

Bibliothèque numérique

medic@

**Féré, Charles. - Contribution à l'étude
de la migraine ophtalmique**

*In : Revue de médecine, 1881, I,
p. 625-649*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91143x1881x625_649



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MIGRAINE OPHTHALMIQUE

Par Ch. FÉRÉ

Interne à l'hospice de la Salpêtrière

L'état pathologique sur lequel nous désirons rappeler l'attention a été décrit sous les noms de *scotome scintillant* (Listing, Dianoux, etc.), d'*amaurose partielle fugace* (Fœster), de *Teichopsiè* (Airy), de *scotome scintillant hémioptique* (Mauthner); mais nous avons préféré conserver l'expression de *migraine ophtalmique* qui nous paraît mieux faire comprendre les caractères généraux et la marche de l'affection.

La *migraine ophtalmique* est caractérisée par des troubles oculaires variés, consistant soit en sensations subjectives d'un spectre lumineux coloré ou non, soit en l'oblitération d'une partie du champ visuel, etc., précédant l'apparition de la douleur de tête qui apparaît généralement sur un point limité de la tempe, d'où elle s'irradie à la moitié du crâne, du côté où se sont manifestés les troubles oculaires. La douleur de tête se termine par des nausées ordinairement suivies de vomissements. Outre les troubles vaso-moteurs du côté de la face, la douleur de tête s'accompagne quelquefois de phénomènes divers du côté des membres ou même d'altération de fonctions cérébrales, notamment de troubles localisés de la sensibilité et de la motilité des membres, de troubles de la parole. Elle constitue un syndrome, dont quelques traits caractéristiques suffisent pour la différencier des autres migraines et en faire une affection véritablement autonome.

Cette *autonomie* ne nous paraît pas avoir été suffisamment reconnue par la plupart des auteurs qui ont considéré les troubles oculaires et les phénomènes cérébraux ou périphériques qui peuvent

les accompagner, comme des épisodes qui peuvent appartenir à l'histoire de toutes les migraines, tandis que, en réalité, ils ne se rencontrent toujours les mêmes, à chaque accès, que chez un petit nombre de migraineux.

Après Piorry, qui a tracé de main de maître un tableau vraiment saisissant de cette affection, nombre de médecins et d'ophthalmologistes l'ont étudiée, soit sous la forme didactique, soit sous la forme épisodique; aussi, n'est-ce pas une description complète que nous voulons entreprendre. Nous avons surtout pour but de passer en revue les traits principaux de la maladie et de mettre en lumière quelques particularités de son évolution surtout importantes au point de vue du pronostic, sur lesquelles insiste notre maître M. le professeur Charcot, qui a bien voulu nous communiquer quelques notes recueillies dans sa pratique privée, auxquelles nous joignons l'histoire de quelques malades encore en observation à la consultation externe de la Salpêtrière¹.

1. Tissot, *Traité des nerfs et de leurs maladies*, p. 388. — Œuvres (Lausanne), 1790, t. XIII, p. 112.

Wollaston, *Philosophical transactions*, 1824 (trad. par Arago, *Annales de chimie*, 1824, t. XXII, p. 100).

Parry, *Collection from the unpublished writing*, edited by Hixson, vol. I, p. 557, 1825.

Piorry, *Mémoire sur la migraine*, 1831. — *Traité de médecine pratique*, t. VIII, p. 75.

Pravaz, *Arch. gén. de méd.*, t. VIII, p. 59.

Labarraque, *Essai sur la céphalalgie et la migraine*. Thèse, 1837.

Brewster, *Philosophical magazine*, 1865, p. 503.

Tyrrell, *Cyclopædia of practical surgery*, 1841.

Herschel, *Familiar Lectures on scientific subjects*, London, 1836, p. 406.

Wilks, *Med. Times and Gaz.*, 1869, 2 janvier.

Testelin, *Supplément au Traité des maladies des yeux de Mackensie*.

Du Bois-Reymond, *Arch. f. anat. phys. und wissensch. med.*, Heft IV, p. 464, 1860.

Von Graefe, *Zehender's klin. Monatsblätter*, 1865 p. 148.

Fœrster, *Congrès ophthalmologique d'Heidelberg*, 1867.

Zehender, *ibid.*, *Klinische Monatsblätter*.

Möllendorf, *Virchow's Archiv*, Bd. 41, 1867, p. 387.

Hasse, *Virchow's Handbuch der speciellen Path. und Therap.*, t. I, p. 177.

Lebert, *Handbuch der praktischen Med.*, Bd. II, p. 672.

Airy, *Philosophical Trans.*, 1870, p. 247.

Liveing, *On megrim and sick headache*. London, 1873.

Quaglino, *Annali del ottalmologia*. 1871.

Latham, *On nervous or sick-headache, its varieties and Treatment*. Cambridge, 1873.

Macnamara, *A manual of the diseases of the eye*, 1872, p. 439.

Dianoux, *Scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire*. Thèse, 1875.

Axenfeld, *Traité des névroses*. 2^e édition, 1878.

Galezowski, *Arch. gén. de médecine*, 1878.

Ludwig Mauthner, *Gehirn und auge (Vorlesungen über Augenheilkunde; Wiesbaden, 1881); pp. 508-518.*

M. Galezowski dit qu'il a observé 76 cas de migraine ophthalmique en deux ans ; ce n'est cependant pas une affection commune.

On la rencontre à peu près aussi fréquemment dans les deux sexes, plus souvent dans l'âge adulte et dans l'âge mûr ; on peut toutefois la voir chez des vieillards et chez de jeunes enfants : une jeune fille observée par M. Charcot avait vu débiter les accidents à l'âge de neuf ans.

La migraine ophthalmique survient quelquefois chez des gouteux, des hémorroïdaires, chez des sujets anémiques ou à tempérament nerveux, chez des hystériques ; assez souvent, des sujets d'une bonne santé habituelle en sont atteints : quelques malades ont une hérédité nerveuse.

Le premier accès peut survenir spontanément sans qu'on puisse le rattacher à aucune cause appréciable. Il n'est pas rare qu'il soit déterminé par un travail intellectuel prolongé, par une lecture assidue pendant la période digestive, par une fatigue ou un excès quelconque. Certains sujets dyspeptiques virent leur attaque survenir au moment d'une recrudescence de leurs troubles gastriques. Chez les sujets en puissance d'une attaque, une impression forte sur les nerfs sensoriels et, principalement, sur le nerf optique, suffit pour la provoquer. Quelquefois les attaques sont précédées et annoncées par des troubles digestifs : la faim les détermine dans quelques circonstances. Une dame citée par Mauthner et qui était sujette à des attaques d'hémiopie passagère était plus souvent atteinte pendant la grossesse.

Il peut arriver que les troubles oculaires viennent se surajouter à la douleur de tête chez des sujets atteints d'une céphalalgie périodique, d'une migraine ordinairement simple. Mais, le plus souvent, la migraine ophthalmique apparaît complète d'emblée avec un type bien défini qui se reproduit à chaque accès. La plupart du temps, en effet, tous les accès se ressemblent chez le même malade ; mais nous verrons bientôt qu'il peut n'en être pas toujours ainsi.

Dans l'immense majorité des cas, ce sont les *troubles visuels* qui ouvrent la scène ; il est exceptionnel qu'ils soient précédés de céphalalgie. Ils pourraient être précédés de sensations diverses aux extrémités, comparables à l'aura épileptique¹.

Ces troubles sont très variables par leurs caractères et par leur intensité. Quelquefois c'est une *obnubilation passagère*, un léger brouillard qui ne fait que passer pour ainsi dire et sur lequel il faut appeler l'attention du malade pour qu'il en ait une notion précise.

1. James Clarke, cité par Liveing, p. 91.

Ce nuage s'accompagne parfois d'une sorte de vibration que plusieurs malades comparent à celles qui se passent dans l'air chauffé sur un poêle.

