sup> *Variété expansive*, avec délire ambitieux, satisfaction de soi-même et de son entourage, etc. Ces malades gagnent des millions, ont des prétentions à la poésie, etc. Ce délire ambitieux prend d'emblée les caractères de la démence (Falret). Ces idées sont mobiles, contradictoires, absurdes, bien différentes de celles des monomanes ambitieux qui sont logiques. Ces troubles psychiques s'accompagnent d'une certaine difficulté d'articulation de sons, d'inégalité pupillaire, de tremblement, d'incertitude des mouvements.

2<sup>o</sup> *Variété mélancolique* en contraste frappant avec la précédente.

a) Délire mélancolique, les malades se croient ruinés, déshonorés, etc.

b) Quelquefois il y a association d'idées hypochondriaques ; crainte de mourir, ils s'imaginent qu'ils ont des maladies qui n'existent pas en réalité, disent qu'ils ne peuvent ni avaler, ni uriner, que leurs conduits sont bouchés, etc. Ces troubles peuvent marquer le début, mais il y a bientôt de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, etc.

3<sup>o</sup> *Variété paralytique*, caractérisée par l'absence d'idées délirantes ; alors seulement des modifications profondes du caractère, emportements et attendrissements

(1) Voir page 573.

(2) J. Falret. — Recherches sur la folie paralytique. — Thèse de Paris, 2883.



sans motif, affaiblissement de la mémoire. Il y a dans cette forme prédominance des troubles moteurs, embarras de la parole, tremblement des mains et de la langue qui est animée de mouvements fibrillaires, incertitude de la marche, titubation. C'est la paralysie générale sans aliénation. Ces malades ont conscience de leur décadence, ils peuvent encore remplir jusqu'à un certain point leurs devoirs sociaux, bien que leur intelligence soit affaiblie.

4° *Variété congestive*; dans cette forme on observe des séries d'attaques dites congestives, séparées par des intervalles à peu près libres et se répétant un nombre varié de fois avant que les caractères de la paralysie générale ne s'établissent décidément à l'état permanent.

Ces attaques dites congestives sont variées dans leur

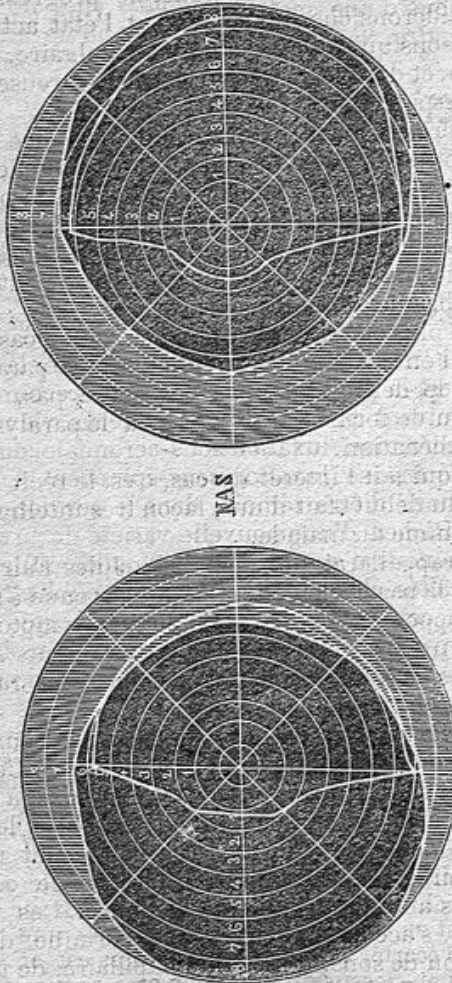


Fig. 33 et 34. — Représentant le rétrécissement homonyme du champ visuel dans un cas de migraine ophthalmique (Emprunté à la thèse de M. Féré. *Des troubles fonctionnels de la vision par lésion cérébrale*. 1832, p. 103).

forme; ainsi, tantôt c'est une attaque apoplectiforme suivie d'une hémiparésie temporaire, tantôt c'est une attaque épileptiforme; enfin, un cas assez fréquent est celui où sans perte absolue de conscience survient un engourdissement d'une main, des lèvres, un embarras temporaire de la parole et des idées, une aphasie transitoire, etc.

