

Bibliothèque numérique

medic@

**Galezowski, Xavier. - La migraine
ophtalmique est une maladie des
vaso-moteurs de la rétine et du centre
visuel qui peut aboutir à une
thrombose**

*In : Gazette médicale de Paris,
1882, 6ème série, IV, p. 324-326*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?e90182x1882x324_326

ment l'emploi de ce moyen, lorsque le malade aura beaucoup de peine à s'y accoutumer.

On aura de grandes chances d'éviter grâce à ces diverses précautions la formation d'une fistule urinaire.

A. LE DENTU.

PATHOLOGIE MÉDICALE

LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE EST UNE MALADIE DES VASO-MOTEURS DE LA RÉTINE ET DU CENTRE VISUEL, QUI PEUT ABOUTIR À UNE THROMBOSE. (Communication faite à la Société de biologie. Séance du 26 novembre 1881, par le docteur GALEZOWSKI.)

A l'époque où je fis ma communication au congrès de Genève, en 1877, sur la *migraine ophthalmique*, j'avais déjà observé 76 cas de cette bizarre maladie, que j'avais classée dans la névrose de la cinquième paire et dans les vaso-moteurs des centres optiques.

« Pour moi, disais-je, la migraine ophthalmique est une névrose de cette portion de la 5^e paire qui fournit des filets nerveux vaso-moteurs soit aux organes centraux visuels, tels que les tubercules quadrijumeaux, les corps genouillés, et le chiasma; soit à ses parties périphériques, telles que les nerfs optiques et la rétine. »

Mais toutes les névroses portent en elles-mêmes le germe de lésions matérielles, comme le dit si justement M. le professeur Charcot, et une maladie, en apparence nerveuse, peut devenir, à un moment donné, une maladie organique. La migraine ophthalmique est une nouvelle preuve à l'appui de cette assertion, car, sur le nombre, il est vrai, considérable des cas que j'ai pu recueillir jusqu'à présent dans ma clientèle, je trouve déjà deux cas de thrombose des vaisseaux rétinien, un cas de thrombose avec rupture des vaisseaux et un cas d'atrophie partielle d'une papille optique, que je suis disposé aussi à rapporter à la thrombose des vaisseaux optiques cérébraux. Voici ces trois observations, qui me paraissent présenter le plus grand intérêt :

Obs. I. — MIGRAINE OPHTHALMIQUE, THROMBOSE DE L'ARTÈRE CENTRALE. — Le général S..., âgé de 67 ans, vint me consulter le 1^{er} février 1881 pour une perte subite de la vue de l'œil droit, qui lui était survenue cinq jours auparavant. Il me raconta que, depuis plus de vingt ans, il souffrait de troubles visuels périodiques dans l'œil droit; ces troubles se manifestaient sous forme d'hémioptie ou de scotôme, avec des éclairs en zig zag, qui ne duraient que quelques minutes; puis le malade éprouvait un mal de tête très violent dans la moitié de la tête, et des vertiges. Deux ou trois heures après, tous ces phénomènes disparaissaient. Ces crises se renouvelaient tous les mois ou toutes les semaines, parfois même pendant plusieurs jours de suite. A l'examen ophthalmoscopique, je constate une thrombose de l'artère centrale de la rétine droite, avec quelques taches hémorragiques. L'œil malade ne voit rien, si ce n'est un peu de jour dans le champ visuel externe. La papille est blanche, légèrement infiltrée dans sa moitié interne, les artères sont filiformes; il y a quelques légères infiltrations blanchâtres le long de la branche temporo-frontale. En comprimant l'œil, on provoque cependant facilement la pulsation dans la portion centrale de l'artère. L'examen du cœur, fait par le médecin de la maison et par moi, n'a pu dévoiler la moindre altération des valvules.

Obs. II. — THROMBOSE DE L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE, PAR SUITE D'ACCÈS RÉPÉTÉS DE MIGRAINE OPHTHALMIQUE. — Mademoiselle A..., âgée de 15 ans, habitant avec ses parents le midi de la France, me fut adressée par M. le professeur Jaumes (de Montpellier). Cette jeune fille était sujette aux migraines ophthalmiques depuis l'âge de 7 ou 8 ans. Ainsi, bien souvent et sans cause connue, elle était prise subitement d'un mal de tête, précédé ou suivi d'un trouble de la vue d'un ou des deux yeux. Ce trouble était accom-