D'autres fois, c'est une *hémioptie transitoire* qui apparaît dans quelques cas graduellement, mais dans d'autres semble se produire subitement tout à coup ; le malade est surpris de ne plus voir que la moitié des objets ; s'il est en train de lire, il ne voit plus tout à coup que la moitié de la page, etc. La diminution du champ visuel semble ne jamais atteindre le point central ou à de rares exceptions près ; c'est plutôt un rétrécissement latéral du champ visuel qu'une véritable hémioptie. Ce rétrécissement est toujours homonyme. C'est quelquefois cependant la partie interne ou la partie externe qui est obnubilée dans les deux yeux ; d'autres fois même, c'est la partie inférieure ou supérieure du champ visuel qui est supprimée ; mais ces faits exceptionnels sont peut être d'une nature différente. Quelquefois encore, le malade n'a la sensation que d'un simple obscurcissement de la vue ; mais, en l'examinant de près, on constate qu'il s'agit d'une véritable perte de la vision. Quelquefois la limite du champ visuel restée intacte est limitée par une ligne droite, le champ visuel est plus ou moins nettement coupé, mais le plus souvent peut-être, cette limite est marquée par une ligne ondulée plus ou moins irrégulière.

Au lieu d'un simple rétrécissement du champ visuel, on peut observer une cécité complète.

Un phénomène spécial peut accompagner les autres troubles de la vue ou exister seul : c'est le *scotome scintillant*, qui se présente sous différentes formes ; rarement c'est un scotome central foncé oblitérant plus ou moins complètement la vision et limité par un bord lumineux quelquefois séparé de la partie obscure par une zone claire où la vision persiste. Le plus souvent le scotome occupe les parties périphériques du champ visuel et en particulier la région externe, à ce que pensent les malades ; mais ce n'est là qu'une apparence, et le scotome est à proprement parler *hémioptique*, il prédomine seulement dans l'œil qui est affecté du côté externe. Lorsque les malades en sont atteints pour la première fois, ils ne se rendent pas un compte exact de son aspect spécial : ils ne perçoivent qu'un éblouissement comparable à celui qu'on éprouve lorsqu'on cherche à regarder fixement le soleil, ou ils ont la sensation d'un feu d'artifice, d'une gerbe d'étincelles ; mais, quand ils arrivent à se rendre mieux compte de ce qu'ils éprouvent, ils en donnent presque tous une description identique. C'est un globe de feu plus ou moins volumineux. C'est une roue dentée rouge, blanche ou phosphorescente, qui est animée de vibra-



Fig. 1. — Différentes phases du scotome scintillant, d'après Hubert Airy. (Les lettres indiquent les diverses colorations : rouge, bleu, etc.).

tions très rapides et en même temps d'un mouvement de rotation incomplète autour de son centre; peu à peu, la roue s'élargit, son centre s'obscurcit et elle s'ouvre du côté qui correspond au point de fixation. Quand le centre est devenu obscur, les dents de la roue ressemblent aux angles d'un plan de *fortification*; à mesure que le cercle s'ouvre et s'élargit, il dépasse la limite du champ visuel en haut et en bas, et le malade finit par n'en plus voir que la partie externe, sous forme d'une ligne brisée lumineuse dont les angles continuent à trémuler jusqu'à ce que tout disparaisse. Dans certains cas, le scotome est constitué par un zigzag lumineux semblable à une étincelle électrique ou par une lueur vibrante. Le scotome scintillant est quelquefois blanc, d'autres fois il offre la coloration de la lumière électrique, d'autres fois enfin les divers segments du cercle de feu présentent des couleurs variées. Airy a bien figuré la forme la plus habituelle du scotome scintillant, et nous avons cru devoir reproduire le dessin qu'il en a donné (fig. 1). La sensation de scintillement persiste quand l'œil est fermé. Le scotome peut coïncider avec l'hémiopie ou avec l'obscurcissement du champ visuel, et il se présente ordinairement dans la même zone; mais tantôt il suit l'hémiopie, tantôt et plus souvent il la précède. Mauthner pense que ce scotome d'origine cérébrale peut se distinguer du scotome rétinien par ce fait, que, dans le dernier, on ne peut pas provoquer de phosphènes par pression de l'œil.

Ces troubles de la vision, hémiopie vraie ou fausse, scotome scintillant peuvent prédominer dans un œil. Le récit du malade peut faire souvent croire qu'il n'existait que dans un œil; mais, en y regardant de près, on s'assure que les phénomènes occupent un côté du champ visuel; mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le scintillement dépasse très fréquemment la ligne médiane.

On n'a que rarement eu l'occasion d'examiner l'œil au moment de l'accès de migraine. Quand on a pu le faire, on a trouvé ordinairement les pupilles contractées, et souvent inégalement, celle du côté affecté de migraine étant la plus petite (Latham); cependant, dans un cas de migraine avec cécité périodique, M. Galezowski a observé un élargissement de la pupille. Le même auteur a vu coexister avec les troubles de la vision l'anémie de la papille, anémie variable, lorsque l'hémiopie par exemple était elle-même variable.

Souvent, les troubles visuels s'accompagnent de douleurs névralgiques ou d'une sensation de tension dans l'œil affecté, qui est sensible à la pression; quelquefois, les deux phénomènes apparaissent plus ou moins brusquement, et les douleurs sont assez intenses pour qu'on puisse croire à l'apparition d'un glaucôme aigu (Dianoux).

L'amblyopie avec névralgie croisée (Galezowski) est exceptionnelle. La douleur oculaire ou orbitaire peut s'accompagner de larmoiement, de photophobie.

Les troubles visuels, avec ou sans douleur oculaire, précèdent la douleur céphalique qui les suit dans un espace de temps variable de quelques minutes à une demi-heure, une heure et même plus. Quand la céphalalgie se développe avant que les troubles oculaires aient disparu, on voit souvent ceux-ci diminuer à mesure que la douleur de tête augmente. Cette douleur a ordinairement pour siège la région frontale au-dessus de l'œil du côté affecté, ou encore la tempe du côté correspondant ; mais on peut la trouver dans la région pariétale et même dans le cou, comme chez une de nos malades. Au début, la douleur est limitée à un espace très peu étendu ; quelques malades la comparent à la sensation d'un clou qu'on leur enfonce dans le crâne ; quelquefois elle est soulagée par la pression (Latham). Peu à peu, elle s'irradie à toute la moitié du crâne du côté de l'œil affecté, et quelquefois même elle s'étend du côté opposé, mais avec une intensité moindre ; en général, c'est une véritable hémicrânie. La tête est chaude et bat, la douleur est augmentée par les mouvements.

Quand la douleur céphalique est arrivée à son summum, elle s'accompagne souvent d'une sensation de *vertige* plus ou moins accusée. Les vertiges apparaissent quelquefois plus tôt avec les troubles visuels et d'autant plus marqués que ceux-ci sont plus prononcés, et ils peuvent persister pendant tout le temps que dure la migraine.

Enfin, pour terminer la scène, on voit survenir des *nausées*, ordinairement suivies de *vomissements* qui marquent généralement la fin de l'accès.

Ainsi des troubles visuels, variables suivant les individus, et précédant généralement les autres phénomènes, une céphalalgie spéciale suivie de nausées et de vomissements, tel est l'ensemble symptomatique ordinaire de la migraine ophthalmique. Mais le syndrome peut être incomplet ; il existe des *migraines ophthalmiques frustes*. Quelquefois, par exemple, les troubles oculaires existent seuls, à l'état périodique pendant de longues années et peuvent paraître constituer toute la maladie. D'autres fois, les troubles oculaires sont suivis d'une migraine légère ou forte, mais les nausées et les vomissements manquent ; d'autres fois encore, on n'observe qu'une légère obnubilation de la vue, tellement passagère qu'elle passe presque inaperçue du malade lui-même, et on semble avoir affaire à une simple migraine ordinaire périodique, suivie de vomissements. Enfin on observe des faits dans lesquels le syndrome est pour ainsi dire dissocié ; les troubles oculaires et la migraine,

tout en restant quelquefois à peu près régulièrement périodiques, sont séparés par un espace de temps plus ou moins long et semblent se manifester isolément ; certains sont sujets à une amblyopie passagère ou à des attaques de scotome scintillant sans accompagnement d'aucun autre trouble, puis, quelques jours après, survient une migraine suivie de nausées et de vomissements. Ces *migraines dissociées* sont intéressantes en ce sens qu'elles établissent une transition entre les migraines frustes ou plutôt incomplètes, auxquelles il manque un ou deux tableaux de la scène morbide. D'ailleurs, et c'est un point sur lequel M. Charcot appelle particulièrement l'attention, il peut arriver qu'une migraine d'abord incomplète et constituée soit par un scotome périodique seul, soit par une migraine isolée, se complète plus tard, quelquefois au bout de plusieurs années, pour constituer une migraine ophthalmique plus ou moins régulière, dont les éléments avaient été méconnus d'abord, parce qu'ils étaient isolés. Une des malades que nous observons actuellement à la consultation externe de la Salpêtrière donne une idée de ces formes anormales.

