

Bibliothèque numérique

medic@

**Galezowski, Xavier. - Etude sur la
migraine ophtalmique**

*In : Archives générales de
médecine, 1878, juin*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?e90165x1878x01x669_686

ÉTUDE SUR LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE

Par le Dr GALEZOWSKI.

I. — LA MIGRAINE PEUT-ELLE SE LOCALISER DANS L'ORGANE DE LA VUE ?

Toutes les affections névropathiques présentent une mobilité très-grande dans les symptômes et une irrégularité dans la forme de leur évolution.

La migraine sous ce rapport ne diffère point des autres névroses, elle change de caractère selon la constitution des individus, leur profession, leur âge, etc. Elle change de nature et ne se présente quelquefois que sous forme d'un seul symptôme isolé ou d'un groupe des symptômes, ou bien encore, elle ne se localise que dans une partie de la tête ou dans un seul organe des sens.

On comprendra facilement que si la névrose hémicrânienne, que l'on désigne généralement sous le nom de migraine, se localise dans le nerf trifacial, elle donnera lieu à une névralgie péri-orbitaire; lorsqu'au contraire, elle se portera vers la membrane visuelle elle-même ou vers les parties centrales visuelles, on aura alors des troubles visuels tout particuliers que l'on pourra rapporter à la classe des amblyopies ou des amauroses nerveuses.

Toutes les fois donc que la migraine aura pour siège une partie quelconque de l'organe de la vue, nous aurons des symptômes oculaires plus ou moins variés, que nous pouvons comprendre dans une grande classe des *migraines ophtalmiques*.

Tous les auteurs qui ont fait des études sur la migraine, en général, signalent l'existence des phénomènes oculaires accompagnant cette névrose, mais ils ne les ont observés que comme une complication rare des accès migraineux.

Piorry (1) en fait un syndrome particulier de la migraine vulgaire, il décrit le scintillement d'une façon exacte, mais il

(1) Piorry. Mémoire sur la migraine, 1831, et Traité de médecine pratique, t. VIII, p. 75.

ne voit là qu'un trouble sensoriel prodromique de la névrose qu'il désigne sous le nom d'*irisalgie*. Il n'admet pas de cette façon cette affection comme une entité morbide toute spéciale.

Parry (1) a décrit avec beaucoup de précision certaines variétés des troubles visuels dans un accès de la migraine classique.

Wollaston (2) a été le premier qui ait bien décrit une forme d'*hémioptie périodique*, dont il éprouva lui-même quelques atteintes, mais il ne s'agissait chez lui que d'une forme toute spéciale de la maladie.

Le travail de Wollaston fut traduit par Arago (3) qui y ajouta aussi quelques observations particulières. Brewster (4) et Airy (5) ont décrit, à l'exemple de Wollaston, leurs propres phénomènes d'hémioptie périodique, et ils ont cherché à déterminer les conditions optiques de la rétine pendant l'attaque.

Nous trouvons dans le livre de M. Liveing (6), *On megrim, sick-headache*, des détails assez complets et très-exacts des troubles visuels accompagnant la migraine vulgaire; mais qui ne surviennent que pendant l'accès de la névrose générale elle-même.

Qualigno (7) a étudié spécialement un cas de migraine accompagnée d'amblyopie, et il dit avoir trouvé des stases veineuses de la rétine.

Nous trouvons dans le supplément du *Traité des maladies des yeux* de Mackensie, trois observations rapportées et interprétées par Testelin. A ces premiers faits rapportés par un oculiste, il faut ajouter les relations des phénomènes observés par MM. Færster, et Zehender sur eux-mêmes, ce qui du reste a fourni le sujet d'une discussion très-intéressante au Congrès ophthalmologique d'Heidelberg.

(1) Parry. Collections from the unpublished Writings, edited by his son, vol. I, p. 537, 1825.

(2) Wollaston. Physiological Transactions, 1824.

(3) Arago. Annales de chimie, t. XXII, p. 100, 1824.

(4) Brewster. Philosophical Magazine, 1865, June, p. 503.

(5) Airy. Philosophical Magazine, 1865, July.

(6) Liveing. On megrim, sick-headache. London, 1873.

(7) Qualigno. Annali del Ottalmologia, 1871.

Enfin, nous devons signaler une thèse de doctorat des plus intéressantes de M. Dianou, sur le *scotome scintillant*, soutenue à la Faculté de Paris, en 1873, dans laquelle notre confrère a décrit avec une grande précision les phénomènes visuels périodiques qu'il éprouva lui-même et sans aucun phénomène de migraine.

Telle est la bibliographie, du reste assez restreinte, de cette intéressante névrose oculaire, elle était toujours étudiée, à part Dianou, comme une des complications de la migraine vulgaire et non comme une maladie oculaire à part. De sorte, que si on devait se contenter seulement des descriptions données jusqu'à présent par les auteurs, on aurait dû ne les accepter que comme des complications dans la migraine.

