

Bibliothèque numérique

medic@

**Féré, Charles. - Note sur un cas de
migraine ophtalmique à accès répétés
et suivis de mort**

*In : Revue de médecine, 1883,
III, p. 194-201*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?91143x1883x194_201

NOTE SUR UN CAS
DE MIGRAINE OPHTHALMIQUE A ACCÈS RÉPÉTÉS
 ET SUIVIS DE MORT
 Par Ch. FÉRÉ.

Dans un précédent travail, publié dans cette *Revue*¹, nous avons insisté sur les troubles graves qui peuvent succéder aux accès de migraine ophthalmique, et nous avons montré que cette affection est dans un certain nombre de cas d'un pronostic grave; nous citons, en effet, des paralysies, des aphasies, plus ou moins permanentes, survenues dans ces circonstances. Dans quelques cas, on a pu rattacher à la migraine ophthalmique certains phénomènes épileptiformes. Enfin, comme l'a montré M. Charcot dans une de ses récentes leçons cliniques on peut voir apparaître ce syndrome au début de la paralysie générale progressive. M. Parinaud a publié un fait du même genre². Il s'agit donc là d'une forme de migraine qui doit toujours être considérée comme suspecte, même quand elle se présente dans sa forme la plus simple. Il peut arriver en effet que l'affection, qui se borne tout d'abord à des troubles visuels (hémianopsie, scotome, etc.), suivis d'une céphalalgie localisée qui se termine par des vomissements, s'accompagne peu à peu d'autres phénomènes plus ou moins sérieux, qui d'abord sont fugaces comme la migraine, puis s'établissent au bout d'un certain à l'état permanent. L'histoire d'un malade que nous avons observé récemment avec notre maître M. Charcot montre bien quelle réserve il convient de garder dans ces sortes de cas.

OBSERVATION. — *Migraine ophthalmique datant de l'adolescence, quelquefois accompagnée dans la jeunesse de légers troubles de la parole. — Accès répétés à cinquante-trois ans, aphasie permanente, hémiplegie brachiale et faciale droite. — Convulsions localisées, puis généralisée. — Attaque apoplectique. — Mort.*
 M. X... âgé de cinquante-trois ans, avocat très distingué dans une grande

1. Ch. Féré, *Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique* (*Revue de médecine*, 1881, p. 625.)

2. Parinaud, *Migraine ophthalmique au début de la paralysie générale* (*Archives de neurologie*, 1883, t. V, p. 57).

FÉRÉ. — LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE A ACCÈS RÉPÉTÉS 195

ville, n'offre dans ses antécédents héréditaires aucune trace de goutte; plusieurs membres de sa famille sont morts d'affections de poitrine; chez ses ascendants ou ses collatéraux jusqu'au troisième degré, aucune trace d'affections névropathiques, sauf chez son père, qui a été atteint de migraines violentes et périodiques, qui n'ont cessé que dans la vieillesse. Cette migraine d'ailleurs, ne présentait aucun des caractères de la migraine dite ophthalmique.

Lui-même n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre muqueuse dans sa jeunesse; pas de goutte, pas d'hémorroïdes. C'est un homme de haute stature, très maigre, très remuant et habituellement très excitable. Il est sujet depuis son enfance à des migraines qui se répétaient presque régulièrement tous les huit jours et qui étaient suivies de vomissements biliaires très abondants. Il souffrait de constipations habituelles et avait fréquemment recours aux lavements. Il s'est marié à vingt-cinq ans, et il est avéré, sa femme est très affirmative sur ce point, que déjà à cette époque il avait pendant ses migraines des troubles de la parole: il était obligé de s'arrêter et disait: « Je ne sais plus parler, » ou il manquait un mot, ou il écorchait une syllabe.

