

Zeitschrift: Bulletin de la Société des Sciences Naturelles de Neuchâtel
Herausgeber: Société des Sciences Naturelles de Neuchâtel
Band: 23 (1894-1895)

Artikel: Hystérotraumatismes oculaires
Autor: Borel, G.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-88367>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 14.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Séance du 28 mars 1895

HYSTÉROTRAUMATISMES OCULAIRES

PAR LE DR G. BOREL, MÉDECIN-OCULISTE

Mon maître, M. le professeur Charcot, a toujours insisté sur l'importance des caractères *somatiques* de l'hystérie, et ce sont ces symptômes que j'avais étudiés avec préférence sur les grands hystériques du Service de M. Charcot, à la Salpêtrière, dans des études dont j'ai condensé le résultat sous le titre : *Affections hystériques des muscles oculaires*, parues dans les *Archives d'ophtalmologie* en 1886 et 1887, et dans un travail intitulé : *Reproduction artificielle des affections hystériques des muscles oculaires par la suggestion hypnotique*, paru dans les *Annales d'oculistique* en 1887.

Les troubles musculaires oculaires passaient presque complètement inaperçus dans l'hystérie oculaire; or ce sont précisément les caractères somatiques, comme l'a fort bien dit M. Charcot, qui sont les plus précieux symptômes pour fixer les types cliniques, parce que ce sont des troubles susceptibles d'être déterminés et analysés avec exactitude.

« Avant tout, comme dit M. le Dr Babinski, de Paris, dans son travail : *Hypnotisme et hystérie* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1891), il est nécessaire d'être bien prévenu contre

quelques idées erronées transmises par la tradition. La légèreté, l'insouciance, la mobilité étaient considérées autrefois comme caractérisant l'état psychique de l'hystérie, et il était admis que les manifestations somatiques étaient essentiellement fugaces. Ces idées déjà inexactes, si on les applique à tous les cas d'hystérie chez la femme, sont complètement fausses si on envisage l'hystérie chez l'homme.

« Le tableau symptomatique de la grande hystérie dans sa forme la plus parfaite peut être considéré comme un assemblage de pièces distinctes représentant chacune un des syndromes de la névrose. Le tableau peut se dégrader par la perte successive d'une ou de plusieurs de ses pièces pour arriver à n'être plus représenté que par l'une d'entre elles. C'est *l'hystérie monosymptomatique*. Or, j'ai réuni une collection de cas où l'érythropsie, l'astigmatisme spastique, la mydriase, l'épiphora avec ou sans hémihypéridrose faciale, le strabisme spastique, le nystagmus peuvent chacun exister isolément et constituer une forme d'hystérie monosymptomatique. C'est surtout le cas des formes traumatiques; les formes monosymptomatiques non traumatiques sont peut-être exceptionnelles.

L'année 1891 a été marquée en Suisse par deux catastrophes de chemin de fer, celle de Zollikofen, où deux trains bondés de voyageurs allant aux fêtes du jubilé de la ville de Berne se sont jetés l'un sur l'autre, et celle de Mönchenstein, où un train fut précipité dans une rivière par la rupture d'un pont. Il y eut près de 100 morts, au moins autant de blessés, dont une partie épouvantés se mirent à courir dans

toutes les directions. J'ai vu la catastrophe de Zollikofen; plusieurs heures après l'accident, des gens sous le coup de la terreur, même ceux qui n'avaient aucun mal, galopaient à travers les champs et les forêts. Il faut avoir vu cela pour comprendre l'influence psychique de tels moments.

J'ai eu la chance d'avoir à examiner, tant au point de vue médical qu'au point de vue de la responsabilité de la compagnie du chemin de fer, un certain nombre de cas d'hystérotraumatismes oculaires mono- ou polysymptomatiques.

L'hystérie peut, dans ces cas, affecter l'œil secondairement quand un autre organe est atteint primai-
rement, ou inversement une blessure des plus minimes de l'œil peut contagionner tout l'organisme et donner lieu à une hystérie généralisée intense. Les symptômes peuvent alors survenir à la sourdine, d'une manière sporadique, de telle façon que le diagnostic d'hystérie ne peut guère être fait du pre-
mier coup. Le médecin ne sait pas plus que le malade que c'est le traumatisme presque oublié qui se réveille et qui ébranle, comme après coup, tout l'or-
ganisme nerveux. L'hystérie arrive comme un contre-
coup aussi inattendu que possible et sous une forme fruste et insidieuse. Les trois cas d'hystérie grave, avec symptômes oculaires primaires, que j'ai soignés à la suite de ces catastrophes, présentaient des bles-
sures oculaires nulles ou de minime importance, tandis que par une anomalie curieuse, des blessures graves avec hyphaëma chez de jeunes femmes tout aussi délicates, si ce n'est plus que dans les premiers cas, n'ont pas donné lieu à des formes nerveuses et ont causé une incapacité de travail plus courte!

Relevons, à notre point de vue de spécialiste, le fait que les troubles moteurs des yeux peuvent être un des premiers signes de la névrose, que l'hystérie confirmée peut n'apparaître que bien plus tard, avec tout son cortège de stigmates, et que les premiers symptômes ne sont expliqués que lorsque de nouvelles influences ont fait apparaître les contractures des membres et les anesthésies caractéristiques.

M. Hübscher, de Bâle, a publié deux cas d'insuffisance de convergence hystérique, arrivés à la suite de la catastrophe de Mönchenstein (cité dans l'excellente thèse de M. Pansier : *L'œil hystérique*, Paris, 1892). Ces cas m'ont fait plaisir et il me sera permis de dire que j'ai été le premier à nommer et à décrire l'*insuffisance de convergence hystérique* dans les *Archives d'ophtalmologie* en 1887 (juillet et août).

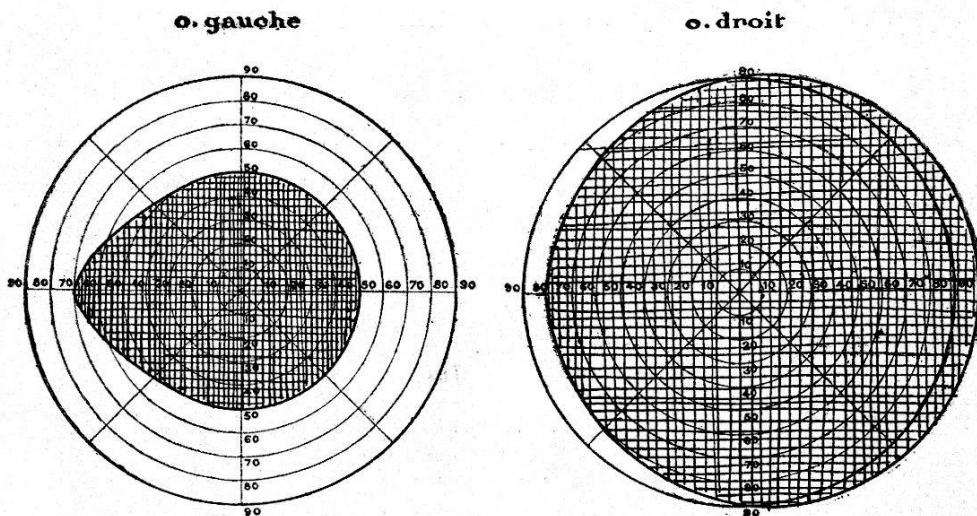
Dans un autre cas, l'astigmatisme était la raison occasionnelle pour laquelle un de ces malades me consulta, et il ne présentait aucun autre stigmate ; l'érythropsie et le polyopie monoculaire n'apparurent que plus tard.

En 1887, mon maître Landolt, de Paris, me fit l'honneur de présenter au congrès de la Société française d'ophtalmologie une étude sur l'*Astigmatisme hystérique*, qui n'avait jamais été décrit jusque-là (*Mémoires de la Société d'ophtalmologie*, Paris, 1887). M. Galezowski (*Semaine médicale*, 1892) crut ensuite l'avoir observé le premier et en fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine de Paris. J'ai été fort intéressé de retrouver ce syndrome chez plusieurs de mes traumatisés de Mönchenstein et de Zollikofen. M. M..., horloger, âgé de 31 ans, victime de Mönchenstein, n'a plus pu lire pendant les deux mois

qui suivirent l'accident, par suite de troubles nerveux; il souffrait d'abord uniquement d'érythropsie, et ce n'est que deux mois plus tard que je pus constater d'autres stigmates hystériques : rétrécissement du champ visuel, astigmatisme par spasme irrégulier du muscle ciliaire, photophobie sans lésion oculaire, ébranlement nerveux, rêves terribles, mauvais sommeil; ce n'est qu'au bout d'un an qu'il put se remettre au travail.

M^{me} J..., peintre en cadans, âgée de 21 ans, a reçu un léger coup sur l'arcade sourcilière droite à la catastrophe de Zollikofen; à son retour à la maison, elle se remit immédiatement au travail, ne se croyant pas malade. Mais, au bout de quelques jours, cette

M^{me} C. J. (2 septembre 1891).