Il existe pourtant des cas dans lesquels les malades n'accusent point de phénomènes généraux de la migraine, mais où elle se présente sous forme de troubles visuels et rien de plus. d'amblyopies bizarres et des plus variées, et qui sont toutes de la même nature que la migraine elle-même, mais s'en éloignant cependant par l'absence des phénomènes caractéristiques de cette dernière.

Ces phénomènes ne sont pas aussi régulièrement périodiques, souvent ils ne sont pas accompagnés de douleur de tête, et si dans ces conditions les malades viennent nous consulter, nous sommes souvent embarrassés d'établir s'il s'agit d'une amblyopie quelconque de nature organique, ou bien, si c'est une simple névrose migraineuse de l'organe de la vue.

Notre embarras sera non moins grand, lorsque nous nous trouverons en présence de quelques anciennes altérations situées dans une des membranes internes des yeux, ou bien dans les cas où les troubles visuels surviennent dans le courant d'accidents cérébraux, après une chute, un coup sur la tête, ou tout autre accident quelconque. Sans la connaissance exacte des troubles visuels propres à la migraine ophthalmique, on serait très-embarrassé de poser un diagnostic, et on attribuerait facilement aux phénomènes visuels plus d'importance et plus de gravité qu'ils n'en comportent en réalité.

Le fait suivant est un exemple très-concluant de ce que j'avance : il s'agissait d'une femme, auprès de laquelle j'étais appelé par notre éminent confrère, le D^r Dechambre et qui fut prise pour la première fois de troubles oculaires d'une manière subite, à la suite d'une chute très-grave suivie d'accidents nerveux et cérébraux d'une certaine gravité.

Obs. I. — *Migraine ophthalmique. Chute avec entorse du pied. Accidents hystériques graves.* — Le 6 février dernier, le D^r Dechambre me pria d'aller voir à Passy une malade atteinte d'une amblyopie assez grave, et qui lui était survenue à la suite d'une violente commotion qu'elle éprouva après une chute dans un escalier, où elle se foula le pied.

Madame M..., âgée de 45 ans, myope, et ne voyant bien que de son œil droit, l'œil gauche étant resté toujours faible depuis son enfance. Le 28 janvier, quelques jours après sa chute, elle s'était aperçue d'un affaiblissement subit de la vue de son meilleur œil. Elle ne distinguait les objets qu'à travers un certain brouillard ou une sorte de voile, qui était surtout plus marqué dans la moitié droite du champ visuel. En regardant une personne, elle ne la distinguait bien que dans sa moitié gauche.

Lorsqu'elle veut lire, elle voit toutes les pages parsemées de taches brunes, grandes comme une pièce de 20 centimes. Ces taches sont plus ou moins nombreuses. De temps à autre, la malade voit des milliers de taches blanches comme de la neige, danser devant son œil dans la moitié du champ visuel droit. Elle lit les caractères les plus fins, mais les lettres lui paraissent toujours troubles, et l'œil se fatigue immédiatement. L'œil droit est endolori et sensible au toucher, il pleure souvent, mais depuis huit jours seulement.

La première nuit après la chute, la malade a eu une attaque nerveuse des plus violentes avec convulsions, mais la crise a cédé grâce à l'usage de l'éther. Depuis, elle a le bras droit légèrement engourdi, et la mémoire affaiblie. Souvent, les mots lui manquent, ou bien elle dit un mot pour un autre. C'est une aphasie nerveuse que la malade se rappelle avoir déjà éprouvée, avant son dernier accident.

Cette dame est goutteuse et dyspeptique. Elle souffre, depuis plusieurs années, de migraines qui apparaissent tous les deux ou trois mois et qui sont accompagnées de nausées, de vomissements même, mais c'est la première fois qu'elles sont suivies de troubles visuels.

Le diagnostic est d'autant plus difficile, dans le cas présent, que la malade est myope, et qu'à l'ophtalmoscope, on découvre des atrophies choroïdiennes disséminées. Cependant, les vaisseaux rétiens sont très-contractés, ce qui existe dans l'œil gauche sain.

Prenant en considération tous ces phénomènes oculaires et les cir-

constances dans lesquelles ils se sont produits, nous avons cru voir là le tableau d'une migraine ophthalmique, et, en effet, aujourd'hui 11 février le trouble de la vue a déjà diminué, les phénomènes lumineux ont disparu, la vision s'est améliorée, et les accidents nerveux ont presque entièrement cessé.

Ce fait suffit, à lui seul, pour démontrer la gravité apparente des symptômes oculaires, symptômes qui ne sont, en réalité, que de nature nerveuse, mais qui peuvent, cependant, se prolonger pendant plusieurs jours, ainsi qu'on le verra dans une observation ultérieure.

Ces accidents accompagnent tantôt la migraine, tantôt ils le remplacent complètement, et si on examine scrupuleusement les moindres symptômes éprouvés par les malades, on y retrouvera les caractères de la migraine ordinaire.

Piorry croyait que cette affection provenait d'une névrose de l'iris, et il lui avait donné le nom d'*irisalgie*. Les auteurs anglais l'appellent généralement *Blind headache*. Mais, comme on le verra bientôt, les accidents oculaires dont nous nous occupons ici, ne sont pas toujours accompagnés de cécité. Dianoux (1) a décrit, dans sa thèse inaugurale, une forme spéciale de migraine ophthalmique, et à laquelle il a donné le nom de *scotome scintillant*. Mais cette dénomination ne peut se rapporter qu'à un certain nombre de faits, et ne saurait être acceptée comme titre général.