D'ailleurs sa migraine se présentait avec des caractères presque constants. En général, elle débutait par des troubles de la vision: il voyait des zigzags, tantôt lumineux, tantôt sombres; les zigzags affectaient quelquefois la forme d'un demi-cercle ou plutôt d'une demi-couronne de fortification; mais toujours ils étaient animés d'une trémulation rapide. Cette sensation durait quelquefois une journée, ou même plus avant l'apparition de la douleur de tête. Quelquefois, elle était remplacée par une obnubilation de la vue, qui à une certaine époque, aurait affecté la forme d'une hémianopsie droite; mais en général il s'agissait d'une obnubilation de la vue comprenant tout le champ visuel. Il a noté plusieurs fois la persistance des images sur la rétine: s'il lisait, il continuait à voir certains mots, alors qu'il avait cessé de les regarder; d'autres fois, un point noir venait se placer sur le livre, et il continuait à voir ce point pendant une demi-heure.

A ces troubles visuels s'ajoutait plus tard la douleur de tête. Cette douleur, jusque dans ces derniers temps, se localisait toujours, tout d'abord, sur la bosse frontale gauche; mais en général quoique restant prédominante sur ce point, elle finissait par s'étendre à toute la tête. La céphalalgie durait généralement une partie de la journée et finissait par déterminer des vomissements bilieux très abondants. Quand le malade avait dormi, il ne lui restait qu'une endolorissement vague sur la bosse frontale gauche, qui disparaissait graduellement. Dans un certain nombre d'accès, les troubles visuels persistaient pendant toute la durée de la migraine. De temps en temps avons-nous dit, la migraine s'accompagnait de troubles légers de la parole. M. X..... ne pouvait faire un voyage, si court que ce soit, soit en voiture, soit en chemin de fer, sans éprouver un accès de migraine. L'accès était aussi très fréquemment provoqué par un purgatif un peu énergique.

Malgré ces accidents, M. X.... continuait à travailler et à se surmener, d'autant plus que ses succès étaient plus grands : il se donnait à peine le temps de manger, était toujours en proie aux préoccupations de sa profession. Cependant sa santé générale se maintint assez satisfaisante jusqu'en 1881. Il semble qu'alors il ait souffert d'un état neurasthénique assez accentué : il avait une céphalée continue, qui ne l'empêchait pas de travailler, comme ses migraines, mais qui cependant diminuait ses aptitudes ; il travaillait moins volontiers et moins facilement, digérait mal, etc. Cet état dura pendant plusieurs mois, mais disparut brusquement, après une violente migraine qui dura deux jours, au commencement de décembre 1881.

A partir de cette époque, ses migraines paraissent avoir notablement diminué, et elles n'ont plus *jamaïs* été suivies de vomissements bilieux. M. X... a persisté à travailler et a été vivement affecté par des contrariétés diverses ; cependant il continuait à aller assez bien ; mais il semble être devenu un peu plus émotif. Il a passé les vacances de 1882 à Spa, où il a fait de grandes promenades à pied sans éprouver d'accidents notables.

Au commencement d'octobre, à la suite de malaise mal déterminé, il fut pris d'une gêne dans la main droite. Le 4 octobre, son médecin constata « une semi-paralysie des muscles du pouce, de l'indicateur et du médius, avec conservation de la sensibilité. En même temps, léger embarras de la parole par semi-paralysie(?) de la langue ; les pupilles sont également dilatées ; pas de déviation de la langue, ni de la luette ; sensibilité intacte... légère céphalalgie frontale... » La paralysie s'amenda ; la parole redevint libre, au point que M. X... put plaider à la fin de novembre.

Mais la paralysie de la main droite s'accrut, et la céphalalgie, toujours prédominante à gauche, reparut de nouveau et persiste depuis ; il dut renoncer à ses occupations. Depuis la fin de novembre, il a de l'engourdissement dans tous les doigts de la main droite.

Le 28 décembre, après avoir vu ses zigzags, mais sans recrudescence de la céphalalgie, il perdit la parole pendant quelques minutes, et elle resta difficile depuis. Au commencement de janvier 1883, il se décida à venir à Paris pour consulter M. Charcot. Il arriva le 5 janvier, après un voyage de trois heures en chemin de fer. Le voyage n'avait pas paru le troubler comme d'ordinaire, et il se trouvait assez bien à son arrivée ; il semblait même parler plus facilement.