Hémianesthésie gauche.

Rétrécissement du champ visuel gauche par hystérotraumatisme.
(Catastrophe de Zollikofen, août 1891).

jeune fille dut quitter toute occupation et se trouvait dans un état étrange. Elle ne pouvait absolument plus fixer son ouvrage et décrivait cette sensation

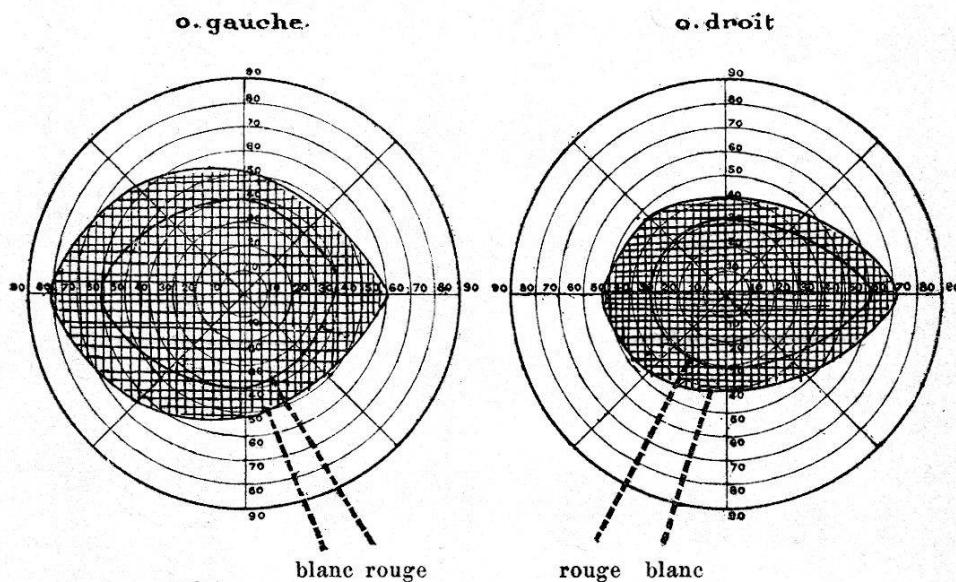
d'asthénopie permanente en disant qu'elle avait l'impression de porter des lunettes trop fortes. A ce moment, son œil gauche est emmétrope et a une acuité visuelle normale, le droit est emmétrope et a sept dixièmes de vue. Elle se plaint vivement d'une névralgie sus-orbitaire à droite, où on peut encore voir une légère cicatrice sous l'arcade sourcilière droite. Un mois plus tard, je constate une *hémianesthésie gauche absolue avec rétrécissement du champ visuel gauche* (70° en dehors et 50° en dedans). A ce moment, l'œil droit fut atteint d'astigmatisme spastique de $0^{\circ},75$ dans l'axe horizontal, qui disparut à son tour après s'être accompagné d'épiphora sans lésions organiques quelconques. Les autres symptômes ne disparurent qu'un an plus tard environ. Il resta dès lors cependant un changement de caractère tel que sa propre famille ne la reconnaissait plus.

Une jeune fille de 14 ans avait reçu un léger coup sur l'œil gauche; j'instillai une seule goutte d'atropine, mais la *mydriase* persistait encore quinze jours après l'instillation, et quelle ne fut pas ma surprise en voyant la pupille de l'œil droit se dilater au maximum, l'œil gauche devenir amaurotique, alors que l'œil droit avait encore deux dixièmes d'acuité visuelle; les réflexes pupillaires étaient abolis. Une *hémianesthésie gauche* vint compléter le tableau; la figure se congestionna en même temps que les papilles s'hyperémiaient et que l'épiphora survenait. A l'ophthalmoplégie interne vint se joindre la *diplopie monocularie*, puis des symptômes plus graves, vertiges, délire, état d'excitation permanente, vomissements violents pendant quinze jours avec constipation opiniâtre. Il semble que le diagnostic de méningite

devait s'imposer d'autant plus que l'ophtalmoscope semblait d'accord; mais tout à coup les phénomènes s'amendent et il ne reste plus que le tableau de l'hystérie simple, hémianesthésie et rétrécissement du champ visuel qui disparurent à leur tour. Ce cas a été étudié d'abord par moi et ensuite à Berne, par le professeur Lichtheim, actuellement à Koenigsberg.

M^{lle} B. H., âgée de 22 ans, horlogère, se trouvait à la catastrophe de Zollikofen; elle fut projetée contre une banquette sans se faire aucun mal. Elle se remet au travail, mais se plaint ensuite d'un point de côté où l'auscultation ne révèle rien, puis une *sciaticque* vient s'ajouter à la *pleurodynie*. Le caractère changea; la malade devint pleureuse et fantasque, perdit le sommeil; sa figure devint rouge-bleue par suite de

M^{lle} B. H. (catastrophe de Zollikofen, août 1891).

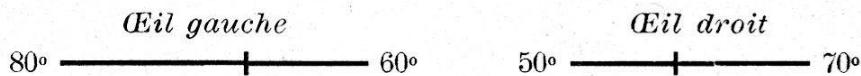


Hémianesthésie droite.

Rétrécissement double du champ visuel. (Novembre 1892).

troubles vaso-moteurs faciaux qui acquièrent une intensité rare. Les papilles se congestionnent comme les

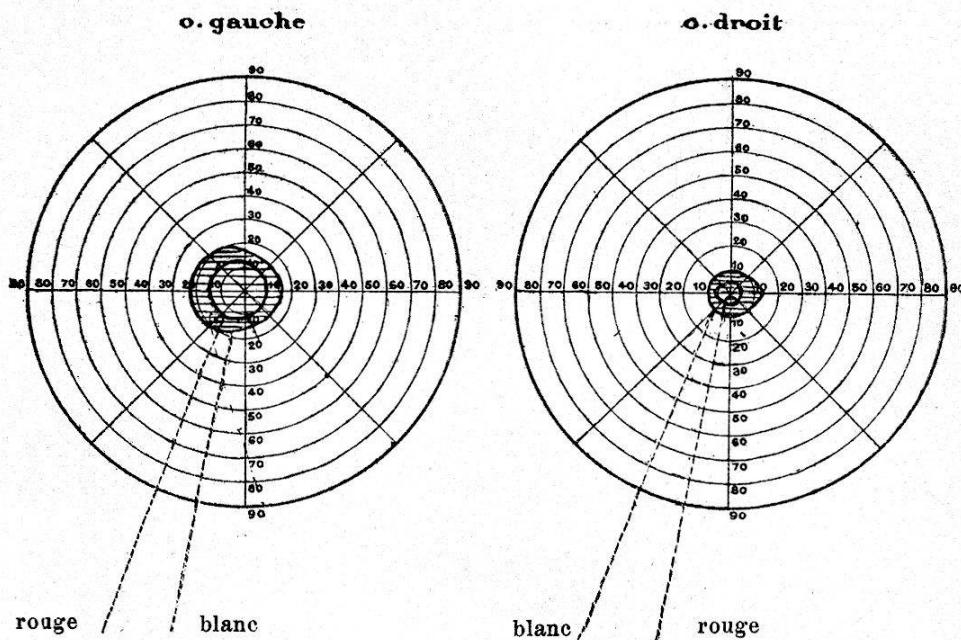
conjonctives. Les traitements les plus divers restent sans effet; les plaintes augmentent. Je vis la malade quatre mois après la catastrophe de chemin de fer. L'acuité visuelle était normale pour les deux yeux, après la correction d'une myopie de 1,5 dioptrie. Un *épiphora double* s'exagérait quand les troubles vaso-moteurs de la figure s'accentuaient, en même temps que l'hyperémie papillaire augmentait; asthénopie intense avec impossibilité absolue de continuer son métier; le caractère devint irritable, le sens moral de la malade diminua dans une large mesure; elle se plaignait d'une névralgie sus-orbitaire droite constante. Les réflexes semblent exagérés, *la myopie était variable* et vacillait suivant les oscillations de la contracture du muscle ciliaire. La malade disait ne voir que du brouillard quand elle voulait fixer un objet. J'ai prouvé (dans les *Archives d'ophthalmologie* en 1887) qu'il s'agissait ici d'une *perte du sens musculaire du muscle accommodateur* qui rend toute adaptation impossible. Le diagnostic d'hystérie fut facile quand je constatai, mais seulement 4 à 5 mois après le traumatisme, en novembre 1891, *un double rétrécissement du champ visuel*.



Hémianesthésie droite, présence de *plaques spasmodènes* le long de la colonne vertébrale, qui donnent lieu à des crises hystériques dès que le doigt arrive à frôler la peau sur la 12^{me} vertèbre dorsale ou la 7^{me} cervicale. Un mois après, la réfraction a encore changé et je trouvais un *astigmatisme myopique* de 1,5 dioptrie du méridien vertical. Sachant, par de désagréables expériences, combien l'atropinisation

peut être dangereuse chez les hystériques et qu'elle peut provoquer une ophtalmoplégie interne de longue durée, je n'osai pas traiter ainsi le muscle ciliaire.