C'est après avoir analysé toutes ces considérations, que nous avons décidé d'appeler cette maladie *migraine de l'œil* ou *migraine ophthalmique*.

II. — DIFFÉRENTES FORMES DE LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE.

Si la migraine peut ne s'attaquer qu'à un seul organe ou à un seul sens isolé, elle peut, dans certains cas, accuser une forme encore plus limitée, et ne se localiser que dans les nerfs

(1) Dianoux. Du scotome scintillant. Thèse, 1875.

sensitifs de l'œil, ou dans une certaine portion de la membrane visuelle. Malheureusement, il nous est impossible d'examiner par nous-même ces différentes formes de la maladie, et nous avons dû nous contenter, pour les décrire, de recueillir les symptômes oculaires que les malades nous disaient avoir éprouvés.

Nous n'avons, jusqu'à présent, observé que quatre variétés : a) Hémiopie périodique; b) Scotome scintillant; c) Amaurose migraineuse, et d) Photophobie migraineuse. Généralement, chacune de ces variétés présente, en dehors du symptôme dominant qui décide de sa classification, soit des phénomènes plus ou moins accentués se rattachant à la migraine commune, soit des phénomènes propres à la migraine ophthalmique.

Mais il y a aussi des cas dans lesquels la maladie ne se présente que sous la forme d'un seul symptôme isolé, et sans aucun autre phénomène qui, de près ou de loin, puisse faire présager la migraine. Lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une hémiopie périodique ou d'un scotome central périodique, qui persiste, parfois, pendant quelque temps, le diagnostic devient excessivement difficile, ou l'on ne pourra se prononcer sur la nature de la maladie, qu'après en avoir attentivement examiné les antécédents, et s'être rendu un compte exact de l'état général de la santé. On découvrira bien souvent que les troubles périodiques de la vue avaient été précédés d'accès fréquents, plus ou moins violents, de migraine ordinaire, et qu'ils sont de même nature que cette dernière dont ils ont pris la place.

Lorsque les crises se répètent, elles deviennent inquiétantes, et finissent même par rendre impossible tout travail d'application. C'est ce qui est arrivé chez un jeune homme, élève de l'école normale de l'Yonne, qui m'avait été adressé en juin 1877, par mon éminent confrère de Tucs, M. le Dr Roché, ancien interne des Hôpitaux de Paris. L'histoire de ce malade est des plus intéressantes, surtout au point de vue des antécédents.

Obs. II. — Le jeune M..., élève de l'École normale de l'Yonne, était revenu dans sa famille, au mois de mars 1877, pour se soigner d'une

affection oculaire, pour laquelle il avait été traité, pendant quelque temps par le D^r Dionis (d'Auxerre). Quelques années avant cette époque le D^r Roché lui avait donné à de fréquentes reprises des soins pour des indispositions qui étaient toujours les mêmes (dit M. Roché dans sa lettre). Ces indispositions consistaient en maux de tête violents siégeant dans la région frontale ; le malade avait des fréquentes épistaxis et était obligé d'interrompre ses études. Depuis trois mois environ, il n'avait plus ni maux de tête ni épistaxis, mais il éprouvait du côté des yeux les phénomènes suivants : sa vue se brouillait tout d'un coup tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre, quelquefois dans les deux yeux simultanément. Pendant un temps variant de vingt minutes à une demi-heure, il cessait de voir. Toutefois, ces phénomènes étaient plus accentués à gauche qu'à droite. Ils se produisaient plus ou moins souvent, de deux à six fois par semaine, et récemment même, ils avaient eu lieu plusieurs fois par jour. L'examen fait par le D^r Roché, avait permis de constater une légère vascularisation de la sclérotique gauche, rien d'appréciable aux pupilles qui se contractaient parfaitement sous l'influence de la lumière. L'ophtalmoscope laissa voir une augmentation de volume des veines de la papille, surtout à gauche.

Comme le traitement prescrit dans ce cas n'avait amené aucune amélioration, notre confrère nous adressa son malade, nous priant de faire le diagnostic de la maladie, et nous demandant si ce jeune homme pourrait continuer ses études ou devrait choisir une autre carrière. Nous avons très-facilement résolu cette dernière question en faveur de la continuation des études, car nous n'avons pas tardé à décider qu'il s'agissait chez ce malade, d'une simple migraine ophtalmique.

L'affection que nous nous efforçons de décrire ici, peut, chez certains individus, être accompagnée des phénomènes relatifs à la migraine commune ; d'autres fois, les troubles visuels ne surviennent que comme une maladie à part, et longtemps après que l'hémiocrânie aura disparu.

Mais il peut aussi se faire que la névrose migraineuse de l'œil n'ait point été précédée et ne soit point accompagnée des phénomènes de la migraine ordinaire ; le diagnostic deviendra alors des plus difficiles, et ce n'est que par l'analogie des symptômes et par voie d'exclusion, que l'on parviendra à définir la nature de la maladie oculaire.