Le 6 au matin, en se promenant dans la rue avec un ami, il se plaignit d'éblouissements, puis les zigzags apparurent, et la douleur de tête, toujours persistante sur la bosse frontale gauche, augmenta et s'étendit aux deux côtés de la tête. Cependant il prit ses repas comme d'ordinaire. Dans la soirée, il éprouva une difficulté plus grande de la parole et une sensation d'engourdissement et de picotement dans le côté *gauche* de la bouche et un peu à l'extrémité des doigts de la main gauche. Puis, vers dix heures, il fut pris subitement d'un accès de suffocation, et c'est alors que je fus appelé auprès de lui.

FÉRÉ. — LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE A ACCÈS RÉPÉTÉS 197

Je le trouvai assis sur son lit, la face extrêmement pâle et subictérique, les yeux hagards, les lèvres cyanosées, les extrémités froides. Il essaye de parler, mais aucun son ne sort de sa bouche; il porte sa main gauche à son cou, comme pour arracher un obstacle; il fait des efforts de déglutition, mais il semble que son larynx ne puisse pas s'élever; sa respiration est très superficielle et précipitée; le thorax est presque immobile. J'essaye de lui faire avaler une cuillerée d'eau qui provoque un accès de toux et un état d'anxiété extrême. Cet état, qui durait depuis trois quarts d'heure ou une heure, dura encore un quart d'heure environ. Peu à peu, la respiration commence à se faire, et le malade peut faire quelques mouvements efficaces de déglutition; les extrémités reprisent leur chaleur, et la face reprit un peu de calme; mais la parole était toujours supprimée; ce ne fut qu'au bout de près d'une heure qu'il put dire quelques mots et faire comprendre qu'il n'avait pas perdu connaissance un seul instant. Il voyait toujours les zigzags et avait encore un peu d'engourdissement de la main gauche et des lèvres du côté gauche.

La partie inférieure de la face du côté droit est immobile; la commissure labiale droite est déviée en bas, les lèvres amincies de ce côté; la joue se soulève pendant l'expiration. L'orifice palpébral s'ouvre et se ferme normalement. Il n'y a pas d'apparence de paralysie du côté gauche. La langue est tirée droit.

Les mouvements du bras droit paraissent se faire normalement. Il en est de même de ceux de l'avant-bras, mais les quatre derniers doigts de la main sont dans la demi-flexion; le pouce est appliqué contre l'index. Si on lui dit de serrer la main, il le fait encore avec une certaine énergie; mais l'extension des doigts est impossible. Si l'on cherche à les redresser, on n'y réussit qu'imparfaitement, en particulier pour les dernières phalanges, qui restent en flexion. Il semble y avoir un certain degré d'atrophie de l'éminence thénar. La main toute entière est violacée et comme tuméfiée; elle est très notablement plus volumineuse que la main gauche. Le réflexe bicipital semble un peu exagéré. Aucun trouble de la motilité à la jambe droite. Les réflexes rotuliens sont très forts des deux côtés (vésicatoire volant à la nuque, lavement purgatif).

Le 7 au matin, le malade est revenu à peu près à l'état où il était avant son départ pour Paris. Il parle en bredouillant; mais il assure se souvenir très bien des mots et fait comprendre que ce sont la langue et les lèvres qui le servent mal. Il souffre toujours du côté gauche de la tête et a toujours des zigzags dans toute l'étendue du champ visuel, qui est obscurci. Il tolère mal la lumière, et il en est toujours ainsi depuis qu'il souffre davantage. Aussi est-il difficile de dire s'il existe un rétrécissement du champ visuel; cependant, quand on place les deux pouces derrière l'apophyse orbitaire externe de chaque côté et qu'on le fait regarder alternativement à droite et à gauche, il voit bien ce doigt à gauche et il ne le voit pas à droite, bien que les mouvements des yeux paraissent se faire normalement.