C'est cette variété congestive au début qui s'est produite chez notre malade, et chez lui, les diverses formes d'attaques se sont succédé en quelque sorte.

Mais le point sur lequel je veux surtout appeler votre attention, c'est que chez lui la plupart de ces accès ont été précédés par un ensemble symptomatique que l'on caractérise habituellement sous le nom de *migraine ophthalmique*.

Les phénomènes se sont présentés dans les premiers accès de telle façon qu'on eût pu, en les considérant à l'état d'isolement, comme appartenant à une affection le plus souvent bénigne, tandis qu'il s'agissait, ainsi que la suite l'a montré, des débuts d'une affection inexorable.

Je n'entrerai pas aujourd'hui dans l'histoire de la migraine ophthalmique, c'est un sujet qui nous occupera d'une façon toute spéciale quelque jour. Je vous rappellerai seulement que dans un accès vulgaire de migraine ophthalmique, nettement caractérisée, on voit se manifester, dans le champ visuel, une figure lumineuse, d'abord circulaire, puis demi-circulaire, en forme de zig-zag, ou de dessin de fortification, agitée d'un mouvement vibratoire très rapide, image tantôt blanche, phosphorescente, tantôt offrant des teintes jaunes, rouges ou bleues plus ou moins accentuées. C'est là ce qu'on appelle le scotome scintillant (Fig. 35).

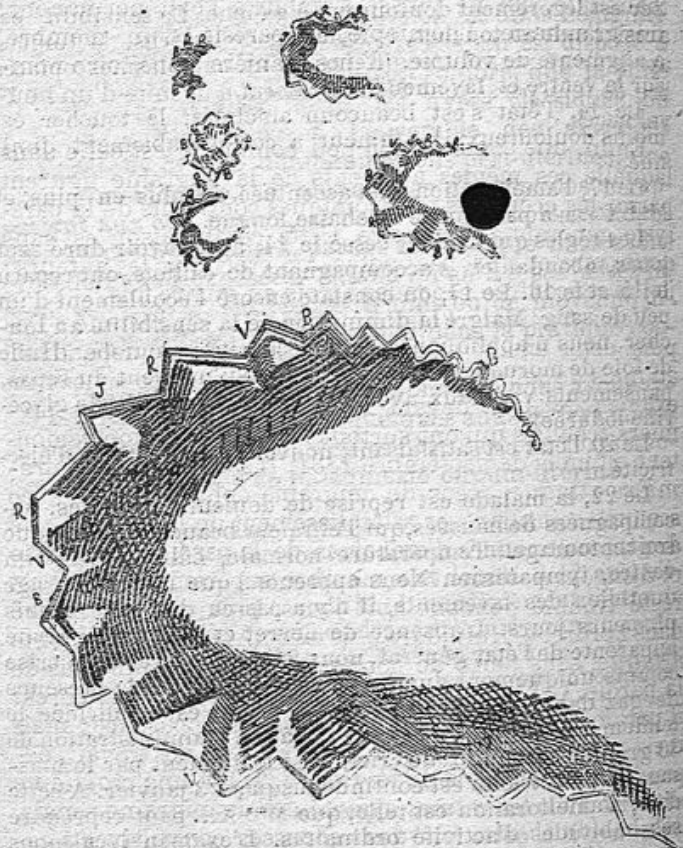


Fig. 35. — Différentes phases du scotome scintillant, d'après Hubert Airy. (Les lettres indiquent les diverses colorations : rouge, bleu, etc.). *Philosophical transactions* : 1870.