Obs. I. — Mme A..., quarante et un ans, forte, très grasse, a eu deux enfants, bien réglée ; pas de maladies antérieures, sauf des accidents nerveux dont elle se plaint actuellement encore.

A l'âge de huit ans, elle aurait eu des attaques convulsives paraissant avoir été limitées au côté droit du corps et qui se seraient reproduites pendant deux ou trois mois.

Depuis huit ou dix ans elle est sujette à des engourdissements limités à la main droite et plus marqués dans la sphère du cubital ; ils se manifestent exclusivement le matin au lever et se reproduisent à peu près tous les jours ; jamais ils ne remontent dans le bras, mais quelquefois elle perçoit des sensations analogues dans la jambe. Elle éprouve en même temps une sorte de battement autour de la bouche, surtout à droite ; ces sensations sont quelquefois suivies de vertiges avec sensation de constriction dans la partie postérieure de la tête. Pas de troubles de la parole. Rien du côté de la miction. Ces accès matutinaux d'engourdissement durent environ une heure. Ces troubles ne paraissent pas avoir altéré la santé générale ; la malade est restée très replète.

L'engourdissement périodique et passager de la main droite a été pendant plusieurs années le seul trouble nerveux éprouvé par la malade. Depuis deux ans seulement, elle a commencé à éprouver des phénomènes particuliers du côté de la vision ; quelquefois elle s'aperçoit que la partie inférieure ou une des parties latérales du champ visuel s'obscurcit et qu'elle ne distingue plus rien dans ces régions ; d'autres fois, elle aperçoit une sorte de roue dentée lumineuse blanche comme la lumière électrique dont les dents trémulent constamment. A ce moment, la vue est troublée,

tantôt dans tout le champ visuel, tantôt seulement dans la moitié inférieure : elle verrait seulement la partie supérieure des objets, la partie inférieure étant couverte par le scintillement brillant. Le scotome disparaît peu à peu au bout d'un quart d'heure environ, en se déviant sur le côté gauche. La crise se termine avec des nausées, mais qui ne sont pas suivies de vomissement.

Les accès de céphalalgie, occupant principalement la partie postérieure de la tête avec sensation de constriction, coïncident quelquefois avec les troubles de la vision ; mais plus souvent, ils se manifestent isolément. Les douleurs de tête ne sont pas plus fortes pendant les troubles visuels. Ces derniers ne coïncident pas avec une augmentation de l'engourdissement du bras. Elle n'a jamais eu ni migraine, ni engourdissement pendant la nuit ; constipation habituelle.

10 février 1881. — Elle commence à prendre élixir d'Yvon à la dose de trois cuillerées par jour. Purgatif tous les trois jours.

17 février. — Examen des urines ; ni albumine, ni sucre. Elle continue le même traitement à la dose de quatre cuillerées et en augmentant d'une cuillerée par semaine, jusqu'à six par jour.

7 avril. — A vu encore un certain nombre de fois des étincelles et un arc avec des *angles qui dansent*, qu'elle décrit mieux que précédemment. Cet arc lumineux est d'un blanc bleuâtre comme la lumière électrique. Au moment où il apparaît, sa vue est troublée, tantôt en totalité, tantôt seulement dans la moitié inférieure du champ visuel. Elle a eu aussi plusieurs attaques de migraines indépendantes du scotome et précédées de l'engourdissement de la main. Traitement : élixir d'Yvon à la dose de six cuillerées par jour.

12 mai. — Depuis qu'elle prend du bromure, elle ne sent plus rien dans la jambe, et l'engourdissement des doigts a diminué ; mais elle se plaint d'une certaine gêne dans ces mêmes doigts lorsqu'elle ferme la main. Le scotome paraît s'être un peu modifié ; elle décrit une étoile qui apparaît du côté gauche du champ visuel et qui décrit une demi-circonférence pour aller disparaître du côté droit.

Ce cas est intéressant non seulement par la dissociation des symptômes de la migraine, qui est restée longtemps incomplète, mais encore par l'addition de troubles accessoires, qui ne font pas nécessairement partie du groupe symptomatique de la migraine ophthalmique, mais qui l'accompagnent souvent et sont capables de faire errer le diagnostic lorsqu'ils prennent un caractère prédominant.

Les troubles divers que l'on rencontre le plus fréquemment dans la *migraine ophthalmique accompagnée* sont des troubles de la parole ou des troubles sensitifs ou moteurs du côté de la face, des membres ; ces troubles se manifestent généralement en même temps que le scotome ou l'hémiopie ou les suivent de près.

L'*aphasie* est un de ces troubles les plus fréquents. Elle est plus ou moins complète; tantôt les malades n'ont perdu que quelques mots, tantôt il ne leur en reste presque aucun, et ceux qui leur restent, ils les placent à contre-temps; d'autres fois, ils n'ont que quelques erreurs de mots; quelquefois tout se borne à un simple embarras de la parole. Quel que soit le degré de l'aphasie, la soudaineté de son apparition, qui coïncide avec des troubles oculaires effrayants par eux-mêmes, jette dans l'esprit du malade un trouble profond, et il attend avec anxiété la fin de l'accès.

Quelquefois, non seulement le malade ne peut parler, mais il ne peut pas non plus écrire, comme dans le fait suivant, observé par M. Charcot, où l'on trouve l'aphasie contemporaine de l'hémiopie et de la céphalalgie et précédée de troubles moteurs.

OBS. II. — M. E... fait appeler son médecin ordinaire, M. le Dr Augron, et lui dit nettement: « Docteur, je suis aphasique. » Il répète constamment cette phrase et, quand on veut le faire s'expliquer, on constate qu'il ne peut trouver ses mots et qu'il emploie l'un pour l'autre. Il voulait écrire; mais, après bien des efforts, il ne put tracer que bien imparfaitement le mot « cerise ». Dans la nuit l'aphasie devint complète; elle cessa bientôt après l'application de douze sangsues derrière les oreilles.

Ce malade a eu trois ou quatre accès du même genre, qu'il attribue soit à une fatigue, soit à un accès de colère soit à une intoxication par le tabac; ordinairement, l'aphasie est précédée de quelques troubles de la motilité dans le pouce et l'indicateur de la main droite, et elle s'accompagne d'une douleur céphalique siégeant au-dessus du sourcil gauche et d'un peu d'hémiopie, mais n'est pas accompagnée ou suivie de vomissements.

Dans ce fait, l'aphasie coïncide avec des troubles périphériques du côté droit. Autant qu'on peut en juger par les rares faits publiés, quand l'aphasie est associée à des troubles du côté des membres, ces derniers occupent le côté droit.

Au lieu de la perte ou de la difficulté de la parole, on peut observer une obnubilation plus ou moins marquée de la mémoire; le malade peut articuler et trouve assez facilement les mots du discours ordinaire, mais il a perdu le souvenir de certains faits, de certaines dates, etc.

Les autres phénomènes sont quelquefois associés aux troubles de la parole; mais ils peuvent se manifester indépendamment de ceux-ci. Les plus fréquents sont les *troubles de la sensibilité*, qui se manifestent sous forme de fourmillements, d'engourdissements limités le plus souvent à la main et au bras, mais atteignant quelquefois

tout le côté du corps. Quelquefois, au lieu d'une sensation de fourmillement, le malade perçoit une sorte d'endolorissement, d'hyperesthésie du côté du corps, ou une sensation de picotement qui peut s'étendre à la moitié de la face, à la moitié de la langue ; d'autres fois, c'est une sensation de froid.

Quelquefois ces troubles de la sensibilité, au lieu de rester limités à un seul côté, peuvent s'étendre à l'autre, comme le montre l'observation suivante de M. Charcot, mais toujours rester prédominants du côté primitivement atteint.

Obs. III. — J'ai vu le 20 novembre 1877, avec MM. Simon et Prost, M. de St. M..., âgé de quarante-huit ans environ, de très haute stature, nerveux, hypochondriaque. Il a un frère qui souvent rit et pleure sans motif. Sa mère est, comme il le dit, « arthritique ». Il n'a jamais présenté aucun symptôme d'arthritisme à part des hémorroïdes.