M^{me} B. H. (catastrophe de Zollikofen, août 1891).

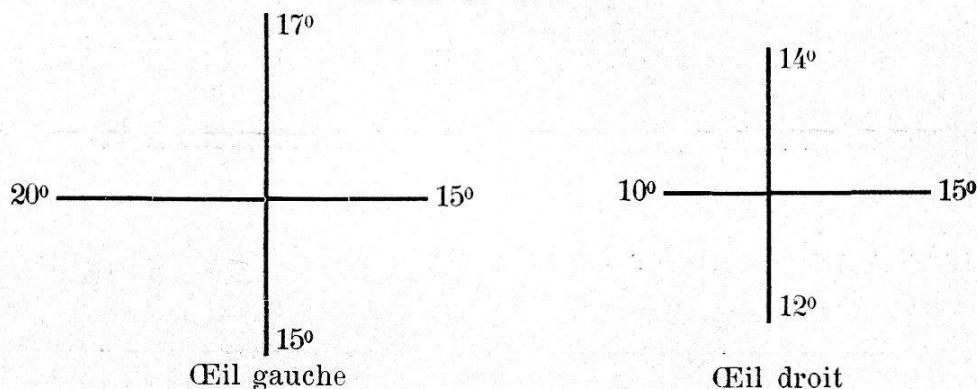


Hémianesthésie gauche.

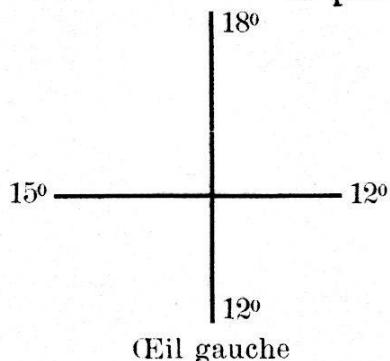
Rétrécissement intense du champ visuel pour les 2 yeux (2 avril 1892).

Neuf mois après l'accident, en avril 1892, je trouve une *hémianesthésie gauche absolue* pour les brûlures, le froid, les piqûres profondes; puis une *diplopie gauche monoculaire* avec *érythropsie intermittente*. *Rétrécissement presque ponctiforme du champ visuel.*

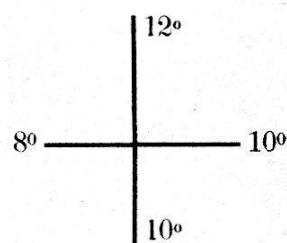
Pour le blanc :



et pour le rouge :



Œil gauche

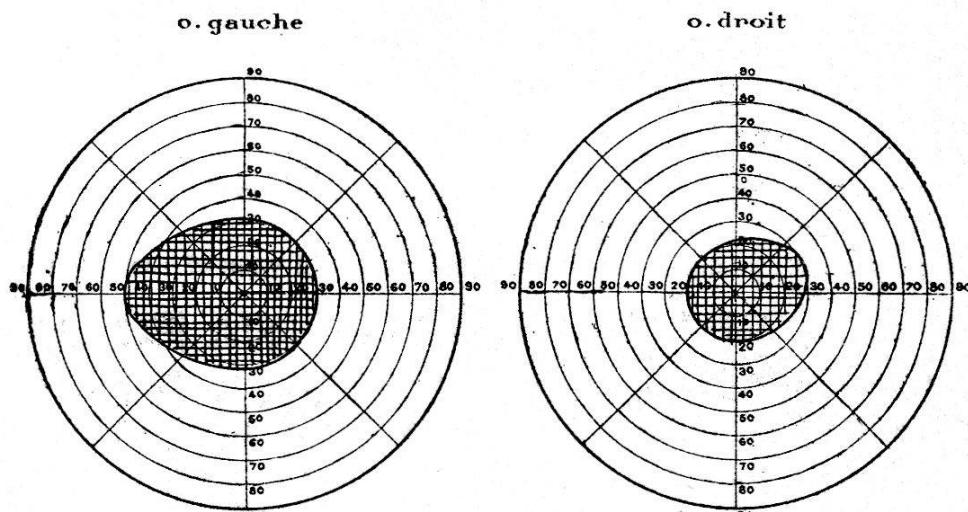


Œil droit

Hémianosmie gauche absolue.

En juillet 1892, hémianesthésie gauche en plaques ;

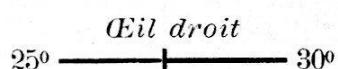
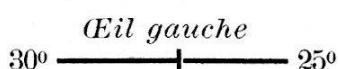
M^{me} B. H. (catastrophe de Zollikofen, août 1891).
(Champ visuel du 2 septembre 1892).



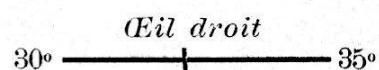
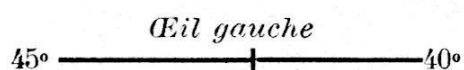
Hémianesthésie gauche en plaque.

Rétrécissement double du champ visuel.

rétrécissement du champ visuel moins considérable :



En septembre 1892, le champ visuel est encore très limité pour les deux yeux :



Les malades furent traités par la suggestion, par l'électricité, avec changement d'air et de milieu : leur état s'améliora très lentement. Ils reçurent des indemnités de 2000, 3000 et 7000 francs ; mais, un an après la terminaison financière de leurs procès, j'entendais encore deux de ces malades se plaindre d'asthénopie et de troubles nerveux divers.

Ce qui me parut être le symptôme permanent le plus grave, ce fut le changement de caractère qui, chez deux d'entre eux, devint une cause de brouille de famille, de mariages absurdes, d'inconséquences inexplicables dans leur conduite privée et d'inclinations anormales. A ce taux, une indemnité de la part des compagnies de chemins de fer ne sera jamais suffisamment élevée !

M. le professeur Dubois, à Berne, m'a montré un cas de strabisme convergent hystérique dû à la catastrophe de Mönchenstein, strabisme durable, intense, de 30 à 50 degrés, suivant les moments, chez une femme de 30 ans environ. *L'œil fortement contracturé en dedans restait immobilisé alors que son congénère faisait des mouvements faciles et normaux*, puis, tout à coup, l'œil strabique se relâchait à la manière d'une corde qui se détend, et alors les deux yeux se mouvaient synergiquement. J'avais le premier fait, à la Salpêtrière, l'étude du *strabisme hystérique provoqué par la suggestion*, et M. Gilles de la Tourette, de Paris, a confirmé ces résultats dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (juin-août 1889).

L'identité des formes naturelles et spontanées produites par l'ébranlement nerveux lors des catastrophes, avec celles créées artificiellement par la suggestion hypnotique, est la même pour les mouvements des

yeux que pour les monoplégies hystériques spontanées ou suggestionnelles trouvées par Charcot, et *dans notre domaine restreint à l'organe oculaire, je puis souscrire pleinement, en les confirmant, aux conclusions du travail de M. Babinski : Hypnotisme et hystérie (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, juillet 1891) : « Je me crois autorisé à conclure que les phénomènes hypnotiques sont de même essence que les phénomènes hystériques et que des liens intimes unissent l'hypnotisme à l'hystérie. »*

Cette opinion de l'identité des phénomènes hystériques et hypnotiques appartient d'ailleurs à M. Gilles de la Tourette, qui l'a établie sur des bases cliniques dans son livre : *L'Hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal* (Paris, 1887; 2^{me} édition 1889), en montrant en particulier que les hystériques étaient seuls hypnotisables.

Depuis, M. Gilles de la Tourette a donné la preuve irrécusable de ce qu'il avançait, en étudiant avec M. Cathelineau la nutrition dans l'hystérie et dans l'hypnotisme. Ces auteurs ont montré que la formule chimique de l'attaque d'hystérie, qu'ils ont découverte, était entièrement applicable aux périodes hypnotiques de même durée. Celles-ci doivent être purement et simplement considérées comme des attaques d'hystérie provoquée, à forme somnambulique, cataleptique ou léthargique.¹

Dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, *il est remarquable de constater que des phénomènes somatiques peu ou pas encore décrits dans l'hystérie*

¹ Gilles de la Tourette et Cathelineau. La nutrition dans l'hypnotisme. *Progrès médical* n° 17, 26 avril 1890, p. 333; id. n° 51, 20 décembre 1890, p. 496.

se retrouvent, comme l'épiphora, avec congestion veineuse rétinienne et faciale. Il est non moins remarquable de voir que presque tous ces cas ont été la conséquence de lésions organiques à peine appréciables, et que cependant l'incapacité de travail a dépassé une année chez presque tous. Aucun de ces malades n'avait été hystérique ni même nerveux auparavant, et nous pouvons constater, avec M. Babinski, que l'hystérie est, après la neurasthénie, la voie par laquelle un sujet indemne d'accidents héréditaires peut entrer le plus facilement dans la famille neuro-pathologique.