La difficulté du diagnostic augmente encore, lorsqu'on a affaire à un individu dont un œil a été réduit à un moignon ou qu'il est atteint d'un staphylome général, car alors, il y a à craindre des troubles visuels sympathiques, et surtout de névroses sympathiques, qui ont été si bien décrites par Donders. On se trouve, dans ces cas, en présence de phénomènes qui, s'ils sont reconnus réellement sympathiques, ne céderont qu'après qu'on aura pratiqué l'énucléation, tandis que, s'ils appartiennent à la classe des *migraines*, toute idée d'énucléation devra être écartée comme étant tout à fait inutile.

Nous nous sommes justement trouvé, dans ces cas, en présence de difficultés analogues, ainsi qu'on en pourra juger par le fait suivant :

Obs. III. — M. M..., âgé de 40 ans, vint nous consulter le 20 avril 1873, pour des troubles visuels survenus dans l'œil gauche. L'œil droit était perdu depuis une dizaine d'années, par suite d'un glaucome. Il est dur, mais n'est pas sensible au toucher. Dans l'œil gauche, qui avait toujours été bon et emmétrope, le malade éprouve, depuis quelque temps, des troubles périodiques qui l'inquiètent d'autant plus, qu'ils deviennent de plus en plus fréquents.

Au début, ces phénomènes apparaissaient à de rares intervalles, mais depuis un mois, ils reviennent deux fois par semaine et durent une demi-heure, en laissant une faiblesse de la vue pour le reste de la journée.

Ces troubles sont caractérisés par les symptômes suivants : Le malade est pris, subitement, d'une hémipie interne qui ne lui permet de voir les objets que par moitié, et durant ce temps, tout le champ visuel obscur est sillonné d'éclairs lumineux en zigzags, qui se perdent peu à peu à l'extrême gauche. Ces crises durent habituellement de 25 à 30 minutes, quelquefois un peu plus, et elles laissent après elles une faiblesse de la vue et un mal de tête qui se prolongent pendant cinq ou six heures.

Incontestablement, nous aurions pu diagnostiquer ici une névrose sympathique liée aux accidents glaucomateux prodromiques, si nous n'avions reconnu les détails de la *migraine ophthalmique*, dont il s'agissait réellement chez notre malade.

La migraine ophthalmique peut apparaître dans un œil déjà atteint d'une affection organique quelconque, telle que la cho-

roïdite atrophique, par exemple. Dans ce cas, le diagnostic est très-embarrassant, car il est difficile de discerner si le scotome central, les symptômes d'irisation, les douleurs, etc., sont dus à la migraine ou à la choroïdite atrophique.

Il faut donc, pour arriver à une conclusion certaine, analyser les symptômes de chacune de ces deux affections, ainsi que les antécédents des malades. Le fait suivant est une confirmation de ce qui précède.

Obs. IV. — *Migraine ophthalmique survenant dans un œil atteint d'atrophie choroïdienne.* — M. B..., âgé de 61 ans, est venu nous consulter le 16 janvier 1878, pour des troubles visuels qu'il éprouvait depuis plusieurs années. La vision centrale de l'œil est perdue depuis quinze ans, et il ne peut rien lire, ni rien distinguer de cet œil à cause du scotome qui en occupe le centre, et qui lui masque tous les objets. L'œil gauche conserve son acuité visuelle presque normale, et le malade peut lire assez facilement, de cet œil, le n° 2, mais depuis un mois, il aperçoit de ce côté un scotome demi-transparent, grand comme une lentille et qui se place à côté du point de fixation. Il voit aussi, parfois en face des objets qu'il fixe, un brouillard grisâtre, pendant que la moitié droite des objets se trouve complètement effacée. Dans le champ obscur, le malade accuse des cercles lumineux et des éclairs jaunâtres en zigzags, qui passent constamment devant l'œil. Tous ces phénomènes durent de cinq à dix minutes et se dissipent subitement, mais en laissant après eux une grande lassitude de la vue, et un mal de tête qui durent pendant tout le reste de la journée.

Ce trouble revient tous les trois ou quatre mois et quelquefois même deux ou trois fois par semaine. Une fois en 1867, la cécité complète des deux yeux avait duré de cinq à huit minutes. Le malade avait été sujet, depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 31 ans, à de violents maux de tête accompagnés de nausées et qui apparaissaient une ou deux fois par mois. A cette époque, la vue n'avait pas encore été affectée. Depuis que sa vue s'est troublée, il n'a plus ce qu'il appelle la migraine.

A l'examen ophthalmoscopique, nous constatons que les deux yeux sont atteints d'une choroïdite atrophique, disséminée qui occupe tout le segment postérieur, sans en excepter même la région maculaire; néanmoins dans l'œil gauche, le centre de la macula nous paraît intact, et nous croyons que le scotome mi-transparent que le malade voit au voisinage du point de fixation, ne dépend pas de la choroïdite atrophique, mais bien de la migraine ophthalmique et qu'il y a lieu, par conséquent, d'espérer qu'il se dissipera à la longue.

LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE SE COMPLIQUE QUELQUEFOIS D'AMBLYOPIE HYSTÉRIQUE. — La migraine oculaire se présentera sous une forme encore plus compliquée, lorsqu'elle sera accompagnée de troubles nerveux hystériques. Dans ces conditions, les phénomènes visuels dus à la migraine pourront changer de caractère et l'on verra surgir, à côté d'eux, les signes positifs de l'amblyopie.

Cette forme complexe de la migraine est très-intéressante à connaître, d'autant plus qu'elle est, chez les femmes, plus fréquente qu'on ne le pense. Voici un fait de ce genre qui a été recueilli à notre clinique par un de nos élèves les plus distingués, M. le D^r Baron.

OBS. V. — *Migraine ophthalmique accompagnée d'amblyopie hystérique.* — Mademoiselle C. B..., âgée de 21 ans, s'est présentée à la clinique de la rue Dauphine, le 22 février 1878, pour des troubles de la vue qu'elle ressentait depuis deux jours, et qui apparaissent généralement chez elle à l'époque des règles.

Elle raconte qu'à l'âge de 15 ans, elle a éprouvé pour la première fois des douleurs dans la région de l'ovaire gauche, des étouffements et des sensations de serrement dans la région cardiaque. Tous ces accidents avaient été causés par le chagrin que la malade avait éprouvé à la mort de son père. Dans ces moments-là, elle devenait toute raide et restait sans connaissance pendant vingt minutes.

Depuis cette époque, elle n'avait plus eu de crises semblables, mais elle était constamment soignée pour des dysménorrhées. Au moment des règles, elle est très-agacée, et elle éprouve des crampes dans tout le côté gauche. Les paupières battent convulsivement et l'œil gauche semble sortir de l'orbite.

En même temps la vue se trouble subitement, et la malade voit apparaître des phénomènes lumineux sous forme d'arc-en-ciel ou de zigzags. Une tache noire se pose sur les objets qu'elle veut regarder et elle ne voit ces objets ou les personnes qu'elle regarde, que par moitié. Si elle veut lire, les lettres se confondent et s'embrouillent. Elle est prise aussi de nausées, de vomissements même, et elle éprouve des bourdonnements dans l'oreille gauche. Lorsque au bout de 25 ou 30 minutes, ces phénomènes disparaissent, il lui reste un malaise général et un mal de tête qui durent jusqu'à la fin de la journée.

On constate chez cette personne, une amblyopie hystérique de l'œil gauche, avec dyschromatopsie; le champ visuel est rétréci

concentriquement et l'anesthésie périphérique atteint en bas et en dehors le point central de la vision.

La perception des couleurs n'est pas abolie dans l'œil droit, mais la perversion de cette faculté est complète du côté gauche. Pour cet œil en effet, le bleu paraît violet; le jaune, marron; le rouge, gris; le vert, bleu; et le violet, gris. L'ophtalmoscope ne fait découvrir aucune lésion. La malade s'est présentée à la consultation en novembre dernier pour les mêmes troubles, qui depuis ne se sont pas reproduits (1).

En examinant attentivement cette observation on se convaincra facilement qu'il y a là deux ordres de troubles : les uns permanents, qui durent depuis un certain temps et qui sont dus à l'hystérie. Ce sont les phénomènes propres à l'amblyopie hystérique, avec dyschromotopsie. Les autres, au contraire, sont périodiques et dépendent d'une tout autre cause. Ils sont, en effet, produits par la migraine ophthalmique. Ils surviennent brusquement, disparaissent de même, mais en laissant derrière eux un mal de tête accompagné de nausées et même de vomissements.

Donc, il n'est pas douteux que, dans le cas présent, la migraine oculaire s'est greffée sur la diathèse hystérique de la malade.

LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE SE COMPLIQUE QUELQUEFOIS D'ATTAQUES ÉPILEPTOÏDES. — Il est incontestable que les personnes nerveuses, les femmes hystériques et les individus atteints des attaques épileptiformes peuvent accuser quelquefois des phénomènes de migraine ophthalmique. Un fait de ce genre vient d'être publié par notre confrère de Nice, le D^r Bonnal (2), dont nous reproduirons le résumé.

Obs. VI. — *Migraine ophthalmique et accès épileptoïdes.* --- Morello, âgé de 40 ans, qui était sujet depuis l'âge de 13 ans à des accès douloureux avec symptômes épileptoïdes, sans chute ni perte de connais-

(1) Voir pour d'autres détails la thèse de doctorat de M. Baron sur les amblyopies hystériques. Paris, 1878.