Le scotome fait place souvent à un défaut temporaire hémianopsique du champ visuel qui fait que l'on n'aperçoit plus que la moitié des objets.

L'examen cornéométrique, très utile en pareil cas, fait reconnaître un défaut hémianopsique, en général homonyme et latéral, qui ne s'étend pas habituellement jusqu'au point de fixation. (Fig. 35.)

Tout cela est suivi d'une douleur dans la tempe correspondante au côté où se fait le défaut visuel ou le spectre, et l'œil du même côté est le siège d'une douleur de tension qui rappelle quelquefois ce qu'on éprouve dans le glaucome aigu (1). Des vomissements terminent la scène, et tout rentre dans l'ordre.

Telle est la marche ordinaire des phénomènes dans la

(1) Dianoux. — *Scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire*. Thèse de Paris 2875.



migraine ophthalmique simple. Dans d'autres cas de migraine, dite accompagnée, on voit s'ajouter d'autres troubles variés, sur lesquels Piorry a, le premier, appelé l'attention (1). C'est, par exemple, un engourdissement de la main ou d'un côté de la langue, une aphasie, ou un embarras de la parole temporaire, des attaques épileptiformes (2).

Or, même dans ces formes plus graves, la migraine peut s'établir à l'état de maladie, ou mieux d'indisposition habituelle, et même avec des retours fréquents, n'être suivie, après 10, 12, 15 ans, d'aucune conséquence grave. Mais n'allez pas toujours, d'après la connaissance de ces faits, qui sont en réalité les plus vulgaires, porter toujours un pronostic favorable; attendez avant de vous prononcer, regardez les choses de plus près, soyez réservés.

Des accidents divers peuvent se produire; ainsi, comme je l'ai démontré, il n'est pas un des phénomènes habituellement transitoires du syndrome: migraine ophthalmique, qui ne puisse s'établir à l'état permanent; ainsi l'aphasie, l'hémiopie, la parésie d'un membre, après s'être manifestées d'une manière transitoire nombre de fois, persistent définitivement à la suite d'un nouvel accès.

Enfin, une combinaison peu commune est celle dans laquelle ces mêmes accidents de la migraine figurent parmi les accidents prodromiques congestifs de la paralysie générale progressive. Cette combinaison est sans doute rare et n'est pas notée, je crois, par les auteurs; je l'ai rencontrée cependant trois ou quatre fois.

Voici d'ailleurs l'histoire de M. L... en résumé: Depuis deux ans, il est irritable, méticuleux; cependant, au mois de juillet dernier, il a pu passer avec succès un examen de droit devant la Faculté de Paris. Les premiers troubles qui ont surtout frappé l'attention remontent au mois de septembre 1881. Il a eu alors une *première attaque*, accès de migraine ophthalmique, avec scotome scintillant et affaiblissement de la vue du côté droit, accompagnés d'embarras de la parole, de parésie et d'engourdissement du membre supérieur droit. Il est resté troublé pendant huit jours, puis tout est rentré dans l'ordre. — Huit jours plus tard, il a eu une *deuxième attaque*, sans perte de connaissance, avec embarras de la parole. L'intelligence reste obtuse pendant 24 heures; il paraît se remettre complètement en apparence; mais il est nerveux, irrité; il peut se remettre au travail, cependant. — Au mois de février 1882, il a eu une *troisième attaque* avec les mêmes symptômes de migraine; mais, en outre, il a cette fois des secousses convulsives à caractère épileptiforme, avec perte de connaissance. Cela a duré deux heures, ce qui semble indiquer qu'il y a eu une série d'attaques qui ont présenté cette particularité que les secousses prédominaient à droite. A la suite de cette attaque, l'embarras de la parole a persisté. — Huit jours plus tard, il a eu une *quatrième attaque* du même genre, avec recrudescence de l'embarras de la parole et faiblesse du bras droit. — Enfin, le 5 mai, il a eu une *cinquième attaque*, avec parésie du bras droit, suivie le lendemain d'une parésie du membre inférieur droit. Pendant les cinq ou six jours qui ont suivi, il ne pouvait dire autre chose que « à cause que ». Le bras droit est resté paralysé pendant un mois. C'est surtout à partir de ce moment que le niveau intellectuel baisse; il est devenu très enfant; il est docile, mais très mobile, pleurant