La gravité de l'hystérie traumatique au point de vue oculaire est bien étrange, puisque nous voyons l'incapacité de travail augmenter progressivement pendant des mois et l'hystérie monosymptomatique devenir hystérie généralisée. Dans les cas traumatiques, l'érythropsie doit, comme l'astigmatisme, la mydriase double, la diplopie monoculaire, faire penser tout de suite au diagnostic d'hystérie et, dans les cas d'asthénopie après accident, il ne faudra jamais oublier de rechercher les stigmates de la sensibilité sensorielle et sensible, les plaques hystérogènes, etc.

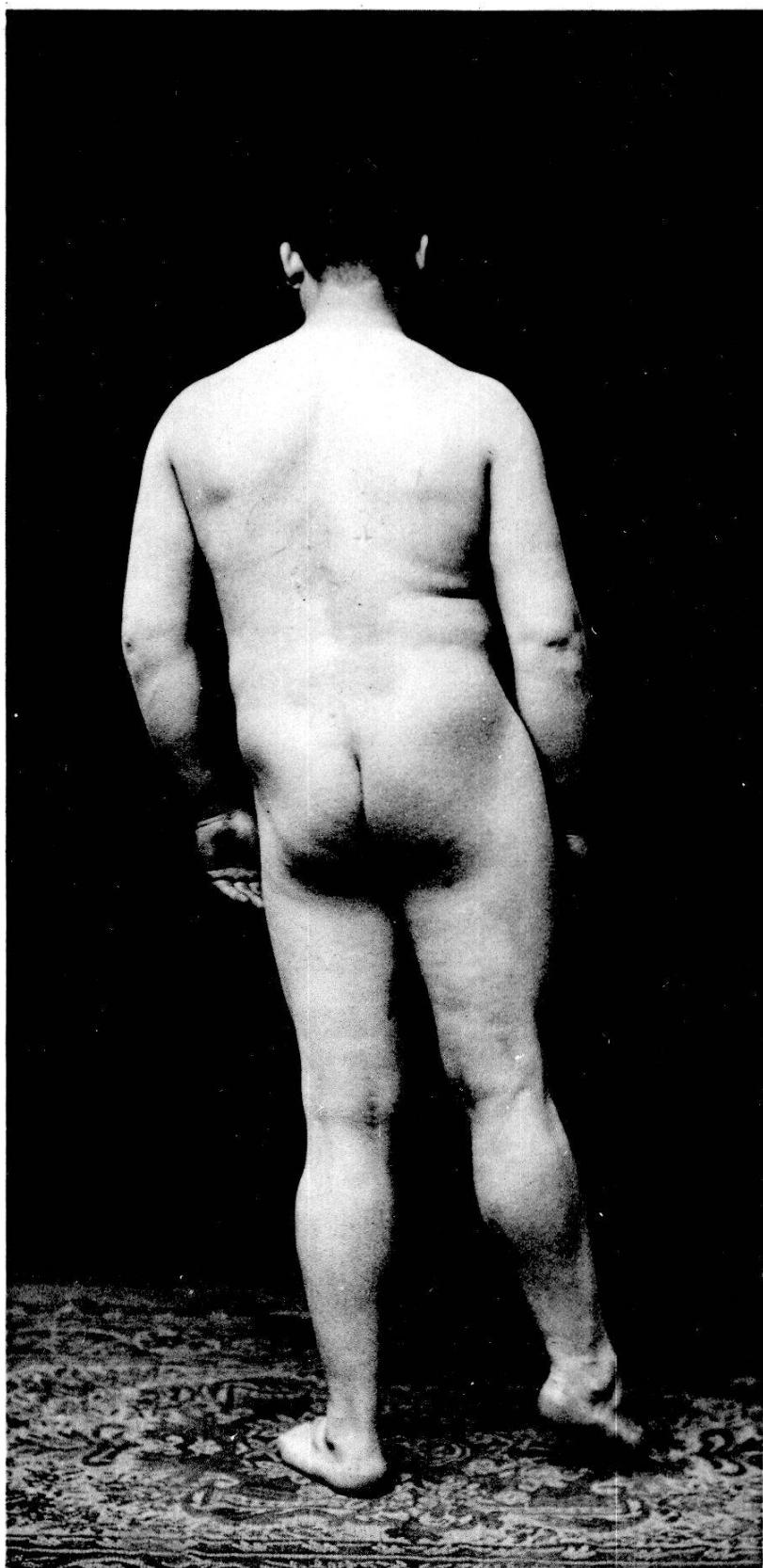
Il est peu explicable que la terreur éprouvée lors de l'accident ne fasse éclater les symptômes que lorsque le malade a repris son assiette, est rentré dans sa vie normale et s'est remis au travail tout simplement. Charcot avait déjà étudié et remarqué cette incubation de l'hystérie traumatique, longue souvent dans les cas graves. Il est encore moins compréhensible que l'apogée de la maladie hystérique arrive comme dans nos cas, six à neuf mois après l'accident, alors que le

repos et la suggestion sembleraient devoir agir le plus efficacement. C'est comme une maladie aiguë qui doit aller *crescendo*, puis *decrescendo*.

Il y a donc, dans les hystérotraumatismes, une autre cause à chercher que la frayeur, quelque je ne sais quoi, qui forme la limite du trouble organique et du désordre psychique. La frayeur, l'impression morale peut du reste manquer complètement, et le cas n'en être pas moins grave, témoin le cas suivant, si extraordinaire qu'il mérite d'être cité tout au long.

M. L....., horloger de 21 ans, m'est envoyé le 2 octobre 1891 pour un accident vulgaire. C'est un homme robuste comme un fort de la halle, musclé comme un Hercule Farnèse, avec un cou de taureau. Voyez du reste la planche représentant notre sujet à nu et vu de dos, que nous joignons hors texte. C'est un gymnaste émérite, qui a fait des concours, qui ne craint ni plaie ni bosse, qui a eu une affection grave du genou à la suite d'une chute, sans avoir jamais connu de trouble nerveux quelconque; comme horloger, il pouvait travailler, en temps de grande presse, jusqu'à dix-sept heures par jour sans ressentir aucune fatigue.

Les derniers jours de septembre, L. reçoit un éclat métallique qui s'implante dans la cornée gauche; le Dr Bourquin, de la Chaux-de-Fonds, enlève la paillette facilement, instille une goutte d'atropine et conseille au malade de reprendre son travail de moniteur de boîtes quatre jours après. Mais, au bout de ce temps, la *mydriase atropinique* persistait encore. Le 2 octobre, je constate à l'œil gauche une hypermétropie de 2 dioptries, une acuité visuelle de 8 dixièmes de la normale; à droite, V = 9 dixièmes,

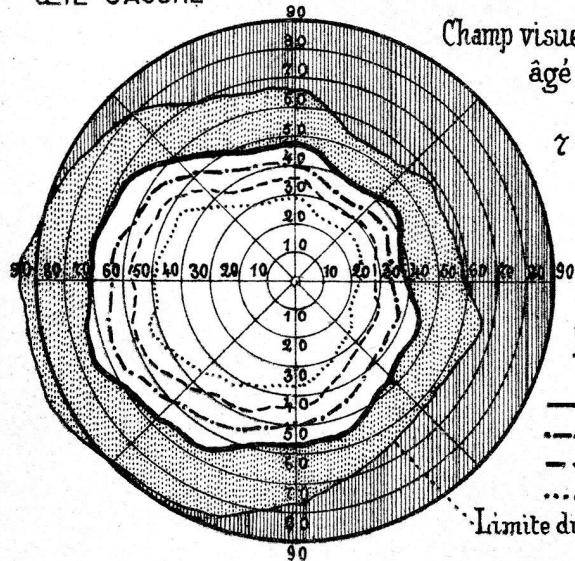


emmétropie. La dilatation pupillaire était encore maximale. Je rassure le malade en lui disant que parfois l'atropine a une action prolongée. Le 6 octobre, même état; mais l'œil gauche était devenu emmétrope et avait une vue normale. Le 13 octobre, acuité visuelle normale pour les deux yeux, mais il y avait à gauche et à droite une hypermétropie de 2 dioptries. J'ordonne des convexes 2^D. Mydriase toujours maximale à gauche. Le malade se plaint d'*asthénopie*, tout travail oculaire lui est impossible, même avec les verres convexes; la lumière lui fait mal. Le 20 octobre, plus de trois semaines après l'accident, la mydriase est toujours la même. Je constate une *insuffisance de convergence* de 5 angles métriques; la convergence est douloureuse, la *photophobie intense*. Le 25 octobre, l'hyperesthésie rétinienne augmente encore, et le malade, même avec des verres fumés, souffre de la lumière; un *épiphora* survient. Les larmes coulent abondantes dès que l'œil est soumis à la lumière; il clignote alors comme s'il avait un corps étranger dans la cornée. Une émotion, les impressions psychiques, le seul fait de penser à une vive lumière amènent des larmes; je n'y comprenais rien encore quand survint de l'*érythropsie*, surtout à gauche. La vision rouge devient surtout intolérable quand la première neige d'hiver vient augmenter l'éblouissement. Et cependant, jamais auparavant L. n'avait souffert de photophobie; il supportait parfaitement la réverbération de la neige par un soleil étincelant. Les instillations d'ésérine n'amenèrent aucune amélioration; la mydriase reprenait rapidement le dessus: sous l'influence de l'ésérine, l'épiphora augmentait d'intensité et la paupière