Depuis l'âge de vingt-cinq ans, époque à laquelle il a cessé d'être hémorroïdaire, il est sujet aux accès suivants. Il commence par éprouver une sensation d'anxiété à la région précordiale, puis survient une hémioptie tantôt latérale, tantôt nasale ; il est très explicite sur l'hémioptie nasale : cela lui fait l'effet d'un grand rond noir qui l'empêche de voir en face mais lui permet de voir à droite et à gauche. Il n'a jamais eu de scotome scintillant.

Après cela survient un engourdissement très prononcé de la main droite, puis un peu d'engourdissement de la main gauche. Habituellement il y a aussi un peu d'engourdissement dans les lèvres et même dans la langue. Dans le même temps, il y a une aphasie réelle : tantôt il y a impossibilité de rien dire, tantôt il dit un mot pour un autre. Cela se termine par un mal de tête quelquefois très violent qui occupe les deux régions de la tempe et le sinciput. Ces accès ne sont jamais suivis de vomissement ; ils durent généralement un quart d'heure ou vingt minutes ; mais ils se répètent quelquefois plusieurs fois par jour ; dans un accès, la douleur persista pendant une demi-journée. Ils étaient autrefois plus fréquents : l'emploi du bromure de potassium à la dose de 6 grammes environ par jour depuis deux ans semble avoir produit un amendement. Il y a quelquefois des accès avortés.

Ces troubles de la sensibilité peuvent changer de côté dans les accès consécutifs sur le même sujet.

Obs. IV. — Jeune fille de dix-sept ans, atteinte depuis l'âge de neuf ans des accidents dont elle se plaint et qui sont décrits comme il suit par sa mère dans une lettre adressée à M. Charcot : « Après quatre semaines de traitement (bromure de potassium), la jeune fille, étant à la campagne, a été prise le matin de sa crise habituelle : trouble de la vue, douleur dans une tempe et, comme toujours, engourdissement du bras et

de la main opposés à la tempe souffrante. Un lourd sommeil termine la crise. Le tout avait duré trois heures. Le soir en se couchant, elle semblait bien ; mais, au milieu de la nuit, elle est réveillée par une douleur de tête extrêmement aiguë, comme elle n'en avait jamais éprouvé, puis des hauts de cœur et enfin des vomissements. Un sommeil très lourd et très long termine encore cette crise, pendant laquelle il n'y a eu ni trouble de la vue ni engourdissement. Le lendemain, accablement général, faiblesse extrême, même dans la vue, grande pâleur ; a pris quelque peu de nourriture avec assez bon appétit, ce qui faisait augurer de la fin de la crise, lorsqu'à cinq heures du soir elle est reprise de trouble dans la vue, de douleur dans la tempe et de légers engourdissements de la main et du bras opposés à ceux de la veille. La nuit se passe assez bien.....

Le lendemain soir, nouvel accès.

Depuis cette dernière crise, notre jeune fille est restée plusieurs jours à se remettre.

Elle persiste toujours dans ce qu'elle nous a dit que le trouble qu'elle a dans la vue lui fait voir les objets à moitié, c'est-à-dire une partie dans le brouillard ; mais elle ne voit point de serpent, ni de choses lumineuses, et, lorsqu'elle ferme les yeux, elle n'aperçoit plus rien..... »

Obs. V (Charcot). — J'ai vu le 20 avril 1870 un homme d'une trentaine d'années qui éprouve des migraines périodiques qui sont précédées de fourmillements siégeant dans le membre supérieur droit, dans la joue du côté gauche, de spectre vibratoire dans l'œil gauche et d'aphasie, le malade prenant alors pendant deux ou trois heures un mot pour un autre. Bientôt surviennent des nausées, les fourmillements cessent, et une vraie migraine s'établit, qui oblige le malade à se coucher et dure environ vingt-quatre heures.

D'autres fois, les fourmillements siègent dans le membre supérieur gauche ; le malade n'a pas su me dire s'il était aphasique même dans ce dernier cas.

Il a été revu en 1872 et en 1880. A sa dernière visite rien n'était changé, sauf que ses accès sont moins fréquents et moins forts.

Les troubles moteurs sont plus rares que les troubles sensitifs ; ils consistent en parésies ou en *paralysies* complètes, s'étendant le plus souvent au bras seulement, quelquefois au bras ou à la face, quelquefois enfin à tout le côté du corps sous forme d'hémiplégie complète, comme nous en rapporterons un exemple.

Obs. VI. — Madame Vald..., sage-femme, trente-quatre ans, sans antécédents héréditaires, ni goutte, ni rhumatismes. Pas d'antécédents personnels ; seulement un peu nerveuse, d'une bonne santé habituelle d'ailleurs, replète.

Au commencement de décembre 1878, vers onze heures du soir, en lisant dans son lit, elle a, dit-elle, une douleur qui lui traverse la tête

comme un éclair, partant de la partie supérieure et postérieure droite, traversant obliquement la convexité du crâne et s'arrêtant à la partie inférieure de la tempe gauche. Elle reste comme hébétée à la suite de cette douleur, puis s'endort. Quelques jours après, elle éprouva à plusieurs reprises une sorte de vertige avec sensation de pression la forçant à courber la tête et à fermer les yeux ; elle aurait « dormi », dit-elle, ou perdu connaissance pendant quelques secondes. Ces accidents se sont renouvelés jusqu'au 14 janvier 1879. Ce jour-là, elle se réveille le matin, ne pouvant remuer ni les doigts, ni la main droite. Le lendemain, le bras tout entier était paralysé et insensible ; elle sentait dans la paume de la main une chaleur excessive, et elle dit que sa main était très gonflée. Vers la fin de janvier, elle éprouve une crampe dans la jambe droite à la suite de laquelle survint une paralysie avec anesthésie du membre inférieur. La malade dut alors garder le lit.

Le 20 février, les vertiges revinrent plus forts, et le 21, à sept heures du matin, elle sentit un tremblement dans les jambes, puis dans les doigts et la paume de la main droite ; en même temps, il se fit un mouvement de torsion de la tête de gauche à droite, la commissure buccale était tirée à droite ; les paupières étaient animées d'un mouvement convulsif comme les muscles de la face ; la malade ne pouvait articuler une parole, elle ne pouvait que pousser des cris rauques. Ces convulsions cloniques durèrent environ une heure sans que la malade perdît connaissance, puis tout rentra dans l'ordre. A partir de ce moment, elle commença à éprouver des douleurs paroxystiques dans la tête partant du côté droit du cou, remontant par l'occiput vers le vertex et le front pour se terminer à la racine du nez ; ces crises duraient de deux à cinq minutes et s'accompagnaient de nausées.

Vers la fin de mars, la malade commence à remuer la jambe droite ; le 15 avril, la main était à peu près libre, mais ce ne fut que vers le 15 mai que la malade put recommencer à écrire.

Pendant dix-huit mois, elle n'eut aucune douleur de tête et fut parfaitement bien.

Le 7 novembre 1880, vers deux heures du matin, la malade entre dans une pièce surchauffée par un poêle, où elle dut rester jusqu'à quatre heures.

En rentrant chez elle, elle fut prise de vertiges et perdit connaissance dans la rue ; elle arrive chez elle toute grelotante et se couche à cinq heures et demie. Aussitôt, elle éprouve une douleur violente sur le côté droit du front, et elle a devant les yeux alternativement une grande clarté et une roue dentée rouge dont les dents vibrent et qui tourne. Ces phénomènes persistaient même quand elle fermait les yeux. Dans la journée, elle eut des vomissements glaireux ; mais les sensations lumineuses ne disparurent point ; la roue dentée rouge dans les premiers jours devint peu à peu blanchâtre, de la couleur des éclairs pendant cinq ou six jours. En même temps, la douleur de tête persiste et augmente ; il semble à la malade que sa vue baisse ; elle ne peut ni lire ni écrire sans avoir des

nausées et des douleurs violentes dans les yeux. Puis les anciennes douleurs de tête partant du cou reparaissent; il lui est impossible de se coucher sur le côté gauche sans éprouver de violentes douleurs dans l'œil gauche et au front. Ces douleurs sont toujours accompagnées de vomissements. Quelquefois elle a des tintements dans les oreilles, et par moments elle est sourde de l'oreille droite; battements dans la tempe droite. Fièvre tous les soirs vers huit heures.