A onze heures, M. Charcot vient le voir avec nous, et nous le trouvons

à peu près dans le même état. En étudiant de plus près la sensibilité, on constate qu'au membre supérieur et à la face il n'y a point de troubles notables de la sensibilité générale, mais le sens musculaire semble notablement porter affaibli au bras : ainsi, lorsqu'on lui ferme les yeux et qu'on lui dit de l'index gauche sur le bout de son nez, il exécute le mouvement correctement, tandis que l'index droit se porte sur le front ; si on lui met une pièce de cinq francs dans chaque main, il la reconnaît bien à gauche, tandis qu'à droite, bien que la main puisse se fermer presque complètement et que les doigts aient conservé suffisamment des mouvements pour que le contact soit étendu, il ne reconnaît pas s'il tient une pièce de monnaie. La main droite est non seulement plus tuméfiée que la gauche, mais notablement plus chaude. Les sens spéciaux n'ont pas été explorés méthodiquement. Un verre d'eau d'Hunyade-Janos, une cuillerée à café d'elixir prolybromuré d'Yvon matin et soir.

Le 8 au matin, après une bonne nuit, il était relativement bien, parlait mieux, n'avait plus d'engourdissement dans le côté gauche, plus de scotome ; mais la douleur de tête persistait encore. Mais à la suite du purgatif dans l'après-midi, le scotome reparut, en même temps que la douleur de tête augmentait, et la parole s'embrouilla de nouveau ; il survint des nausées, mais pas de vomissements.

Le 9 au matin, il était tout à fait bien, sauf un peu de douleur de tête toujours au même endroit, sur la bosse frontale gauche ; moins d'embarras de la parole ; rien du côté de l'œil ; il put sortir faire une promenade dans le jardin des Tuileries. Il mange et dort bien.

Le 10 au matin, il était encore assez bien ; mais, dans l'après-midi, le scotome reparait, puis le malade se plaint de voir, à la place de ses zigzags, des lettres de couleur sombre, qui s'agitent devant lui. L'extrémité des doigts du côté gauche s'engourdit, et il est deux ou trois heures sans pouvoir parler, sans toutefois avoir perdu ni la connaissance, ni la mémoire. Il rend une grande quantité de gaz par la bouche, a des nausées, mais pas de vomissements. L'urine rendue pendant la migraine est trouble, fortement colorée ; l'analyse, faite par M. Yvon, montre qu'elle contient des traces d'albumine, un léger excès d'acide urique et d'acide phosphorique, quelques leucocytes et quelques hématies, quelques cellules épithéliales, pas de sucre.

Le 11, la rémission du matin fut peu marquée, la douleur de tête était restée assez intense, les zigzags et les lettres troublaient toujours la vue ; il y avait un léger fourmillement à l'extrémité des doigts du côté gauche. Vers une heure après midi, la parole se suspendit de nouveau, et il parait y avoir eu perte de connaissance momentanée, puis obnubilation de la mémoire ; le malade ne reconnaissait plus, pendant une heure peut-être, certaines des personnes qui l'entouraient. Quand nous vîmes le malade dans la soirée, il pouvait prononcer quelques mots ; mais, à cet égard, le mieux était moins marqué que d'ordinaire ; la céphalalgie était toujours intense, et il voyait toujours des lettres.