prenait une sorte de *blépharospasme*. A ce moment, le diagnostic de l'hystérie commençait à me venir à l'esprit, mais l'aspect du sujet rendait cette hypothèse presque ridicule. La *diplopie monoculaire* survint vers le 6 novembre, et alors l'influence de la grande névrose ne devait plus être mise en doute. L'insuffisance de convergence augmentait, l'amplitude de convergence n'avait plus que 3 angles métriques. J'ordonnai des verres convexes 2^d combinés avec des prismes de 5° à sommets externes; j'essayai des prismes fumés, des verres bleus; j'ordonnai un traitement à l'eau froide et du bromure de potassium. Rien n'agissait pour plus d'un ou de deux jours. En décembre, la mydriase disparaît, mais l'asthénopie et la photophobie, surtout la photophobie émotive, ne cèdent en aucune façon. Le 8 janvier 1892, le malade devient *agité, surtout la nuit*; il perd le sommeil presque absolument, se réveille en sursaut dès qu'il s'endort. Tous les objets qu'il voit de l'œil gauche sont rouges avec un bord bleu. La figure devient ordinairement congestionnée, cyanosée, il y a une *hyperémie veineuse du fond de l'œil*; l'œil gauche prend du *nystagmus* qui persiste très violent pendant huit jours et prend tantôt le type horizontal, tantôt le type rotatoire et s'accompagne souvent, mais pas toujours, d'un blépharospasme clonique. Quand le blépharospasme cesse, il reste un ptosis qui recouvre la pupille à moitié; un examen minutieux démontre qu'il s'agit d'un ptosis spastique. Il y a des secousses fibrillaires très peu visibles; la paupière offre de la résistance si on veut la relever et, si l'on insiste, tout l'orbiculaire se contracte. La cause occasionnelle de cette exacerbation me semble être à l'œil gauche un

HYSTÉRIE MÂLE INTENSE PAR TRAUMATISME OCULAIRE MINIME

ŒIL GAUCHE



Champ visuel de M^r Georges L....,

âgé de 21 ans,

pris le

7 mars 1892

Légende

— blanc

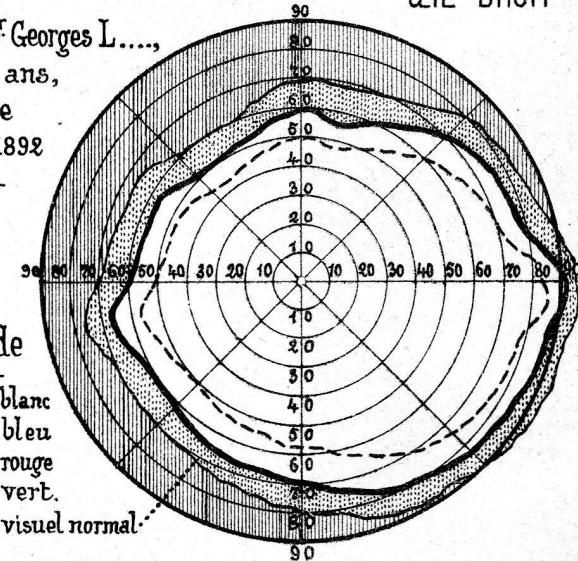
- - - bleu

- - - rouge

..... vert.

Limite du champ visuel normal.

ŒIL DROIT



Hystérotraumatisme oculaire gauche en septembre 1891.

Mydriase, érythrose, photophobie, blepharospasme, micropsie, diplopie monoculaire, nystagmus, insuffisance de convergence, épiphora et rétrécissements hystériques du champ visuel à gauche, testicule gauche, hémihypéridrose faciale gauche, pseudo-papillite. Hémianosmie gauche. Hypoesthésie de la moitié gauche du corps, hémispasme facial oculo-glosso-labiel.

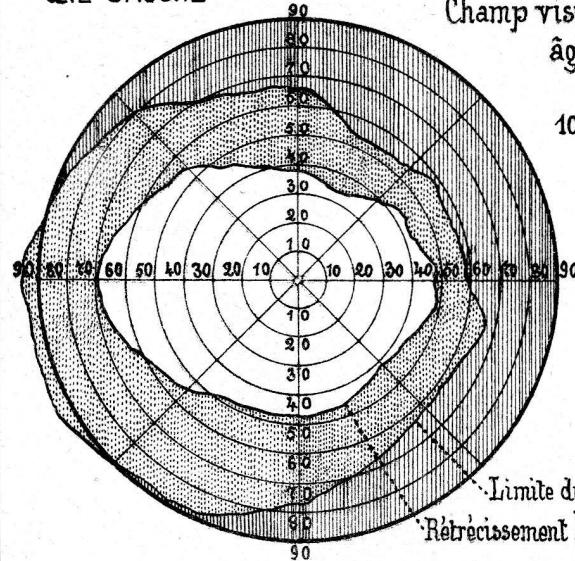
Totalle hémianesthésie sensitive à droite.

Parésie droite du sens musculaire.

Contracture du mollet droit, des pectoraux à droite.

Perte du sens sexuel, abolition de la sécrétion spermatique, tremblement hystérique, surtout à droite, contracture du diaphragme et du carré des lombes; transfert des anesthésies, œdème bleu de la face, état de cauchemars.

ŒIL GAUCHE



Champ visuel de M^r Georges L....,

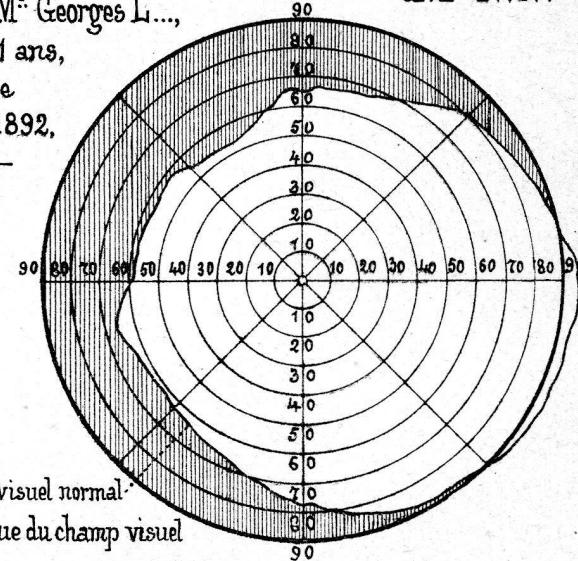
âgé de 21 ans,

pris le

10 avril 1892

Limite du champ visuel normal.
Rétrécissement hystérique du champ visuel

ŒIL DROIT

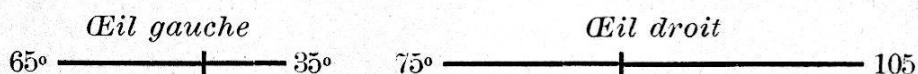


petit chalazion suppuré que j'incisai et cureai. Le nystagmus diaparaît les jours suivants. Le 18 janvier, L. essaie de travailler, avec succès pour un moment. Plus d'érythropsie. Le *champ visuel* mesuré en gros n'offrait qu'un *rétrécissement peu considérable*. Le 29 janvier, la vision rouge reparait légèrement. Le 16 février, il put fondre de l'argent devant le feu, ce qui lui était impossible durant les cinq derniers mois, mais ses yeux se mettent à pleurer et, au bout d'un moment, il ne peut continuer ce travail : sensation et traction derrière l'œil avec douleurs sous l'œil gauche. L'œil droit offre en diminutif les mêmes désordres. Le 23 février, plus d'érythropsie, l'épiphora disparaît.

Le 7 mars, le champ de fixation montre que les mouvements des yeux sont normaux, peut-être même plus étendus que chez l'individu normal.



Par contre, je trouve un *grand rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche*.



Le champ visuel chromatique est concentriquement rétréci, et il l'est proportionnellement à celui de la couleur blanche. (Voir la planche.) Il existe une *testiculie à gauche* très prononcée; dès qu'on palpe le testicule gauche, même légèrement, le malade « sent quelque chose qui lui monte du testicule à la poitrine et ressent l'impression d'étouffement ». Si la pression testiculaire augmente, L. se sent mal, menace de

tomber et ébauche une *crise hystérique avec attitude de crucifixion*. Le testicule droit, par contre, est presque insensible à la pression la plus forte.