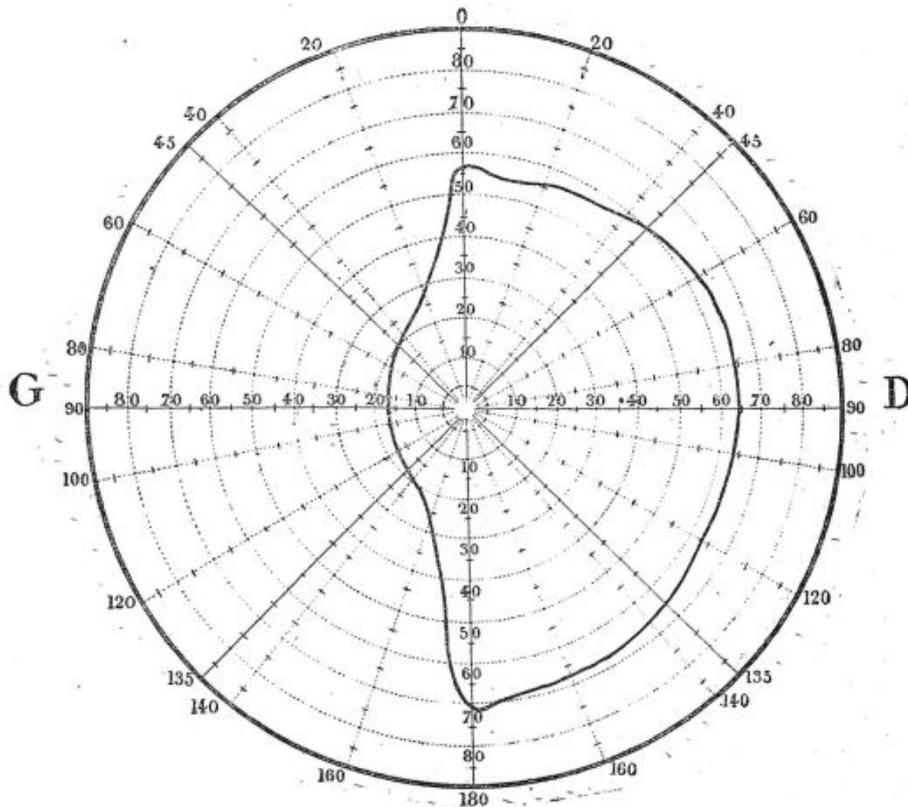


Fig. 2. — Fausse hémipie, dans l'observation VI.
(Oeil gauche.)

Le 25 décembre, à trois heures après midi, la main et le bras gauches deviennent raides, la bouche se contracte en se tirant à gauche, l'œil reste fixe; elle ne peut faire aucun mouvement de tout le côté gauche, qui est anesthésique; la contracture dura jusqu'à cinq heures. Puis de violentes crises douloureuses se succèdent de dix en dix minutes, commençant par le cou, remontant en arrière de la tête et se ramenant à la racine du nez. Pendant ces accès, la malade a vu double; puis devant l'œil droit venait se placer un cercle blanchâtre ayant un centre noir.

A partir du 3 janvier 1881, mieux sensible ; les crises deviennent plus rares, moins douloureuses ; la douleur oculaire a diminué, la malade commence à pouvoir se coucher sur le côté gauche. Sa main gauche gonfle un peu de temps en temps ; la surdité persiste momentanément ; sa vue est très faible, et elle voit incomplètement les objets, ou ils lui semblent déformés.

Le 19 janvier, M. le Dr Meyer constate une hémioptie gauche à forme

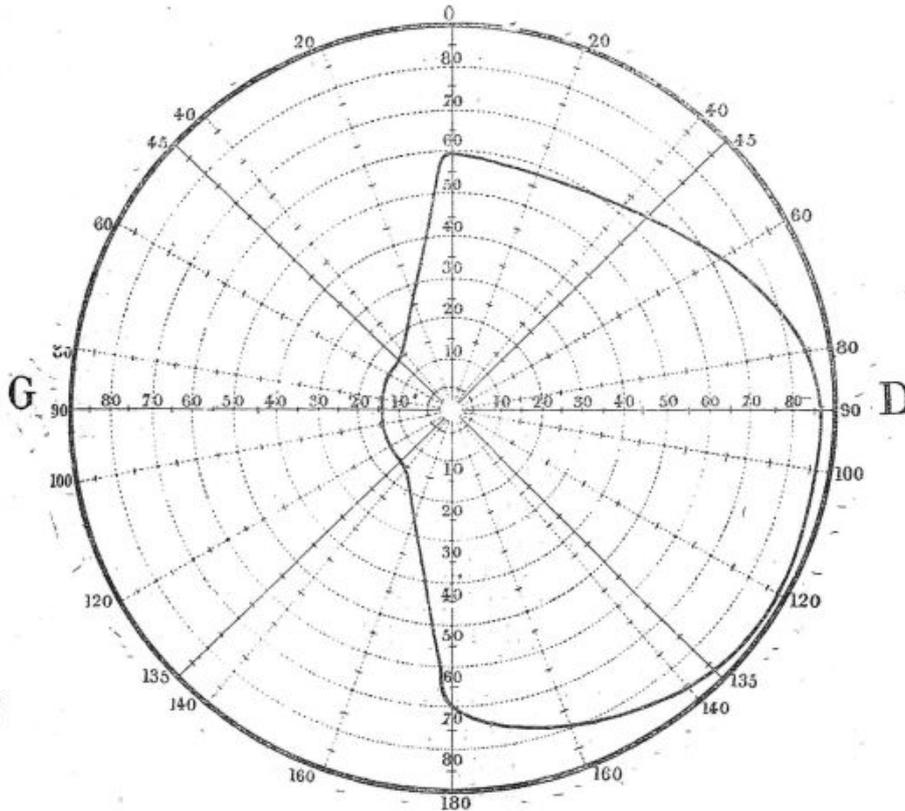


Fig. 2. bis. — Fausse hémioptie, dans l'observation VI.
(Oeil droit.)

spéciale, en ce sens que la vision normale dépasse un peu le centre et que le champ visuel est généralement rétréci, mais surtout du côté gauche (fig. 2). A la papille, flexuosités et varicosités des artères de la rétine.

Quand elle se présente à la consultation du 4 février, les réflexes tendineux sont exagérés des deux côtés, surtout aux tendons rotuliens.

Sous l'influence de l'électricité statique les phénomènes tant céphaliques que périphériques se sont graduellement amendés ; le 16 février, le 6 avril, M. Meyer a pu constater l'agrandissement graduel du champ visuel.

Le 3 mai, après avoir pris du café, elle a eu un accès de migraine ophthalmique à la suite de laquelle M. Landolt a pu constater une nouvelle recrudescence de l'hémiopie.

Le 31 mai, nous dessinons de nouveau le champ visuel de l'observation V, avec le périmètre et nous constatons que, à la partie externe du champ visuel de l'œil gauche où est le rétrécissement prédominant, la vision est limitée au 30° degré sur l'axe transversal, mais tout à fait en dehors, il existe du 70° au 80° une plaque allongée verticalement où la vision est nette.

D'autres fois, la migraine ophthalmique coïncide avec des *attaques épileptiformes*, et, chose remarquable, on peut la voir se substituer à des accès d'épilepsie véritable, ce qui pourrait faire croire que, dans certains cas, elle constitue une forme d'épilepsie larvée. Toutefois, il ne faut pas confondre les attaques de migraine ophthalmique se produisant séparément de crises épileptiques chez le même sujet, avec certaines hallucinations de la vision qui précèdent l'attaque épileptique. Dans certains cas de mal comitial ou même d'épilepsie partielle, immédiatement avant l'accès, le malade voit trouble, les objets grossissent ou se rapprochent, le malade voit des scintillements, des feux d'artifice, une boule de feu, un globe brillant rouge ou vert qui vient de loin et se rapproche peu à peu, et le malade perd connaissance quand il a la sensation que le corps brillant va arriver sur lui; mais aucun épileptique ne donne la description caractéristique de l'hémiopie, ni du scotome scintillant classique, ni de la fortification trémulante, ni du zigzag.

L'observation suivante nous fournit un exemple de migraine ophthalmique qui s'atténue après l'apparition d'une épilepsie partielle.

Obs. VII. — Mouh..., cinquante ans, graveur sur pierre. Vers l'âge de deux ans, il aurait été mis en garde, et, quand on l'a repris un an plus tard, la colonne vertébrale présentait déjà une cyphose très marquée. Pas de trace de rachitisme sur les os des membres, la tête est bien conformée. Quoiqu'un peu faible, il a toujours joui d'une assez bonne santé et n'a jamais fait de grande maladie. Il a toujours eu la tête un peu faible et n'a jamais pu bien faire ses affaires.