et riant avec une grande facilité. Il ne peut presque pas écrire de lui-même, mais il copie cependant une page, d'une écriture tremblée. La mémoire est aussi affaiblie que le jugement et la volonté. Il éprouve de temps en temps le scotome scintillant. Vous le voyez s'avancer avec une démarche titubante; ses mains tremblent, sa langue tremble aussi; sa parole est à peu près inintelligible; sa physionomie est caractéristique: le regard éteint, les paupières tombantes, etc. Sa pupille droite est plus dilatée que la gauche; elle n'agit que faiblement par l'excitation lumineuse, mieux par la convergence.

La morale de tout ceci, Messieurs, c'est qu'il ne faut pas s'arrêter sans critique à l'idée juste pour l'immense majorité des cas, que le scotome scintillant et les autres phénomènes qui souvent l'accompagnent sont choses de peu d'importance. Sous des dehors bénins peut se cacher le début d'une maladie grave; il ne faut pas s'y laisser prendre.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔTEL-DIEU. — M. RICHET.

### Note sur un cas de variété nouvelle de luxation de l'épaule en arrière;

Par M. Fernand BOTTEY, interne des hôpitaux.

De toutes les luxations scapulo-humérales, la luxation en arrière est la plus rare, et elle-même reconnaît deux variétés, suivant que la tête de l'humérus vient se placer sous l'acromion (luxation sous-acromiale) ou dans la fosse sous-épineuse (luxation sous-épineuse).

Nous venons d'être témoin, dans le service de M. le professeur Richet, d'une nouvelle variété de luxation en arrière que nous n'avons trouvée signalée nulle part, ni dans les Traités classiques, ni dans les publications isolées, et qui, cependant, ne peut être rapportée à aucun des deux types que nous venons d'énoncer plus haut. On va, du reste, en juger à la simple lecture de notre observation.

Le 21 mai 1882 entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 5, la nommée Rous..., âgée de 78 ans. Cette femme, il y a deux jours, glissa dans la rue et tomba de sa hauteur sur le côté droit, chute qui déterminait une luxation de l'épaule du côté correspondant.

A l'inspection, on constate tout d'abord que le coude est porté en avant, l'avant-bras étant demi-fléchi sur le bras. Relativement au tronc, le membre est dans une position moyenne, ni écarté, ni rapproché. Le bras est en supination. Un peu au-dessus du milieu du bras, on remarque une dépression en coup de hache, très accentuée surtout lorsqu'on met le membre dans l'horizontalité; dans cette situation, l'humérus semble absolument fracturé.

La paroi antérieure de l'aisselle est abaissée. La partie antérieure et externe du moignon de l'épaule est très aplatie: les fibres deltoïdiennes descendant pour ainsi dire presque perpendiculairement vers leurs attaches humérales. La région postérieure de l'épaule, au contraire, est légèrement bombée, surtout du côté externe.

En pratiquant la palpation sur la paroi antérieure de l'aisselle, on constate que la tête humérale a abandonné la cavité glénoïde de l'omoplate; on sent que cette cavité est absolument vide; son bord antérieur est saillant sous le doigt; elle a été repoussée en avant par la tête, que nous allons retrouver tout à l'heure en arrière.

Si on explore avec les doigts l'apophyse coracoïde, l'acromion et l'épine du scapulum, on ne constate nullement la tête de l'humérus au-dessous de ces saillies osseuses. Ce

(1) Piorry. — *Traité de médecine pratique*, p. 75.

(2) A. Féré. — *Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique*. (*Revue de médecine*, 1881.)