Le 12 au matin, quoiqu'il eût assez bien dormi, l'embarras de la parole

était encore plus marqué que la veille au soir ; il ne prononçait pas un seul mot correctement, mais il était parfaitement présent. La douleur de tête persistait assez intense partout, mais prédominant toujours sur la bosse frontale gauche ; la vue est trouble avec des zigzags, et le malade supporte difficilement la lumière. Vers midi, avec une recrudescence des douleurs, il perd de nouveau la parole ; la conscience paraît avoir été complètement absente pendant quelques instants, il ne répondait à rien. Quand nous l'avons vu, deux heures après l'accident, la mémoire était encore considérablement obnubilée ; il ne nous reconnaissait pas ; il ne pouvait bredouiller que des sons inintelligibles, il était d'une pâleur extrême, les extrémités étaient froides : c'est ce qui arrive d'ailleurs au paroxysme de toutes ses migraines. Il reste un peu de fourmillement dans les doigts de la main gauche, sans troubles de la motilité, ni diminution apparente de la sensibilité générale, ni du sens musculaire. Les réflexes tendineux, au bras et à l'avant-bras, sont normaux. Le malade est très fatigué, dans un état nauséux continu, mais pas de vomissements. Je fus rappelé auprès de lui dans la soirée pour des accidents d'une autre forme : à la suite d'une nouvelle recrudescence de migraine avec troubles visuels, avec engourdissement dans le bras gauche et dans le côté gauche de la face, sans qu'il perdît connaissance, il ne put articuler un seul mot ; puis la main s'anima de vibrations ; puis tout le membre supérieur gauche se mit à s'élever par saccades, en même temps que le côté gauche de la face grimait. Ces convulsions partielles avaient duré un quart d'heure environ ; bientôt, à ces contractions limitées s'ajoutèrent des mouvements du membre inférieur gauche, qui se fléchissait et s'étendait brusquement, tantôt dans l'abduction, tantôt dans l'adduction ; puis le membre inférieur droit s'agita également, mais le bras droit ne prit que peu de part à la convulsion. Ces mouvements convulsifs n'étaient pas continus, mais se répétaient à de courts intervalles. Cela dura au moins deux heures. Quand les convulsions eurent disparu, la douleur de tête persistant toujours, le malade fut pris d'efforts de vomissement et rendit environ un grand verre de liquide fortement teinté de bile. (Vésicatoire à la nuque). Il s'endormit, et la nuit fut calme ; mais, dès le matin, il fut repris d'une attaque convulsive, qui sembla avoir été très analogue à la précédente.

Enfin le 13, vers une heure de l'après-midi, il eut une perte subite de connaissance et on le coucha sur son lit.

Nous le vîmes avec M. Charcot à trois heures ; il était étendu, la face et les yeux légèrement tournés vers la droite ; si l'on cherche à corriger la déviation de la tête, elle se reproduit aussitôt après. Le cou est raide. Le bras droit est avant, le coude reposant sur la partie antérieure du tronc, l'avant-bras et la main fortement fléchis ; si l'on redresse ce membre, il reprend bientôt sa position. La jambe droite est rigide dans l'extension. La joue gauche est flasque, et la déviation de la face déterminée par la paralysie du côté droit est à peu près corrigée. Les deux membres gauches sont dans la résolution complète. Le malade paraît complètement insensible. On cherche à lui introduire une cuillerée de liquide dans la bouche ; on

n'y peut parvenir, tant les dents sont serrées. Cette paralysie à gauche et cette contracture à droite ont été transitoires; peu de temps après notre départ, tout était revenu dans le même état qu'avant l'attaque; le malade avait même pu bredouiller quelques mots; mais, dans la soirée, une nouvelle attaque survint, à laquelle il succomba.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

On y voit une migraine ophthalmique caractérisée par un scotome avec obscurcissement générale du champ visuel ¹, une douleur de tête toujours localisée, ou au moins prédominante du côté gauche, suivie vomissements bilieux, qui reste pendant trente ans sans conséquences graves, s'accompagnant tout au plus, de temps en temps, d'un léger embarras de la parole. Puis tout à coup, un accès de migraine plus ou moins fruste est suivi d'aphasie, puis de paralysie du côté droit de la face, avec paralysie partielle du membre supérieur. Puis enfin, à la suite d'émotions vives et d'un voyage, surviennent des accès répétés de migraine, s'accompagnant d'accidents portant sur le côté gauche du corps et déterminant tout d'abord des troubles de la déglutition et de la respiration assez analogues à ceux qu'on observe dans la *pseudo-paralysie bulbaire par lésion cérébrale bilatérale*, et à la vérité c'est bien de cela qu'il s'agit. On voit se succéder des attaques d'aphasie avec perte de connaissance de convulsions partielles d'abord localisées du côté gauche, puis généralisées; apoplexie avec hémiplégie, suivie de mort.