Depuis sa jeunesse, il a des accès de migraine. C'est seulement en 1874 qu'est apparue l'épilepsie partielle, et dès lors les accès de migraine se sont beaucoup atténués.

Autrefois, les accès de migraine revenaient à peu près tous les mois et étaient facilement provoqués par les excès de tous genres ou par les changements dans son genre de vie; ils duraient de douze à vingt-quatre heures.

Cette migraine était caractérisée par une douleur au niveau de la

région pariétale gauche avec sensation de pesanteur et de chaleur, la pâleur du visage, un scotome scintillant figurant une fortification lumineuse et occupant la partie gauche du champ visuel ; puis survenaient des nausées qui n'étaient pas suivies de vomissements. A la fin de l'accès, le malade éprouvait du côté droit du corps des fourmillements et comme une sensation de froid. Ces fourmillements commençaient par le côté droit de la face, remontaient vers l'oreille droite, puis gagnaient le membre supérieur droit, et finalement l'extrémité des doigts. Ces sensations de fourmillement ne se produisaient que dans les attaques un peu fortes, et elles étaient le prélude de la fin de l'attaque.

C'est en 1871 qu'il eut son premier accès d'épilepsie partielle avec chute et perte de connaissance. Ces accès n'ont pas cessé de se reproduire depuis. Au début, ils revenaient tous les huit jours ; puis, à la suite d'un traitement par le bromure de potassium, il est resté il y a quatre ans pendant une année sans avoir d'attaque, enfin les attaques sont revenues, et elles se reproduisent maintenant à peu près périodiquement tous les huit ou quinze jours, ordinairement la nuit et après minuit.

Ces attaques se caractérisent ainsi : Le malade sent un *frémissement* au bout des doigts de la main droite (du même côté qui était le siège de l'engourdissement à la suite des accès de migraine) ; ce frémissement est pour lui un avertissement ; il se lève pour mieux résister à l'attaque et il a toujours le temps de le faire. Presque aussitôt après, les doigts (de la main droite) se contractent en flexion. Tout peut se borner là, le malade agite volontairement son membre pour faire cesser sa crampe, et tout s'arrête. D'autres fois, les choses vont plus loin ; le membre supérieur tout entier est pris de tremblement, puis la tête s'incline spasmodiquement vers l'épaule droite, et la bouche se dévierait à gauche. Enfin, dans un certain nombre de cas, il y a perte de connaissance, généralisation des convulsions à la face et aux membres, morsure de la langue ; ces attaques avec perte de connaissance sont plus fréquentes que les autres ; il n'a jamais uriné au lit, ni dans ses vêtements. Après les attaques, il est triste, pleure, a des idées de suicide. Quelquefois, le même scotome qui accompagnait la migraine annonce l'attaque.

Quand il se présente à la consultation pour la première fois, le 10 avril 1880, on ne trouve pas trace de paralysie dans les membres ; la force dynamométrique est égale dans les deux mains. Les réflexes tendineux sont normaux.

Le malade est hémorroïdaire, ordinairement constipé, et une purgation même légère amène une crise épileptiforme.

Traitement : élixir d'Yvon quatre cuillerées à café par jour la première semaine, cinq la seconde, six la troisième, sept la quatrième.

Le malade revient le 6 mai ; il n'a eu qu'une seule attaque d'épilepsie avec perte de connaissance, pas de migraine. Traitement : élixir polybromuré à prendre de la même manière à la dose de 5, 6, 7, 8 cuillerées.

4 juin. — Le malade n'a plus eu de crises, il a eu seulement dans l'œil gauche « des rayons comme une auréole ». Ces sensations lumineuses

lui paraissent beaucoup plus nettes depuis la disparition des accès d'épilepsie. Traitement : reprendre l'élixir aux doses successives de 5, 6, 7, 8 cuillerées.

3 juillet. — Il y a trois semaines il a eu un accès d'épilepsie sans perte de connaissance; la face s'est convulsée et tournée à droite; le membre supérieur droit a été agité de convulsions spasmodiques, et le pied s'est maintenu en varus équin. En dehors de cela, le malade a eu plusieurs fois des fourmillements dans les derniers doigts de la main droite, qui duraient quelques minutes. Traitement : élixir, 6, 7, 8, 9 cuillerées.

7 août. — Il n'a pas eu d'accès d'épilepsie depuis le 13 juin; mais il a eu un accès de migraine avec scotome. Traitement : élixir, 5, 6, 7, 8 cuillerées.

7 septembre. — A eu un seul accès d'épilepsie depuis un mois. Plusieurs fois, sans maux de tête, il a eu son scotome à droite.

30 octobre. — Il n'a pas eu de grandes attaques, seulement quelques secousses dans le membre supérieur droit. Il a eu plusieurs fois des accès de scotome isolé. Traitement : élixir, 5, 6, 7, 8, 9 cuillerées.

3 février 1881. — Les attaques ne se sont pas reproduites plus fréquemment, mais elles paraissent avoir changé un peu de caractère. Elles débutent par un engourdissement avec crispation de la main, et non par un frémissement, comme autrefois. Même dans les grandes attaques, qui sont devenues très rares, il a toujours le temps de choisir sa place avant que les convulsions générales se produisent. Ordinairement l'attaque consiste seulement en un engourdissement sans frémissement de la main, où la convulsion se localise, sans perte de connaissance. La migraine reste considérablement atténuée. Traitement : supprimer l'élixir d'Yvon; prendre avant chaque repas tous les jours deux pilules avec extrait de valériane 25 centigrammes et oxyde de zinc 5 centigrammes.

12 février. — Depuis qu'il a supprimé le polybromure, les attaques d'épilepsie se sont reproduites deux fois par semaine. Traitement : élixir, 5 et 6 cuillerées.

9 mars. — Les attaques n'ont pas reparu, mais il a eu quelques engourdissements dans la main droite, de temps en temps et isolément des scintillements, des paillettes lumineuses du côté gauche, avec vue trouble.

8 mai. — Il était tranquille depuis un mois; hier il a eu un brouillard du côté gauche, et il a eu deux attaques d'épilepsie depuis.

Traitement : 5 cuillerées d'élixir par jour et une pilule avec 3 centigrammes d'extrait de belladone.

Dans le fait suivant, que nous avons décrit d'après des notes fournies par MM. Cornil, Keller, Burlureaux et Ballet, on voit que les troubles propres à la migraine ophthalmique et attaques épileptiques se sont développés parallèlement, tellement, qu'en somme, il est à peu près impossible de dissocier les deux ordre de phénomènes.

Obs. VIII. — M. T..., pharmacien, quarante-trois ans. Son père fut atteint de paralysie générale, il a été aphasique, et il est mort d'une congestion cérébrale un an après le début de la maladie. Sa mère est morte aliénée après six mois de maladie (alternatives de délire hypochondriaque et de délire maniaque, hallucinations de la vue et de l'ouïe). Sa sœur est atteinte de folie raisonnante. Rien, chez les collatéraux et les ascendants plus éloignés : le grand-père maternel seul était goutteux.

C'est à l'âge de huit ans et demi que le malade a éprouvé pour la première fois des accidents nerveux. Il eut alors une perte de connaissance, qui dura plusieurs heures et avait été précédée de sensations lumineuses dans l'œil droit. A l'âge de dix à quatorze ans, il eut encore d'autres pertes plus ou moins complètes de connaissance, toujours précédées de sensations lumineuses en forme de roue lumineuse qui s'avance. Il a eu alors des accidents convulsifs dont M. Cornil a été témoin au collège. De quatorze à quinze ans, le malade s'est réveillé plusieurs fois en sursaut en voyant un globe de feu. Depuis cet âge jusqu'à trente ans, les mêmes accidents se seraient présentés à peu près une fois par an et caractérisés par des attaques constituées par l'apparition d'un scotome étincelant à droite, puis sensation de déchirement de la tête du côté droit, perte passagère de la vue du même côté; il y a eu perte de connaissance dans un certain nombre d'accès.

A l'âge de trente ans, en dehors de tout accès de migraine, le malade ressentit un jour un fourmillement dans les cinq doigts de la main droite, montant progressivement, gagnant la lèvre supérieure du côté droit, la moitié correspondante de la langue, avec difficulté de la parole. Ces accidents se sont produits à la suite d'une peur.