agné d'éblouissements, d'éclairs en forme de pluie de feu, ou de zig zags. Par moments, la vue se perdait complètement pendant dix ou quinze minutes, et revenait ensuite sans laisser aucune trace. Ces phénomènes se reproduisaient à des périodes inégales, tantôt tous les deux ou trois mois, tantôt tous les jours, pendant plusieurs semaines consécutives. L'année dernière, les troubles visuels devinrent tellement fréquents, qu'il ne se passait pas de jour sans qu'elle les éprouvât, et presque toujours dans le même œil, le gauche. Mais un fait est certain, c'est qu'une fois la crise passée, la malade pouvait travailler, lire, écrire sans la moindre difficulté. Le 23 décembre 1880, la malade eut sa crise habituelle de migraine avec éblouissements, trouble de la vue, etc. Mais, cette fois-là, au bout de quelques minutes, la cécité de l'œil gauche devint complète, et ne cessa qu'imparfaitement au bout seulement de deux ou trois jours, tandis que le mal de tête, qui avait suivi l'accès, s'était prolongé pendant 24 heures. Tous les traitements qu'on lui avait fait subir n'avaient produit aucun effet favorable, et c'est dans ces conditions qu'elle me fut amenée par ses parents, le 8 février 1881.

État actuel. — A l'extérieur, on ne trouve aucun changement; la pupille paraît seulement un peu plus paresseuse dans ses contractions. Mlle A... peut lire les caractères no 2, bien qu'à grand-peine.

S = 3/20. Le champ visuel est perdu dans toute la moitié inférieure. L'examen du fond de l'œil présente les altérations suivantes :

La papille est blanche avec une légère suffusion séreuse au pourtour, et cette infiltration blanchâtre occupe une grande partie de la macule. L'apparence de la rétine et de la papille est tout à fait semblable à celle de l'embolie de l'artère centrale rétinienne. Et, en effet, les artères fronto-temporale et fronto-nasale sont oblitérées et entourées d'une bandelette sclérotique périvasculaire, sur une étendue double du diamètre de la papille. La même chose s'observe dans les artères inférieures, mais à un degré bien moindre. Le calibre de ces artères se trouve diminué d'une manière des plus sensibles, et, en comprimant le globe oculaire avec le doigt, on n'obtient pas de pulsation apparente. Les veines sont relativement plus volumineuses que les artères, mais, comparativement à l'œil sain, elles sont aussi diminuées de volume.

Notre regretté confrère Maurice Raynaud, qui avait été consulté pour la santé générale de la jeune malade, se trouva en consultation avec moi auprès d'elle; sur mes instances, et après avoir pris connaissance du processus, en apparence embolique, des vaisseaux rétinien, il examina le cœur avec le plus grand soin et il n'y trouva rien qui permit de supposer l'existence d'une hypertrophie ou de toute autre affection cardiaque. Tout au plus pouvait-on entendre un bruit de souffle anémique dans les carotides. Raynaud déclara donc, dans sa consultation écrite, que l'accident rétinien était dû à une thrombose *autochthone*.

A quelle cause pouvait se rattacher cette thrombose? Cette jeune fille a toujours joui d'une santé excellente; elle est en apparence forte et bien constituée. Elle ne se plaint que des migraines ophthalmiques qui lui sont survenues trois fois dans l'œil malade et une fois dans l'autre œil pendant les cinq semaines de son séjour à Paris. Ajoutons, en outre, que son père est aussi très migraineux, et qu'il a ces attaques de migraine vulgaire depuis sa plus tendre enfance. Il est d'une constitution goutteuse et il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'un enfant, né d'un père goutteux et migraineux, fût lui-même prédisposé à la migraine et aux altérations goutteuses dans les vaisseaux qui, sous l'influence des spasmes migraineux, s'oblitéraient à un moment donné.

Je pense donc qu'il doit y avoir une corrélation directe entre ces sortes de névroses oculaires et la thrombose rétinienne, et si les spasmes des vaisseaux sont la cause initiale de la migraine, on comprend jusqu'à un certain point que des contractures prolon-

gées des artères à parois internes un peu rigides puissent amener à la longue une oblitération.

M. le professeur Charcot a émis une opinion des plus justes, et Ferré l'a soutenue dans son dernier travail : c'est que chaque symptôme peut devenir définitif et permanent. J'ai eu en effet l'occasion d'observer avec cet éminent maître un cas de scotôme central qui est devenu définitif. M. Charcot a lui-même constaté la transformation d'une aphasie migraineuse en aphasie permanente.

Peut-être dans tous ces cas, assez rares il est vrai, se produit-il le même processus pathologique de thrombose par le spasme.