(2) Bonnal. Migraine ophthalmique, caractérisée par des accès douloureux avec symptômes épileptoïdes. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, publiés par Charcot, Verneuil, etc., avril 1878, p. 279.

sance qui, jusqu'au 1^{er} novembre 1873, se sont régulièrement manifestés tous les mois trois ou quatre fois. Chaque accès était annoncé par une douleur précordiale et par un trouble de la vision avec strabisme et obscurcissement de la vue; le malade voyait des nuages dans lesquels apparaissaient des arcs lumineux et vacillants, sortes de lignes de feu en zigzags, présentant un scintillement continu. Après un intervalle, variant de cinq à quinze minutes, il éprouvait au petit doigt de la main droite, quelquefois à l'annulaire, une espèce de fourmillement qui gagnait le poignet, puis le coude. Après quelques minutes, le malade ressentait des secousses électriques, au visage, à l'œil droit et à la langue. La parole devenait alors difficile et il lui arrivait même de dire un mot pour l'autre.

Cette première période durait une demi-heure au plus, alors commençait une seconde phase, caractérisée par une douleur croissante, qui débutait à la région temporale droite et gagnait le sommet du crâne. Souvent alors survenaient des nausées; mais deux fois seulement en vingt-cinq ans, il lui est arrivé de vomir.

Le 2 novembre 1875, Morello entra au Hammam de Nice en qualité d'apprenti masseur. Depuis son entrée à Hammam les accès ne vinrent que très-rarement, ainsi vingt jours après son entrée, une première crise très-légère; deux mois après une seconde crise et la dernière jusqu'à son départ qui était le 15 juin 1876. Depuis cette date jusqu'à son retour à Hammam il a eu deux accès légers, l'un au mois de juillet, l'autre au mois de septembre. Il a eu encore, en décembre, deux accès, et puis il ne s'en est pas présenté d'autre jusqu'au mois de mars 1877, époque à laquelle le D^r Bonnal l'a perdu de vue. C'est donc une amélioration des plus remarquables des crises épileptiques aussi bien que des phénomènes de migraine ophthalmique.

III. — SYMPTOMATOLOGIE DE LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE.

Lorsqu'on examine attentivement toutes les névroses oculaires et qu'on les compare entre elles, on acquiert facilement la conviction que toutes celles qui sont dues à la migraine présentent des caractères tellement précis, tellement pathogéniques, qu'il est impossible de méconnaître la nature de la maladie.

La migraine ophthalmique n'est pas une affection rare; de jour en jour, de nouveaux faits viennent s'ajouter aux observations que nous avons recueillies depuis tantôt deux ans, sur cette matière. Jusqu'à présent, nous en avons rencontré 76

cas. Nous nous empressons d'ajouter que, parmi les névroses oculaires, il en existe un certain nombre mal définies, et que nous n'avons pu, par conséquent, comprendre dans notre statistique quoiqu'ils nous paraissent se rattacher aussi à la migraine. Cette difficulté de classement provient, dans certains cas, de l'insuffisance et de l'irrégularité des symptômes.

Il importe donc beaucoup d'analyser exactement tous les phénomènes qui caractérisent la migraine ophthalmique soit dans sa forme régulière, soit dans ses formes exceptionnelles.

1° *Fréquence de la migraine ophthalmique.* — L'étude de cette affection est d'autant plus nécessaire que sa fréquence est relativement très-grande.

En ce qui nous concerne personnellement, nous l'avons observée 76 fois. Parmi ces malades, un certain nombre ne présentaient que des phénomènes purement oculaires, et l'on eût été certainement embarrassé d'établir un diagnostic précis d'après ces seules données, si l'on n'avait trouvé, dans les antécédents, des indications plus exactes sur la nature *migraineuse* de la maladie.

Il est rare, en effet, que la migraine débute par de simples troubles oculaires, et il est plus commun, au contraire, de voir chez certaines personnes, la migraine ordinaire subsister, pendant plusieurs années, puis disparaître pour quelque temps, et être remplacée, tout d'un coup par cette affection, qui apparaît alors sous forme d'amblyopie.

Ce fait a déjà été observé par plusieurs auteurs. Tissot (1), entre autres, rapporte l'histoire d'un officier autrichien âgé de 32 ans, qui, depuis l'âge de 9 ans, souffrait d'accès de migraine tous les deux ou trois mois. Pendant un an la migraine cessa, mais elle fut bientôt remplacée par des troubles visuels qui, d'après la description de l'auteur, devaient se rattacher à l'une des formes irrégulières de la migraine oculaire.

Il est surtout difficile de ne pas confondre cette affection avec d'autres de même nature, chez les individus dont les yeux sont

(1) Tissot. *Traité des nerfs*, p. 388.

déjà atteints d'une maladie organique quelconque. Il nous suffira de citer ici une observation que nous avons recueillie tout récemment, et qui se rapporte à un homme atteint d'une atrophie de la papille optique gauche, et chez qui l'œil droit ne présente, pour le moment, que des symptômes de migraine ophthalmique. Des vomissements, un mal de tête continuel, la perte momentanée de la mémoire et de la parole, avec atrophie de la papille d'un œil, tous ces indices pourraient faire croire à l'existence d'une tumeur cérébrale, tandis qu'il n'y a là que deux affections réunies : la migraine ophthalmique, et l'atrophie papillaire.