« L'image lumineuse que le malade perçoit dans ses accès n'est pas toujours la même. C'est quelquefois, mais rarement, un globe de feu sphérique; c'est le plus souvent un zigzag se rapprochant de la forme d'une portion de roue irrégulièrement dentée; d'autres fois encore, c'est un zigzag à direction générale plus rectiligne, comme un éclair. L'image est le plus souvent blanche comme un trait de feu; d'autres fois, elle revêt les couleurs de l'arc-en-ciel. Quelquefois il n'y a pas d'image lumineuse, mais seulement hémiopie. Cette sensation lumineuse ou cette hémiopie ont une durée variable de quelques minutes à plusieurs heures. Elle est toujours précédée de douleur de tête et d'obnubilation de la vue; elle est toujours suivie de nausées et de vomissements. Elle est parfois suivie de perte de connaissance. A cet égard, M. Burlureaux pense que les accidents peuvent être divisés en deux séries : les accès de migraine ophthalmique éprouvés par M. T..., jusqu'en 1873 ont toujours été suivis de perte de connaissance, sauf l'accès de 1865, depuis 1873, ils sont seulement suivis de vertige avec état de vague intellectuel très passager : une seule crise (1876) a été suivie de perte de connaissance. »

Ce malade a perdu connaissance à la suite de la migraine, mais il n'a jamais perdu connaissance sans migraine. La femme du malade affirme que, dans les accès de migraine avec perte de connaissance, sa face devient

pâle, il se contracterait, se débattrait du côté droit et se mordrait la langue.

Quand il y a perte de connaissance, elle dure une demi-heure en moyenne, et elle s'accompagne toujours de ronflement pendant toute la durée.

C'est toujours la nuit, ou de grand matin, ou pendant la nuit que les accidents se produisent : le malade se réveille brusquement comme d'un cauchemar, éprouve un mal de tête, puis des troubles visuels, puis soit une perte de connaissance, soit un vertige, enfin des nausées et des vomissements, et pendant quelques heures ensuite un léger malaise général et une frayeur intense (panopobie momentanée).

A l'âge de trente-six ans, il fut pris de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont peu intenses ; mais il s'y ajoute des phénomènes spasmodiques, des mouvements d'extension brusques. Perte du réflexe rotulien des deux côtés. Zone d'hyperesthésie (anesthésie douloureuse, dysesthésie) à la cuisse droite avec réflexe cutané quand on frappe cette partie de la cuisse (réflexe retardé) ; faiblesse du sphincter anal.

Depuis le début des phénomènes tabétiques, la migraine paraît avoir été moins fréquente.

Le 20 avril 1880, M. le Dr Keller écrivait : « M. T. a eu au mois d'octobre dernier une attaque de sa migraine anormale ; il avait passé quatre ans sans en avoir. »

« *Description de cette dernière attaque.* — Sensation violente dans la jambe gauche, comme si un boulet de canon la lui emportait, suivie de chute sur le sol, mais sans perte de connaissance, puis engourdissement dans le pouce et la lèvre gauches. Au bout d'un quart d'heure, obscurcissement de la vision centrale, obligation de se mettre au lit et passage pendant environ dix minutes d'impressions lumineuses en tous sens devant l'œil gauche. En même temps, hémioptie tantôt dans le sens vertical, tantôt dans le sens horizontal. Au bout d'un quart d'heure, besoin de dormir jusqu'au lendemain matin, où le malade se réveille très dispos.

« Dans les crises précédentes, tous ces phénomènes s'étaient passés à droite. »

Le 2 janvier 1881, il y eut un nouvel accès, que M. le Dr Burlureaux décrit à peu près dans les mêmes termes ; les phénomènes se sont passés aussi du côté gauche, mais il y a eu seulement obnubilation de la vue de l'œil gauche sans hémioptie.

Le malade a conservé jusqu'à présent l'intégrité absolue de son intelligence.

Un des caractères des symptômes tant normaux qu'accessoire de la migraine ophthalmique est d'être *transitoires* et en général de courte durée. Dans les cas ordinaires, les troubles visuels durent de quelques minutes à une demi-heure, rarement plus ; la céphalalgie

dure quelques heures au maximum ; les troubles de la parole, de la sensibilité, du mouvement sont aussi très passagers ; très souvent, toute la scène ne demande pas plus d'une heure.

Toutefois, et c'est là un point sur lequel M. Charcot insiste souvent, il n'est aucun des symptômes habituels ou associés de la migraine ophthalmique qui ne puisse persister pendant un temps plus ou moins long ou même s'établir à l'état *permanent* : l'hémiopie, l'aphasie, les troubles de la sensibilité, les paralysies, après être restés longtemps transitoires, peuvent devenir définitifs ou du moins persister pendant un temps très long.

Parmi les symptômes habituels de la migraine ophthalmique qui peuvent persister, nous signalerons l'hémiopie ; c'est ainsi qu'un malade est adressé à M. Charcot par M. Lépine, avec la note suivante :

Obs. IX. — « Depuis l'an dernier, à la suite d'un accès de migraine héréditaire, aphasie temporaire, il présente une hémiopie qui ne s'est pas sensiblement amendée depuis un an, tandis que les accès de migraine, grâce à un traitement hydrothérapique, n'apparaissent plus que de loin en loin et n'ont plus une intensité comparable à celle des accès d'autrefois. »

Le scotome peut aussi rester permanent, soit seul, soit associé à d'autres troubles, comme dans le fait suivant, observé par M. Charcot avec MM. Fournier et Galezowski.

Obs. X. — M. Andr..., de Tiflis, âgé de cinquante-cinq ans (16 juillet 1880), a un frère et une sœur atteints de migraine (on ne sait pas si elle est accompagnée de scotome). Il est lui-même nerveux et a été atteint de migraine à la suite de grands travaux, avec grandes préoccupations morales. Il a eu un chancre suivi de maux de gorge et d'éruption cutanée en 1871, et a été soigné. Il a depuis longtemps un scotome central de l'œil droit permanent, considéré et traité comme syphilitique sans succès à Vienne par Arlt et Sigmund. Il y a six ans apparut une migraine ophthalmique avec scotome scintillant de l'œil gauche, et douleur frontale et sincipitale, sans nausées ni vomissements. A la suite de ces accès qui se sont souvent répétés, survint bientôt un scotome non central de l'œil droit. Les accès se reproduisirent, et à la suite de l'un d'eux apparut un engourdissement de l'indicateur de la main droite, qui, comme le scotome de l'œil gauche, persiste sans modification depuis plusieurs mois. Pas d'aphasie. Ce scotome, très lumineux, mais sans couleur, est souvent accompagné d'hémiopie droite.

Un fait à remarquer, outre la persistance du scotome de l'œil gauche, c'est que ce dernier n'est pas accompagné de signes ophtalmoscopiques, tandis

que le scotome de l'œil droit, considéré comme syphilitique, est marqué par une plaque d'exsudat.

D'autres fois, les symptômes ordinaires de la migraine ophthalmique conserveront leur caractère transitoire; mais les troubles, qui, d'abord accessoires, ont fini par dominer la scène, deviennent persistants.

Il peut en être ainsi pour l'aphasie comme on le voit dans les deux faits suivants.

Obs. XI (de M. Charcot). — M. de K..., cinquante ans, négociant à Rotterdam, a souffert il y a quinze ans de coliques néphrétiques pour lesquelles il fit une saison à Carlsbad. Depuis cette époque, son urine a très fréquemment présenté des dépôts uriques.

Il y a environ cinq ans, il commença à éprouver des migraines dont les accès se rapprochèrent très rapidement, au point de se montrer en moyenne deux fois par semaine. L'accès, très-violent, durait vingt-quatre heures. La douleur était surtout intense dans les régions orbitaire et frontale gauches, mais elle s'étendait à toute la tête. En même temps, l'œil gauche était le siège de scotome avec sensation d'anneaux lumineux, quelquefois avec hémopie, temporaire et engourdissement dans la main droite.

A ces symptômes vint se joindre l'aphasie. Celle-ci, d'abord limitée à la durée de l'accès, ne tarda pas à persister dans les intervalles, et, depuis deux ans environ, elle est permanente. Elle a consisté d'abord dans la difficulté et la lenteur de l'articulation des mots, ensuite dans la difficulté de trouver ces mots et dans l'oubli des formes grammaticales. Le malade, dans ses meilleurs jours, parle lentement et parle nègre. Au surplus, cette difficulté est moindre pour sa langue maternelle que pour les diverses langues étrangères qu'il paraît très bien posséder. Cette difficulté augmente pendant les accès de migraine.