Il doit se produire aussi, dans le cerveau, des altérations analogues à celles de la rétine, si l'on en juge par le fait suivant, qu'il m'a été donné d'observer. Une jeune femme, atteinte depuis de longues années de troubles visuels migraineux, perd subitement la vue de l'œil gauche. Malgré une certaine amélioration, la vue de cet œil reste trouble, et je constate au bout de quelque temps une atrophie de la papille optique d'un œil, semblable à ce que l'on trouve dans les affections cérébrales et spinales. Voici cette observation :

Obs. III. — MIGRAINE OPHTHALMIQUE AVEC ATROPHIE CONSÉCUTIVE DE LA PAPILLE GAUCHE. — Mme Y..., âgée de vingt-neuf ans, demeurant à Montmartre, avait éprouvé, pendant sa jeunesse, quelques rares crises qui s'étaient, depuis quelque temps, complètement passées. A la suite de ses dernières couches, qui ont eu lieu il y a quatre ans, elle a commencé à avoir des maux de tête périodiques très violents, qu'elle croyait devoir attribuer aux accès migraineux. En même temps, il lui survenait un trouble passager de la vue, ses yeux se remplissaient d'eau, puis venait un brouillard qui durait une demi-heure et était suivi d'un mal de tête qui se prolongeait pendant une ou deux heures et était accompagné de nausées et même de vomissements. Pendant la période du brouillard, la malade voyait constamment des zigzags très lumineux et de différentes couleurs. Le brouillard occupe toujours les deux yeux, elle ne voit jamais les objets par moitié, mais elle est constamment gênée par un scotôme noir qui se place sur tout ce qu'elle regarde, à côté du point de fixation.

Il est intéressant de remarquer que, depuis quatre ans, elle n'a jamais cessé de voir des paillettes et des zigzags lumineux, qui dansent continuellement devant son œil droit, même dans l'intervalles des crises. Par moments, c'est une plaque ronde, dentelée du diamètre d'une pièce d'un centime, qui sautille devant l'œil. Depuis un an, elle éprouve, simultanément avec les accès migraineux, des douleurs dans la jambe et dans le bras droits. Quelques fois aussi, elle éprouve des douleurs rhumatoïdes dans le bras gauche.

L'acuité visuelle de l'œil droit est normale, mais de l'œil gauche cette dame voit à peine les caractères du no 5. Le champ visuel est diminué concentriquement dans l'œil gauche, pour les couleurs et pour la perceptivité des objets. A gauche aussi, la papille est blanche et ses vaisseaux sont diminués de volume.

Évidemment, nous nous trouvons ici en présence d'une atrophie semblable à celle que l'on observe dans les affections cérébro-spinales, et la lésion, par conséquent, a dû se produire dans le centre optique gauche.

Dans un cas tout récent, je viens de constater une névro-rétinite avec des thromboses vasculaires, accidents qui sont survenus dans un œil sujet depuis plusieurs années aux atteintes de la migraine ophthalmique. Voici ce fait :

Obs. IV. — MIGRAINE OPHTHALMIQUE ET NÉVRO-RÉTINITE AVEC THROMBOSE CAPILLAIRE. — Madame S..., âgée de 52 ans, d'une forte constitution, avait toujours joui d'une santé excellente. Il y a 4 ans, elle a été atteinte, pour la première fois, d'un accès de migraine ophthalmique de l'œil gauche. Cette érise l'avait beaucoup effrayée, car elle ne voyait plus le côté gauche des objets et de la figure des personnes qu'elle regardait. En même temps, elle