Voici cette observation :

Obs. VII. — *Migraine ophthalmique survenant dans un œil atteint d'atrophie papillaire.* — M. L..., âgé de 31 ans, demeurant à Saint-Quentin, est venu me consulter le 9 janvier 1877 pour un affaiblissement de la vue, consécutif à une atrophie de la papille gauche, qui est devenue depuis complète. La maladie avait débuté en mai 1876, graduellement. Trois ans avant la maladie, il a eu des douleurs dans les tempes, qui venaient périodiquement. Il a des élancements dans les jambes et des faiblesses.

Au mois de mars 1877, il a eu une cécité complète pendant sept ou huit minutes, avec des éclairs; faiblesse générale, la parole embarrassée et des nausées, et puis la vue revint; il n'y avait pas de mal de tête, mais l'œil droit était endolori. Les mêmes phénomènes se sont reproduits 6 fois.

Au mois d'octobre dernier, il a eu la cécité pareille deux fois dans la même journée. A la dernière crise du 24 février, il a vu pendant quelques minutes les objets par moitié. La papille droite est normale et il lit très-facilement. La papille gauche présente une atrophie blanche.

Sous l'influence d'un traitement par le nitrate d'argent et le bromure de potassium, l'affection atrophique paraît être arrêtée. La vue de l'œil droit est plus raffermie, et c'est depuis ce moment que les crises migraineuses paraissent plus accentuées.

En présence de ce fait intéressant, on doit se demander s'il n'y a là réellement qu'une simple coïncidence, et si la migraine ophthalmique, ainsi que l'atrophie de la papille ne proviennent pas de la même cause. Des recherches ultérieures sur des faits plus nombreux pourront seules élucider cette question.

2° *Sexe.* — Les affections nerveuses se rencontrent, en général, beaucoup fréquemment chez les femmes que chez les hommes. En ce qui concerne la migraine ophthalmique, cependant, cette différence est à peine sensible. Et, en effet, sur les 76 cas que nous avons observés jusqu'à présent, 41 appartenaient au sexe féminin, et 35 au sexe masculin.

Quant à l'intensité du mal, elle est à peu près égale pour les deux sexes, mais, chez les femmes, la migraine de l'œil se complique souvent de symptômes d'amblyopie hystérique, comme on peut le voir dans l'observation n° V, ce qui rend le diagnostic difficile.

3° *Age.* L'âge joue, incontestablement, un certain rôle dans l'évolution de la maladie ; la migraine ophthalmique apparaît, en effet, habituellement entre 30 et 60 ans, il y a cependant, beaucoup d'exceptions à cette règle, car nous avons observé cette affection 5 fois entre 10 et 20 ans, une fois à 80 ans.

4° *Antécédents.* La migraine oculaire apparaît, le plus souvent, chez les personnes ayant souffert, pendant quelques années déjà, de migraine ordinaire. Ce n'est que lorsque celle-ci aura cessé pendant un an et plus, que l'on verra surgir des accidents nerveux visuels ; quelquefois aussi ces derniers se produisent spontanément, et sans être précédés d'autres accidents du même genre.

Cette affection apparaît parfois pendant la grossesse, et chez les personnes goutteuses. Les femmes nerveuses, hystériques, en sont atteintes plus fréquemment que d'autres, mais dans ce cas, la maladie est plus grave, car elle s'augmente des caractères inhérents à l'hystérie.

5° *Début.* La maladie ne débute pas toujours de la même façon. Le trouble visuel survient, habituellement, d'emblée, et dans un seul œil. Elle est parfois précédée d'un violent mal de tête, parfois aussi elle éclate inopinément, sans aucun signe précurseur, mais elle est alors suivie de douleurs de tête, de nausées, et de tous les autres caractères de la migraine.

Ce trouble est caractérisé par un brouillard vague, qui sera bientôt suivi soit d'un scotome central, soit d'une diminution de la vision par moitié, ou hémiopie. Le nuage qui recouvre les objets apparaît parfois sous une forme tellement fugitive, que le malade lui-même ne sait pas s'en rendre un compte exact. Piorry déclare, avec raison, que « dans quelques cas, l'éblouissement, même léger, et le nuage, sont les seules lésions optiques qui précèdent la douleur, et il arrive que les troubles de la vision sont quelquefois assez légers pour que les malades n'y aient pas fait attention, et ne se les rappellent qu'après les questions réitérées du médecin. »

Ce trouble vague peut être comparé, selon le même auteur, dans un certain nombre de cas, à une sorte d'éblouissement pareil à celui qu'éprouve une personne *qui aura fixé le soleil*. Un de nos malades nous disait qu'il voyait très-nettement le nuage venir du champ visuel externe pour s'interposer entre l'œil et l'objet regardé.

Selon la version de M. Liveing, ce nuage serait dû à un obscurcissement de la vision centrale, ou à l'hémiopie, sans que les malades s'en aperçoivent. Nous pensons, au contraire, que ce trouble est dû à une anesthésie générale de la rétine, qui, dans certains cas, peut se concentrer dans la moitié externe seule du champ visuel, mais qui, d'autres fois, pourra aboutir à la cécité complète quoique momentanée, d'un ou des deux yeux.