Au printemps de 1880, il a été soumis au traitement par le bromure de potassium à hautes doses, l'hydrothérapie et l'électrisation statique. Sous cette influence, la migraine qui d'ailleurs avait déjà diminué de fréquence, a complètement disparu. Il reste seulement de temps à autre, à l'occasion d'une faute d'hygiène, une céphalalgie gravative frontale et occipitale avec un peu de vertige. Quant à l'aphasie qui avait paru s'amender au début du traitement, elle est en définitive demeurée sans changement. Un coït intempestif a paru être la cause d'une sorte de rechute sous ce rapport.

Enfin il est à rappeler que, pendant le cours du traitement, le malade a présenté pour la première fois un eczéma sécrétant et ensuite une éruption de furoncles volumineux.

Dans le fait suivant, M. Charcot considère encore l'aphasie permanente comme liée à la migraine dont la malade paraît être atteinte depuis longtemps.

OBS. X (de M. Charcot). — J'ai été appelé à Alvimar près d'Yvetot, le 25 janvier 1881, par le Dr Justin, d'Elbeuf, pour voir Mme Ar. X....

Cette dame a souffert pendant longtemps, presque toute sa vie, de migraines très intenses et très pénibles, terminées par des vomissements. La migraine s'accusait par un clou tantôt au-dessus de l'œil droit, vers la tempe, tantôt au-dessus de l'œil gauche. Elle n'a pas pu décider, étant actuellement aphasique, si dans ses accès il existait des troubles de la vision, hémiope ou scotome scintillant, et tout ce qui vient d'être dit repose sur le récit de la domestique qui la soigne depuis fort longtemps. On assure seulement que, depuis quelques années, ses migraines s'étaient notablement atténuées.

Vers Noël (1880), la malade éprouva un mal de tête ressemblant à ses migraines habituelles; seulement, il est constant que cette fois il y eut de l'engourdissement de quelques doigts de la main droite, une *difficulté de voir en lisant la fin des lignes* (y a-t-il eu cercle lumineux?), et enfin difficulté à trouver les mots, à écrire. Cet état empira rapidement, bien que le mal de tête eût cessé, sans être suivi, cette fois, de vomissements. L'engourdissement de la main droite a cessé; mais l'aphasie et l'agraphie se sont accentuées au point que la malade ne sait plus que dire « oui » et « non », et encore pas toujours d'une façon appropriée. Quand on lui dit d'écrire son nom, elle écrit « fer », et toujours « fer », quel que soit le mot qu'elle veuille tracer. On lui écrit son nom « A... X. » d'abord en caractères anglais, puis en caractères romains; elle veut copier, mais écrit « fer », « fer ».

Aujourd'hui, cette aphasie dure depuis un mois (fin janvier). Il n'y a pas et il n'y a jamais eu de paralysie des membres; mais il me paraît évident que la bouche est déviée vers la gauche, la langue est manifestement tirée vers la droite; les plis verticaux de la lèvre supérieure sont effacés à droite, conservés à gauche; il y a donc un peu de paralysie faciale. Impossible de décider s'il y a actuellement de l'hémiope. D'ailleurs, la malade est alerte, très vive, s'impatiente, veille à tout, connaît les heures et les jours, fait les honneurs de chez elle. En somme, tout ce qui est automatique et se fait sans être remarqué de la malade est fait normalement; mais ce qui exige l'intervention de la volonté se fait mal. Pas de vertiges, pas de troubles du côté de l'estomac, rien au cœur.

La malade a été revue le 15 avril; elle était toujours aphasique, mais possédait un vocabulaire un peu plus étendu et pouvait confirmer les renseignements qui ont été donnés précédemment.

Les troubles du mouvement et de la sensibilité peuvent aussi persister, comme le montre l'observation VI.

Il résulte de ces faits que le pronostic de la migraine dite ophthalmique est loin d'être aussi bénin qu'on a pu le dire jusqu'à présent. S'il est vrai qu'on peut avoir toute la vie des accès de scotome ou d'hémiope avec ou sans migraine, si même on peut voir les accès

s'atténuer dans leur fréquence et dans leur intensité, il peut aussi arriver qu'un des symptômes normaux ou associés s'installe d'une façon plus ou moins durable et augmente d'autant la gravité de l'affection. En outre, certaines migraines ont une parenté très proche avec l'épilepsie, soit que les attaques des deux affections se manifestent isolément sur le même sujet, soit que les deux affections se confondent, pour ainsi dire, en formant des attaques combinées commençant par une migraine ophthalmique et se terminant par un vertige ou une perte de connaissance avec convulsions, comme dans l'observation VIII. L'apparition des phénomènes associés, l'installation durable des troubles morbides ou la transformation des attaques est subite et n'est annoncée par aucun signe appréciable. En somme, rien n'est plus incertain que l'avenir d'une migraine ophthalmique.

Les troubles associés de la migraine ophthalmique diminuent un peu l'obscurité de la physiologie pathologique. Ils montrent que les troubles oculaires ne peuvent pas être imputés à un phénomène morbide local à un spasme des artères de la rétine (Brewster, Quaglino, etc.). Ce ne peut pas être une sorte de névralgie du nerf optique, une lésion des tractus (Dianoux, Mauthner) une irisalgie (Piorry). Ce ne peut être qu'un phénomène cérébral, vraisemblablement une anémie, comme semblent l'indiquer le rétrécissement des vaisseaux de la rétine qui a été constaté plusieurs fois et le fait signalé notamment par M. Dianoux que les troubles peuvent cesser par la position déclive de la tête. On peut donc admettre l'hypothèse d'une excitation du sympathique (Du Bois-Reymond) amenant des contractions spasmodiques des vaisseaux cérébraux et une anémie momentanée et limitée de la substance cérébrale, qui peut être suivie dans certains cas d'une période de congestion (Latham). M. Ball, étudiant certains faits d'aphasie transitoire qui nous paraissent avoir quelque analogie avec les faits que nous venons d'étudier, reprend cette hypothèse et admet un phénomène analogue à celui que M. Maurice Raynaud a décrit sous le nom d'asphyxie locale causée par un trouble local de la circulation et qui détermine une anémie des extrémités qui peut aller jusqu'à la gangrène ¹. Cette explication est d'autant plus plausible qu'elle permettrait de comprendre en même temps la pathogénie des troubles transitoires et des troubles qui deviennent permanents; les premiers seraient sous la dépendance d'une anémie localisée; les seconds auraient leur cause dans une nécrobiose limitée de la même région. Elle tire encore plus de vraisemblance de ce fait que l'asphyxie locale des extrémités peut

1. A. B. Ball, *Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle* (*L'encéphale*, 1880, p. 24).

coïncider avec un rétrécissement des vaisseaux du fond de l'œil accompagné de troubles visuels d'intensité variable ¹.

Latham, pour montrer que les troubles visuels en particulier sont bien sous la dépendance d'une excitation du grand sympathique, rapproche le scotome de la migraine accompagnée des sensations visuelles que Purkinje ² et Brunton ont décrites dans l'intoxication par la digitale; les figures données par Purkinje rappellent en effet plusieurs formes du scotome scintillant.

Si l'on peut, sans trop forcer les faits, arriver à déduire des caractères de la migraine et de ses associations qu'elle doit résulter d'une anémie partielle du cerveau, il est moins facile de décider sur le siège que doit occuper cette anémie. Siège-t-elle à la périphérie, à la surface de circonvolutions ou dans les masses centrales vers le carrefour des fibres sensitives? C'est la dernière hypothèse qui nous paraît la plus vraisemblable, en raison de l'association fréquente des troubles de la sensibilité générale et spéciale, qui ne pourraient dans le cas de trouble de la circulation corticale coïncider avec l'aphasie sans s'accompagner en même temps de troubles moteurs, à moins d'admettre des troubles circulatoires localisés, mais occupant à la fois plusieurs zones. Du reste la forme de l'hémiopie ou plutôt de certains cas de rétrécissement latéral du champ visuel que l'on observe dans la migraine ophthalmique, se rapproche des troubles de la vision que nous avons rencontrés chez plusieurs hémiplegiques, à lésion cérébrale permanente et localisée, et nous reviendrons sur ce point dans un autre travail.

1. Maurice Raynaud, *Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités* (Arch. génér. de médecine, 1874, t. I, p. 5 et 189).

2. Purkinje, *Neue Beiträge für Kenntniss des Sehens in subjectiver Hinsicht*, Berlin, 1825, p. 120.