Il existe une *hémianesthésie droite* du dos et de la poitrine. L'insensibilité est absolue pour les piqûres les plus profondes, du contour de la moitié droite du cou au bas des lombes, à droite. La sensibilité des muqueuses, du palais, de la langue et du nez est presque tout à fait abolie à droite. *L'odorat et le goût n'existent plus guère non plus de ce même côté*; quant aux extrémités inférieures et supérieures, on ne constate à droite qu'une diminution de la sensibilité. Il existe une *hyperesthésie marquée pour toute la moitié gauche du corps*, mais nulle part aussi marquée qu'au testicule gauche. Anesthésie absolue de tout le pharynx. *Epiphora gauche* très net, spontané quelquefois, mais surtout provoqué par la lumière; il suffit d'approcher une lumière de l'œil, ou seulement de lui faire regarder un objet lumineux pour que les larmes commencent à couler. Si on insiste, *la moitié gauche du visage se couvre de sueur en même temps que les larmes coulent à gauche seulement*, de plus en plus abondantes. Je n'ai trouvé nulle part une mention de cette *hémihyperhidrose faciale hystérique*. Le frôlement du dos donne au malade une sensation extrêmement pénible; il y a, vers la 12^{me} vertèbre dorsale, une *zone spasmogène*, et si on frôle cette région, même superficiellement, le malade a l'aura d'une attaque hystérique. L., qui ne rêvait jamais auparavant, fait des rêves toutes les nuits jusqu'à quatre ou cinq fois, rêves terribles ou désagréables, se reproduisant coup sur coup, interrompus par un réveil des plus pénibles, et cet état de *cauchemar* se pro-

longe pendant tout le mois. L., qui était gai, *change de caractère*, devient taciturne et impressionnable. Il n'y a chez lui, cependant, aucune hérédité neuropathologique ; par l'anamnèse, je ne trouve aucun antécédent nerveux personnel. Le malade avait peu de besoins sexuels, mais ceux-ci disparurent à ce moment tout à fait. Pendant toute sa vie, L. n'avait jamais eu l'occasion de consulter un médecin, sauf pour sa gonite traumatique droite, consécutive à une chute grave lors d'une fête de gymnastes ; maintenant il devient craintif pour sa santé et me consulte à tout instant.

La micropsie de l'œil gauche est très nette et s'accentue pendant tout ce mois. L'image de l'œil gauche est très notablement plus petite que celle de l'œil droit.

Diplopie monoculaire gauche très nette ; les deux images sont obliquement superposées, la plus basse

★ Image rouge.

★ Image blanche.

Diplopie monoculaire à images bicolores.

est à droite. Avec un *verre rouge sur l'œil gauche* (le même œil qui a présenté le maximum d'érythropsie et de rétrécissement du champ visuel), l'œil droit étant fermé, L. indique une image rouge à gauche et en haut, et une image blanche ou moins rouge à droite et en bas.

L'érythropsie a cessé de fatiguer le malade. Il n'y a plus de vision rouge spontanée, mais elle n'a disparu qu'en apparence, il y a *hémierythropsie*, ce phénomène n'existant que pour l'œil gauche, et encore la *vision rouge ne se manifeste que pour une des images de l'œil gauche* ; même avec un verre

rouge, les deux images sont d'intensité chromatique nettement différentes; le malade pouvait dissocier la vision rouge spontanée de celle procurée artificiellement par un verre de cette couleur.

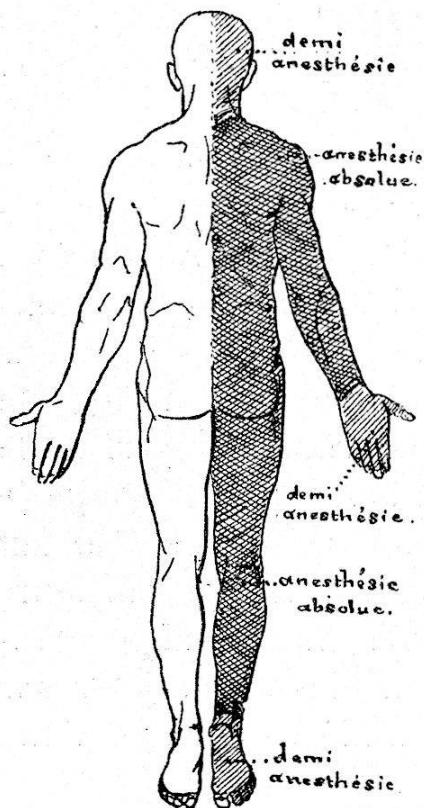
Le 18 mars, l'hémérythropsie gauche avec diplopie monoculaire bicolore persiste; kopiopie intense seulement pour l'œil gauche, quand le malade fixe longtemps de cet œil; l'éphiphora avec production de sueur sur toute la moitié gauche de la face est encore manifeste; la figure devient toute rouge. Ces phénomènes vaso-moteurs sont très faciles à provoquer. Il semble, du reste, exister une *hyperémie permanente des vaisseaux capillaires cutanés de toute la tête*. L. dort mieux qu'en janvier 1892 et en décembre 1891, ces deux mois où il n'avait guère qu'un quart d'heure de sommeil par nuit; il ne se réveille en sursaut que rarement. Depuis longtemps il ne voit plus rouge de l'œil *droit*. Le malade essaie sans succès de reprendre son travail d'horloger; mais lui qui n'avait jamais ressenti de fatigue oculaire autrefois et qui pouvait travailler de ses yeux dix-sept heures par jour, il ne peut lire quelques lignes sans porter des verres convexes combinés avec des prismes.

L'œil gauche est du reste une gêne pour l'œil droit; quand il travaille, il fatigue son congénère et L. travaille mieux avec son œil droit seul que binoculairement. Il dit que sa *micropsie gauche* est telle que la vision de cet œil est toute semblable à celle qu'on a en regardant par le gros bout d'une lunette. Cette micropsie augmente quand l'œil gauche est fatigué, et alors se présentent les symptômes asthénopiques, toujours dans le même ordre de gradation ascendante, et je puis établir comme suit cette gradation des *phéno-*

*mènes de la fatigue oculaire provoquée : 1^o asthénopie avec sensation de fatigue et de lourdeur des paupières ; 2^o la micropsie survient tôt après ; 3^o la diplopie monoculaire à images bicolores de plus en plus séparées et de plus en plus nettes ; 4^o l'hémiérythropsie confirmée ; 5^o l'amblyopie commençant par une vision de brouillard et pouvant finir par une amaurose unio-
culaire absolue ; 6^o épiphora avec parésie des vaso-
constricteurs cutanés du visage ; 7^o parésie de l'accom-
modation, mydriase ; 8^o enfin hémihyperhidrose faciale.* Ce dernier symptôme peut arriver à un degré étonnant, et le visage se couvrir de gouttelettes de sueur à gauche, alors que l'autre moitié de la face reste sèche. Les larmes et la sueur roulaient parfois le long des joues abondamment, alors qu'à la loupe je ne voyais pas la moindre moiteur à droite. J'ai fait constater ce phénomène extraordinaire à plusieurs personnes, et pour le provoquer, il suffisait de fatiguer l'œil par la lecture, et ensuite de projeter sur lui une vive et persistante lumière à l'aide d'une lampe.

La force corporelle est égale des deux côtés, et en rapport avec la musculature superbe du sujet ; il n'y a jamais eu aucun symptôme de paralysie motrice ni des membres, ni du tronc. Les réflexes du genou et du pied sont normaux. Par contre, *le réflexe du cromaster est aboli à droite* ; il ne réagit absolument pas à droite à la piqûre de la partie interne de la cuisse, et la réaction se fait à gauche seulement. Il y a une *forte diminution du sens musculaire à droite* ; lorsque le malade ferme les yeux, il ne sait plus la position de ses doigts, ni de sa main, ni même des bras et des jambes, et il les cherche avec l'autre main **en tâton-**

nant; il est tout étonné de les trouver dans une position autre que celle que ses membres avaient avant qu'il fermât les yeux.



Hémianesthésie droite chez un homme de 21 ans, causée par hysterotraumatisme oculaire¹

Hémianesthésie sensorielle et sensible croisée.

Sur toute la moitié droite du corps, tronc et membres, pour la peau et les muqueuses, la sensibilité est abolie, tant pour les piqûres que pour le froid et le chaud. Les piqûres, même les plus profondes, ne sont pas perçues; on peut brûler la peau au fer rouge sans que le malade le saache. Pour la figure, le cou, le crâne chevelu à partir de la ligne demi-circulaire partant de la naissance du cou, la sensibilité n'est pas complètement abolie, mais seulement fortement diminuée à droite. La plante des

pieds a, comme les mains, un reste de sensibilité. Par une anomalie étrange, il y a une anesthésie sensorielle croisée. *L'hémianosmie gauche* est absolue; notre sujet ne perçoit plus aucune odeur, pas même les plus horribles, dès qu'on lui ferme la narine droite.