6° *Hémiopie périodique*. Elle peut se présenter au commencement ou dans le courant de la maladie, et elle a pour premier effet, de détruire la moitié du champ visuel. Il en résulte que le malade ne voit les objets que par moitié, juste dans la partie qui correspond à l'étendue du champ visuel intact. Cette hémiopie occupe, presque toujours, le champ visuel externe ou temporal, et elle peut surgir soit dans un seul œil, ce qui est la règle générale, soit dans les deux yeux, mais, alors à des degrés différents. Cette diminution du champ visuel n'atteint pas la macula, du moins, si j'en juge par le fait suivant que j'ai eu à examiner dernièrement.

En effet, cette malade dont il va être question plus loin, qui, pendant la crise, ne voyait rien dans le champ visuel supérieur, pouvait très-bien lire, mais en plaçant le livre que je lui présentais plus près de l'œil atteint que de l'autre.

Il n'est pas rare de rencontrer dans la migraine, la perte du champ visuel supérieur, ou *hémioptie supérieure*, ce qui n'existe jamais dans les affections cérébrales. Cette circonstance nous fait supposer que, dans ces cas du moins, les troubles visuels sont plutôt de nature périphérique que centrale. Tout le système vaso-moteur d'une moitié de la tête est pris, et, de même que certaines parties du cerveau, le cuir chevelu et la face subissent une altération douloureuse spasmodique, la rétine et les autres parties de l'organe visuel sont soumises en même temps à une altération analogue.

Voici cette observation :

Obs. VIII. — *Migraine ophthalmique avec hémioptie supérieure.* — M^{me} D... 30 ans, toujours bien portante, acuité visuelle normale, avec emmétropie, commença, en 1871, à avoir des crises amblyopiques, caractérisées par une hémioptie. Ces crises duraient une demi-heure ou une heure, puis disparaissaient complètement. Depuis cinq ans, elles n'avaient pas reparu, lorsqu'en septembre 1877, l'œil droit se couvrit subitement, et fut pris de phénomènes lumineux, caractéristiques de la migraine, qui ne se dissipèrent qu'au bout d'une heure, pour reparaitre le 15 et le 20 décembre de la même année. Ce fut pendant cette dernière crise que le malade vint nous consulter, et nous constatâmes les phénomènes suivants : tout le champ visuel supérieur et interne de l'œil gauche était perdu jusqu'à 1 centimètre du point de fixation. L'acuité visuelle était de $\frac{1}{2}$, et la malade pouvait, quoique difficilement, lire le n^o 2 de l'échelle. Elle distinguait toutes les couleurs, mais voyait passer constamment des éclairs et des boules jaunes et bleues dans la moitié externe du champ visuel. Au moment où cette personne vint nous consulter, ces phénomènes duraient déjà depuis une demi-heure; mais ils étaient sur le point de disparaître, car elle commençait à sentir le mal de tête qui la prend toujours après ces amblyopies périodiques. Elle éprouve aussi quelques phénomènes nerveux, tels que la boule hystérique qui l'étrangle et les palpitations de cœur. A l'ophtalmoscope, nous avons parfaitement pu reconnaître que la papille gauche était plus pâle et moins vasculaire que la droite.

L'œil droit était complètement sain.

Cette observation nous a paru présenter un intérêt tout particulier, car nous avons pu assister à son évolution et constater par l'examen objectif, ce qu'il y avait là de vraiment réel. L'hémiopie avait subsisté pendant toute la durée de la crise monoculaire et la macula n'avait été touchée que d'une manière secondaire. Le spasme des vaisseaux rétiniens et de la papille pouvait être aussi reconnu d'une manière des plus sensibles, ce qui prouve que la lésion de la maladie existe dans le cerveau, les parties périphériques de l'organe de la vue y prennent aussi une part active.

(La suite au prochain numéro.)

NOTE SUR UNE SÉRIE DE 27 GRANDES AMPUTATIONS

AVEC DES REMARQUES

SUR LE PRONOSTIC ACTUEL DE CES OPÉRATIONS

ET LES MEILLEURS PANSEMENTS QUI LEUR CONVIENNENT

Par le professeur A. VERNEUIL.

(Suite et fin.)

Après avoir consciencieusement recherché les causes de la mort, je vais passer en revue les accidents *non mortels* qui se sont montrés pendant la durée de la cure. Si, en effet, bon nombre de mes opérés ont guéri simplement, quelques-uns ont présenté diverses complications; d'autres, enfin, ont été plus ou moins longtemps en péril. Or, comme le dit judicieusement M. Cassedebat (1), « il serait fort injuste d'assimiler deux guérisons dont l'une aurait été obtenue sans accidents et dont l'autre aurait mis plusieurs fois la vie en danger. »

Mais l'énumération des incidents légers ou graves resterait sans utilité si elle n'était suivie d'une recherche minutieuse de leurs causes. Si l'on considérait en bloc ces incidents, on ne saurait distinguer ce qui revient à l'état constitutionnel, à la blessure, au milieu, à la thérapeutique, et au pansement. On resterait donc, par rapport à ce dernier, dans un embarras que

(1) *Arch. gén. de méd.*, février 1878, p. 158.