avait été prise d'un tel vertige, qu'elle avait dû chercher un refuge dans un magasin. Ce trouble visuel était accompagné des phénomènes lumineux en zigzags caractéristiques de la migraine. Puis vint le mal de tête dans tout le côté gauche, qui dura plusieurs jours. Depuis cette crise, les maux de tête et les vertiges devinrent très fréquents; mais, quant aux troubles oculaires, ils ne se présentaient que deux ou trois fois par an, et toujours avec hémipopie. En outre, il y a trois ans, dans un accès migraineux, elle a éprouvé de l'amnésie; elle ne trouvait pas ses mots, ou bien les confondait les uns avec les autres; cela n'a duré que cinq à huit minutes; mais, depuis cette époque, elle a éprouvé ce phénomène encore trois fois; la dernière fois, ce fut au mois d'avril de l'année courante, mais elle n'a jamais rien senti ni dans les jambes. L'année dernière, elle consulta un confrère, qui lui découvrit une hémorrhagie rétinienne. Cette lésion disparut quelque temps après. Une nouvelle crise de migraine ophthalmique lui est survenue il y a trois jours, avec hémipopie gauche, mal de tête, vertiges; mais cette fois, après l'accès, la vue est restée trouble. Elle est venue me consulter le 23 novembre dernier, et voici ce que j'ai constaté: Mme S... est hypermétrope de 4 D.; l'acuité visuelle de l'œil droit est normale; celle de l'œil gauche est notablement affaiblie. S = 3/30, et elle lit difficilement de cet œil avec 4 D. convexe le n° 4 de l'échelle. Le champ visuel est libre, mais il existe une névro-rétinite gauche avec thrombose de quelques capillaires, compliquée de petites hémorrhagies. L'autre œil est sain. La malade n'a plus ses règles depuis 15 mois. Tout porte donc à croire qu'il s'agit ici d'une thrombose causée par les contractures fréquentes des vaisseaux rétiens et que ces vaisseaux, sous l'influence de la disposition congestive de la ménopause, ont dû subir des oblitérations capillaires.

En résumé, il ressort des quatre observations précitées ce point très important, que la migraine ophthalmique, regardée jusqu'à présent comme une affection de nature purement nerveuse, peut, bien qu'exceptionnellement, donner lieu à des altérations matérielles des vaisseaux rétiens ou cérébraux.

EXAMEN DU LIQUIDE DES SUDAMINA DANS UN CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE, par ALBERT ROBIN.

Pendant le mois d'octobre 1881, j'ai observé à l'hôpital Necker un cas de dothiéntérie à forme adynamique, rapidement terminé par la mort et qui présenta entre autres particularités une éruption de sudamina généralisée et confluyente, si bien que les petites vésicules, réunies les unes aux autres, formaient des bulles d'un volume considérable. Quelques-unes de ces bulles atteignaient 1 centimètre et demi de diamètre.

En perçant, avec la pointe d'un bistouri, le sommet de plusieurs de ces sudamina, on put recueillir 3 gr. 255 de liquide, dont l'analyse a fourni les résultats suivants :

Transparent et incolore, ce liquide laisse déposer par le repos une très minime quantité de flocons blanchâtres légers, en même temps qu'il prend une teinte légèrement opaline.

Sa réaction est très acide.

Son odeur est forte et désagréable.

Au microscope, on trouve une grande quantité de fines gouttelettes de graisse et quelques cellules épidermiques.

Il ne contient ni matière albuminoïde ni sucre. L'alcool ne trouble nullement sa limpidité.

L'addition d'acide nitrique nitreux ne produit ni changement de coloration ni modification quelconque du liquide.

Dans le résidu à l'évaporation sirupeuse de quelques centigrammes, on trouve au microscope des cristaux d'urée et de chlorure de sodium.

La réaction à la murexide ne révèle aucune trace d'acide urique.

L'analyse qualitative des sels démontre l'existence d'une notable quantité de chlorures, mais l'on ne trouve aucune trace de sulfates ni de phosphates.

Une analyse quantitative sommaire tentée sur 0 gr. 701 du liquide a donné les chiffres ci-dessous :

Eau.....	981 gr.46
Matériaux solides.....	18 54
Matières organiques.....	14 26
Matières minérales.....	4 28

Ce qui domine, dans cette analyse sommaire, c'est d'abord que la somme des matériaux solides éliminés par les sueurs a été relativement considérable; ensuite que parmi ceux-ci les matériaux inorganiques ont peu varié, tandis que l'élimination peut avoir porté principalement sur des principes organiques.

Ce fait est parfaitement en rapport avec les résultats qui sont fournis par l'examen des urines (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

DE LA PARAPLÉGIE INCOMPLÈTE (PARAPARÉSIE) PAR FAIBLESSE FONCTIONNELLE, par le docteur WEBBER.

(*Boston medical and Surgical Journal*, 19 janvier 1882.)

L'auteur rapporte trois cas de diminution de la motilité des membres inférieurs et ne se rattachant, selon toute apparence, à aucune lésion organique de la moelle ou de tout autre département du système nerveux. Dans ces trois observations, il s'agit de femmes. Chez la première, il existait de l'irritation spinale accompagnée d'une douleur très vive le long de la colonne vertébrale et de l'épigastre, d'un léger tremblement des mains, d'une exagération du réflexe patellaire à gauche, d'une hésitation dans la marche. Lorsqu'on faisait fermer les yeux à la malade, elle oscillait et manquait de tomber. Cette femme avait eu une longue série de maladies, à savoir une *fièvre pneumonique* (sic), le typhus, la fièvre typhoïde, un rhumatisme, la fièvre intermittente, enfin de la méningite spinale. Sur ce dernier point, l'auteur émet des doutes. La guérison complète fut obtenue, grâce à de simples applications de ventouses.