Le goût est aboli pour les moitiés gauches de la langue

¹ Je remercie M. le prof. L. Favre, de Neuchâtel, qui a bien voulu dessiner ces croquis.

et du palais. C'est aussi *le champ visuel gauche qui est de beaucoup le plus rétréci.* Par contre, *l'ouïe est égale et bonne des deux côtés.* La conjonctive droite est complètement insensible, et je puis introduire une douzaine d'épingles, le gros bout dans le sac conjonctival, sans que le malade en soit le moins du monde incommodé; il y a seulement quelques larmes et cependant cet œil ne supporte absolument pas la lumière. C'est la moitié *gauche* de la bouche, du palais et de la langue qui a l'anesthésie sensorielle et sensible. La main, depuis le poignet, et les doigts ont conservé en partie la sensibilité pour les piqûres et les températures élevées ou basses.

6 avril 1892. La sensibilité pour le froid est absolument perdue. L. ne sent rien si on le touche avec une carafe d'eau glacée, sauf quand on la promène au poignet; alors le malade retire vivement le bras. La sensibilité pour le froid est perdue pour tout le gland, tandis que pour le prépuce, elle n'est perdue que pour la moitié droite. Sur le pourtour de l'épaule droite, le froid est perçu partiellement. Le froid est perçu par le crâne chevelu et le front, mais cette perception est assez faible. La moitié gauche du cou et la joue gauche sont insensibles au froid.

8 avril. — Il existe une hyperesthésie très nette pour la sensibilité au froid, au chaud et aux piqûres, sur toute la moitié gauche du corps. Le malade ne s'est jamais senti aussi « douillet ». Il croit prendre froid au moindre courant d'air.

L. indique ici un phénomène curieux : les pertes de semence, qui étaient autrefois hebdomadaires, ont cessé depuis six mois; il a eu une perte deux mois après l'accident et, depuis quatre mois, elles ont

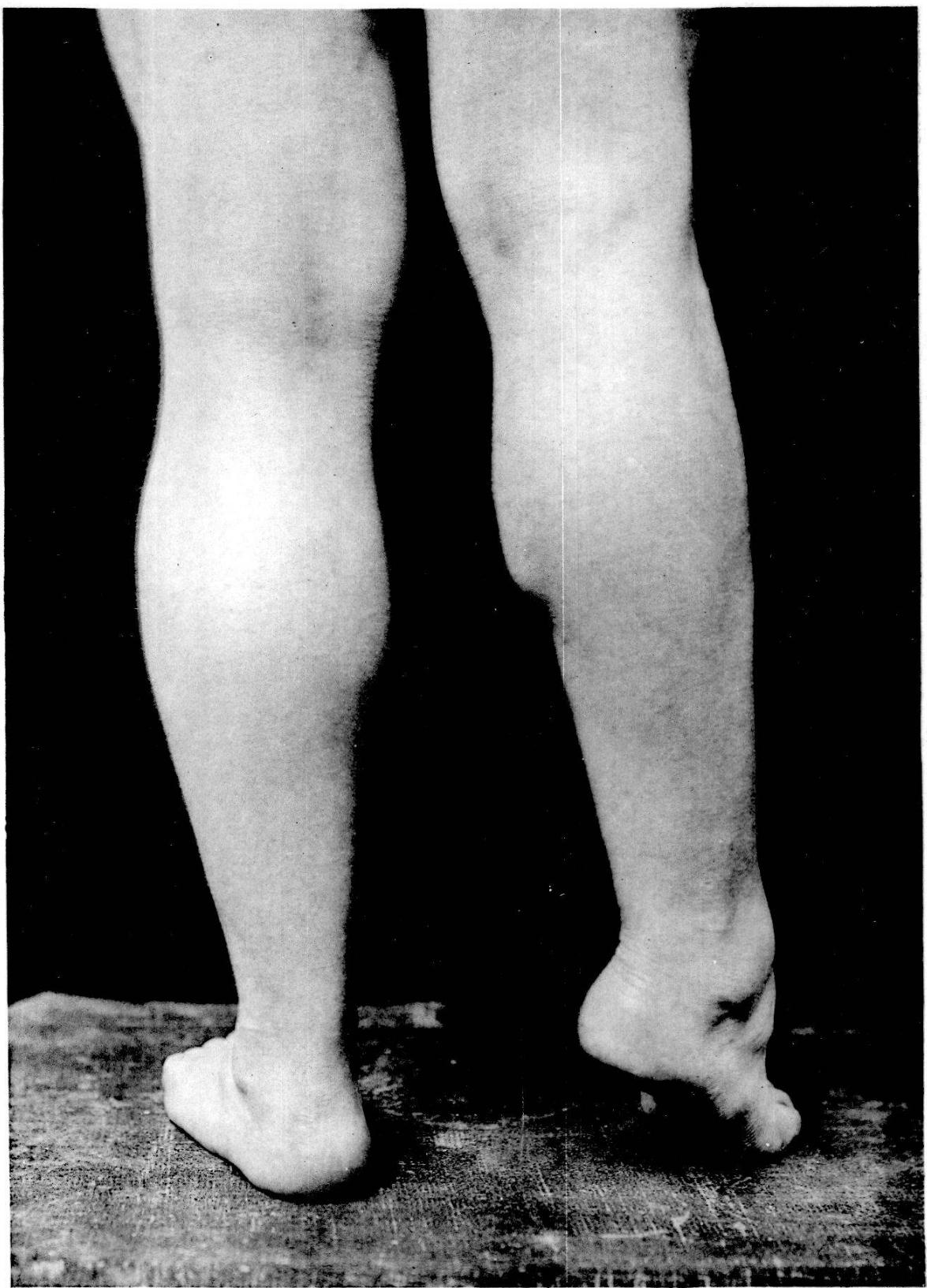
disparu. Il n'a plus d'érections, plus de rêves érotiques; il a, dit-il, *perdu son sexe*; il n'a plus d'inclination pour l'autre sexe.

L'anesthésie du côté droit diminue, mais seulement progressivement depuis les extrémités; la jambe droite commence à sentir les piqûres, le bras droit, dont la limite d'anesthésie était le poignet, perçoit la douleur à un travers de main au-dessous du coude. La main droite sent maintenant les piqûres tout autant que la gauche. La cornée et la conjonctive droites redeviennent un peu sensibles.

Je le présente en cet état à la Société médicale de Neuchâtel, ce qui le fatigue. Pour démontrer son hémi-anesthésie absolue, j'ai dessiné trois croix au fil de fer rougi au feu, dont les cicatrices sont encore visibles vers l'omoplate droite et sur le sein droit (voir les planches). Pendant la nuit suivante, le sommeil, qui était revenu, redevient mauvais; le malade se réveille en sursaut, il fait des rêves terrifiants, insomnies toutes les nuits suivantes; il s'établit alors *un tremblement de la main droite* seulement et je compte 200 secousses par minute.

12 avril. — Le pharynx redevient sensible; l'*anesthésie sensorielle passe à droite*. Ce *transfert* s'opère à plusieurs reprises et le champ visuel suit ces oscillations, qui ne peuvent donc être simulées.

26 avril. — La limite de l'anesthésie droite remonte au genou et au coude. A ce moment s'établit une *contracture de la jambe*. (Voyez notre planche hors texte montrant la contracture du mollet et le pied droit équino-varus.) Le *mollet droit* fait une bosse, dure, rigide comme du bois; elle est si proéminente qu'elle se voit à travers le pantalon et il serait im-



possible de faire volontairement une contracture aussi violente et d'atteindre une telle dureté du muscle. La contracture, comme c'est le cas dans l'hystérie, persiste la nuit sans aucune diminution. La crampe du mollet droit l'empêche de dormir, et tout attouchement l'augmente et devient douloureux. Il est obligé de replier la jambe, le pied est équin. Pendant la nuit, il doit se coucher du côté gauche et il réveille souvent son frère pour se faire étendre la jambe, ce qui diminue la crampe. Il ne peut ni se lever, ni s'habiller seul, à cause de la contracture qui devient douloureuse et s'exaspère à tout mouvement. La démarche est très curieuse et rappelle en partie celle d'une luxation de la hanche, et en partie celle d'un amputé de la cuisse qui porte une prothèse.

Il s'établit un *hémispasme facial gauche* tel que Charcot l'a décrit. L'œil y participe et se met parfois à loucher; la bouche se tord, les coins de la bouche se relèvent, le front et tous les muscles du visage entrent en contracture et, par la tranquillité du visage, on croirait plutôt à une paralysie du facial de l'autre côté, paralysie avec laquelle l'hémispasme facial de Charcot a souvent été confondu. C'est ici un de ces cas rares d'*hémispasme facial oculo-glosso-labié*, que j'ai été le premier à signaler dans le cas de Gutmann¹ et que cet auteur avait publié sous le nom de paralysie du moteur oculaire commun. Cette participation des muscles oculaires à l'hémispasme facial complètera le syndrome possible de la participation de la face dans l'hémiplégie hystérique et les contrac-

¹ Gutmann. *Ein seltener Fall von Hysterie. Berl. Klin. Wochenschrift*, nos 28 et 29. 1869.

tures des membres. Le strabisme spastique peut donc s'ajouter à la contracture du zygomatique et de la langue.