Cette succession de phénomènes si brusques et si particulièrement graves paraît pas avoir été observée jusqu'ici en connexion avec la migraine ophthalmique. Mais, en présence d'accidents de la nature de ceux qui ont terminé l'histoire de notre malade, il est vraisemblable qu'on n'a pas toujours pu rechercher et rétablir les antécédents avec le même succès. Il est bon de dire qu'avant son départ pour Paris, ses accès d'aphasie et de paralysie n'avaient jamais été mis en rapport avec la migraine, et c'est là une circonstance regrettable, car, il était acquis que chaque fois qu'il entreprenait un voyage, si court que ce fût, il était pris de sa migraine; or, si la connexion entre les deux ordres de troubles avait été reconnue, on eût craint de nouveaux accidents, et le malade eût été tenu au repos. Peut-être eût-on, avec cette précaution, conjuré, au moins pour un temps, la terminaison fatale à laquelle nous avons assisté. Quand on a affaire à une migraine ophthalmique, si simple quelle soit en apparence, il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'accidents graves, soit transi-

1. Le fond de l'œil a été examiné par M. Donders au mois de septembre; il n'existait, paraît-il, aucune lésion. Il ne semble pas que le champ visuel ait été mesuré.

toires, soit permanents, soit même mortels; et il est indispensable de chercher à connaître les causes provocatrices de la migraine, pour les éviter avec le plus grand soin.

L'ordre dans lequel se sont produits les troubles observés ne contredit pas l'opinion que nous avons exprimée sur la physiologie pathologique du syndrome *migraine ophthalmique*. Dans la migraine, il existe une constriction passagère d'abord des vaisseaux sous l'influence d'un trouble du système nerveux sympathique; peu à peu la constriction devient permanente et arrive jusqu'à l'oblitération presque complète des vaisseaux et détermine une thrombose d'où résulte la mort des tissus compris dans le territoire vasculaire atteint.

Si nous examinons le cas au point de vue de la localisation anatomique, il n'est pas moins intéressant. Dans un premier accès, il se produit une aphasie suivie d'un trouble permanent de la parole, avec paralysie partielle de la face et de la main à droite. Ces troubles, coïncidant avec une céphalalgie frontale gauche, indiquent une lésion siégeant dans l'hémisphère gauche du cerveau. La limitation de la paralysie et les caractères des troubles de la parole et de la paralysie qui était partielle et variable d'un moment à l'autre, permettent d'affirmer à l'existence d'une lésion corticale comprenant la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale et la partie voisine de la région motrice. La coïncidence de troubles du sens musculaire n'est pas en contradiction avec cette idée, car les faits publiés notamment par MM. Tripiet et Petrina montrent que, assez souvent les paralysies motrices d'origine corticale sont associées à des troubles plus ou moins marqués de la sensibilité¹; l'aphasie offre assez souvent cette association²; et les troubles de la sensibilité dans ces cas peuvent atteindre les sens spéciaux et notamment la vision³.

Dans une seconde série de phénomènes, c'est le côté gauche du corps qui est affecté: il y a d'abord de l'engourdissement ou du picotement des doigts et des lèvres; puis surviennent des convulsions, puis la paralysie. Ces troubles indiquent encore une lésion cérébrale, siégeant à droite cette fois, mais portant encore vraisemblablement sur la substance corticale et dans la même région.

En résumé, la répétition d'un trouble purement dynamique pendant de longues années a fini par déterminer une lésion organique bilatérale et symétrique.

1. Nous avons observé des troubles de la sensibilité dans un cas de monoplégie de la jambe par ramollissement du lobule para central, communiqué à notre ami M. Ballet et qui sera prochainement publié par lui (*Contribution à l'étude des localisations motrices dans l'écorce du cerveau* [Arch. de neurologie, t. V, 1883]).

2. Grasset, *Etudes cliniques et anatomo-pathologiques*, Montpellier, 1878, p. 12.

3. Ch. Féré, *Contrib. à l'étude des troubles de la vision par lésions cérébrales*. 1882.