La seconde malade avait eu la scarlatine à l'âge de 5 ans. A la suite de cette maladie, elle était restée faible et cette faiblesse augmenta à ce point qu'elle devint absolument incapable de marcher, de se tenir debout, de s'asseoir et même de tenir la tête droite. La sensibilité n'était pas altérée et les muscles réagissaient normalement au courant faradique. L'auteur ne parle pas des réflexes tendineux. Il y avait de l'albumine et des cylindres granuleux dans l'urine. Une très grande amélioration se déclara sous l'influence d'un traitement ferrugineux, du massage, de l'électricité et des bains de mer. Il s'agissait là bien évidemment d'une sorte d'épuisement nerveux consécutif à une maladie grave et aussi, dit l'auteur, au surmenage.

Le troisième cas est celui d'une femme qui avait travaillé à la machine à coudre pendant douze ans, et qui s'était beau-

(1) Albert Robin, *Essai d'urologie clinique*. — La fièvre typhoïde, Paris, 1877.

coup fatiguée à soigner ses enfants malades. Les symptômes étaient les mêmes que dans les deux observations précédentes, et le traitement a eu les mêmes effets.

D'après M. Webber, le siège de ce genre de troubles peut être dans les muscles ou dans le système nerveux. Les fibres musculaires peuvent se trouver fatiguées outre mesure à l'état de veille, au point de ne pouvoir revenir à l'état normal pendant le repos; quant à la question de savoir si elles subissent une dégénérescence quelconque, c'est ce qui n'est pas encore élucidé; dans tous les cas, s'il y a une dégénérescence, elle doit être légère, étant donné la conservation de la réaction électrique. Le diagnostic entre la myélite et la débilité fonctionnelle n'est pas toujours facile. L'auteur attache une grande importance à l'absence ou à la présence d'une douleur spinale. Cette douleur est, selon lui, en faveur d'un trouble fonctionnel. La sensibilité est aussi moins atteinte dans l'irritation spinale que dans la myélite; enfin il y a plutôt parésie que paralysie à proprement parler. Quant aux troubles du côté de l'intestin et de la vessie, ils peuvent être les mêmes dans les deux cas. La conservation, souvent même l'exagération des réflexes tendineux, suffit à établir le diagnostic différentiel avec l'ataxie. Le meilleur traitement consiste dans le repos, le massage, les ventouses, l'électricité, le cautère actuel, le fer, la quinine et la strychnine. La guérison est lente et demande parfois des mois entiers.

DE LA PARALYSIE SPINALE INTERMITTENTE, par le docteur GIBNEY.

(*American Journ. of Neurol. and Psych.*, 1882.)

Les deux observations de l'auteur se rapportent à des paralysies intermittentes ou plutôt récurrentes, survenues chez des enfants soumis à des influences paludéennes, et qui ont guéri par l'usage de la quinine. Le premier de ces enfants eut cinq attaques espacées par des intervalles d'un à plusieurs mois et d'une durée variant entre une semaine et six mois. Il y avait une atrophie marquée des muscles des régions thénar et hypothénar, des muscles sus-scapulaires, des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. Il en était de même aux membres inférieurs pour les fléchisseurs et les adducteurs, et pour les extenseurs de la jambe. La paralysie était symétrique.

Dans le second cas, il y avait eu trois attaques. Il n'y avait pas d'atrophie, mais une grande faiblesse et une grande flaccidité des masses musculaires. Les quatre membres étaient affectés. La première attaque guérit spontanément en quelques semaines, sans secours médical. La seconde, survenue un an plus tard, fut traitée à l'hôpital et dura six mois. La troisième, survenue six mois après, fut suivie de mort. Elle avait duré quinze jours. Malheureusement, il n'y a pas eu d'autopsie.

Ces intéressantes observations diffèrent des faits signalés par Erb et dans lesquels la paralysie avait une marche franchement intermittente et ne durait que quelques heures, absolument comme un accès de fièvre paludéenne.

DE LA CHORÉE CHEZ LES INDIVIDUS AGÉS, par le docteur MACLEOD.

(*Journ. of Mental Science*, juillet 1881.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme chez lequel la maladie ne se développa qu'à l'âge de cinquante ans. Il devint plus tard paralytique et dément. Il mourut à cinquante-