Les nuits suivantes le malade étouffe; pendant plusieurs minutes, la respiration est rendue impossible par suite d'une *contraction douloureuse du diaphragme*. Le malade sent une crampe dans la poitrine. Ces crises d'apnée durent dix minutes, avec de petites interruptions; le malade pleure ensuite. En voulant se lever la nuit, le malade est pris d'une *contracture du carré des lombes* et tombe à terre, où il reste couché pendant dix minutes sans pouvoir se relever. Les compresses d'eau froide semblent lui faire du bien.

Diplopie monoculaire nette avec hémierythropsie à deux couleurs. Une fenêtre, par exemple, est vue double; distantes l'une de l'autre d'un bon pied, les images entrent l'une dans l'autre comme dans la diplopie binoculaire. Les deux images sont d'une

nettété sensiblement égale, la blanche, plus bas et à droite, comme c'était déjà le cas il y a deux mois. Le malade me fait des dessins de sa diplopie monoculaire de l'œil droit, qui correspondent tous au schéma indiqué. Ce phénomène, du reste, n'est qu'un produit de la fatigue et n'est pas persistant. Le malade m'écrit :

« La vision double arrive après la fatigue; cela dure

Image rouge.

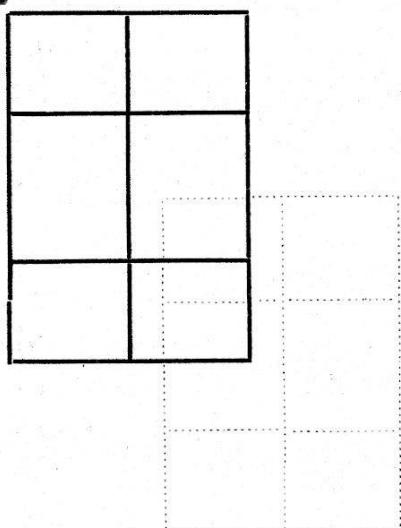


Image blanche.

quelques secondes au plus, puis tout devenait trouble comme si un voile m'était posé sur l'œil. C'est surtout le cas quand le soleil luit et qu'il y a de la neige; cependant cela peut arriver après la fatigue du travail; donc, le soir, le même cas se présente quand j'ai soudé au gaz un moment. »

A ce moment, l'œil gauche est devenu absolument amaurotique pendant plusieurs jours, puis cela se répète pendant un instant les jours suivants.

Le tremblement persiste tant que la main est levée, aussi L. ne peut-il écrire à main levée; son écriture est alors peu reconnaissable et ressemble à celle de la paralysie agitante. En serrant la plume, le tremblement augmente et les ondulations de jambages mal faits se multiplient.

Nous trouvons intéressant de donner ici l'écriture de notre malade avant et pendant la période de tremblement hystérique, et sa signature si dissemblable alors qu'il est en voie de guérison. Le contraste est des plus frappant (voir le cliché). On peut trouver dans l'excellent ouvrage de M. Crépieux-Jamin :

Ecriture et signature de notre hystérique à l'état normal.

disposition pour d'autres renseignements &c &c
Georges Louboek

Georges Louboek

Signature pendant la période de tremblement hystérique.

Chausse - Je fonds
Chausse - Je fonds

A main levée.

En appuyant
la main.

L'Ecriture et le caractère (Alcan, 1895, p. 269)¹, de très intéressants *fac-simile* d'autographes d'hystériques hommes ou femmes.

M. Gilles de la Tourette, dans son grand ouvrage², qui est l'œuvre concernant l'hystérie la plus complète qui ait paru jusqu'ici, consacre un chapitre important au tremblement hystérique et à l'écriture de ces malades.

L. préférait toujours se servir d'un crayon pour écrire. Nous retrouvons ce détail indiqué dans une clinique médicale de la Charité, publiée par le Dr Roger dans la *Semaine médicale*³: « Tout d'abord il n'arrivait à tracer ses lettres qu'avec un crayon; plus tard il parvint à se servir d'une plume »⁴.

L'écriture dans le tremblement hystérique est essentiellement changeante. Un long examen médical chez L. suffit pour rendre l'écriture tout à fait illisible.

¹ Je dois la communication de cet ouvrage à M. Alfred Bovet-Peugeot, de Valentigney, dont la superbe collection d'autographes et le célèbre catalogue illustré sont une mine inépuisable pour les chercheurs.

² *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, p. 452 à 485, Paris, 1891.

³ Du tremblement hystérique, par le Dr Roger. *Semaine médicale*, n° 66, 15 nov. 1893.

⁴ Un autre caractère commun entre le cas de M. Roger et le nôtre, c'est l'*hyperhidrose* mentionnée en passant: « L'attaque nerveuse se terminait par des *sueurs profuses* et un profond sommeil. » (Loc. cit., p. 522.)

Cette variabilité extrême est bien indiquée dans les *fac-simile* du malade de M. Roger¹, qui, souffrant de la prostate, avait une écriture semblable à celle de la paralysie agitante, hérissée de dentelures et de saillies avant le cathétérisme, et par contre écrivait fort bien après cette opération. Cela explique pourquoi, comme le dit M. Crépieux-Jamin, il n'y a pas de type d'écriture hystérique, celle-ci étant changeante selon les moments et selon les individus, comme la maladie elle-même, maladie protéiforme s'il en fût jamais.

Dans notre cas, il s'agit d'un *tremblement rémittent intentionnel* selon la classification de M. Dutil². Le tremblement existe au repos, mais s'exagère notablement pendant le mouvement. Si on ordonne au malade de porter un verre d'eau rempli à sa bouche, les oscillations augmentent progressivement en étendue et en énergie — mais non en fréquence — jusqu'à ce que le contenu du vase soit projeté de tous côtés. On comprend ainsi que l'écriture puisse devenir impossible, ainsi que les actes de la vie qui nécessitent de la précision dans les mouvements de la main.

Chez L., le tremblement envahit une grande partie du corps lorsqu'il est excité ou émotionné, mais il ne siège généralement qu'aux deux bras et souvent exclusivement à la main droite; le tremblement s'exagère quand les doigts sont écartés et sous l'influence d'une émotion ou d'une contrariété. Charcot avait remarqué que le tremblement hystérique se rencontrait plutôt chez l'homme que chez la femme et résulte souvent d'un traumatisme. On avait fait du tremblement un

¹ Loc. cit.

² Dutil. *Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques*. Thèse de Paris, 1891.

symptôme de la *névrose traumatique*, alors qu'on la séparent de l'hystérie.

Comme c'est généralement le cas dans le tremblement hystérique, ce dernier prédominait d'un côté du corps, à la main droite chez L., ce qui pourrait donner, dans quelques cas du moins, une indication pour le diagnostic différentiel par opposition aux tremblements organiques ou toxiques.

Nous verrons plus tard que le *nystagmus hystérique* peut n'être envisagé que comme un tremblement localisé de la grande névrose, une *hystérie monosymptomatique* réduite à sa plus simple expression.

La sensibilité est revenue jusqu'au coude et à la langue, au palais, aux lèvres, du côté anesthésié droit; à la face, l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée persiste seule. La limite de la sensibilité de la jambe droite arrive au-dessous du genou, toujours en ligne circulaire.

La contracture du mollet droit fait un énorme paquet du muscle gastrocnémien, qui s'est ramené en une boule dure et proéminente.

1^{er} mai. — Le malade marche sans pouvoir poser le talon.

Pendant la nuit, il s'établit une *contracture des muscles pectoraux à droite*; celle-ci est très douloureuse; le malade semble alors avoir un sein de femme, tellement la contracture des pectoraux forme une masse proéminente et dure. Cela persiste pendant vingt minutes, au cours desquelles la respiration est difficile et douloureuse.

On ordonne alors des douches froides, puis des bains chauds de longue durée.

10 mai. — Tremblement intense de la main droite; forte contracture du mollet droit, de jour comme de nuit, et pendant le sommeil comme pendant la veille. Même quand le malade est assis sur une chaise, il ne peut appuyer son talon sur le sol et tout le pied et la jambe tremblent à 200 oscillations par minute. Les deux yeux ont alors une acuité visuelle normale et accusent une hypermétropie de 1 dioptrie. Il ne reste plus trace d'anesthésie, ni de la bouche, ni du pharynx, ni de la face. Mais l'œil gauche est très sensible à la lumière; il larmoie dès qu'il fixe, et si la fixation persiste, cet œil gauche commence à voir tout sombre.

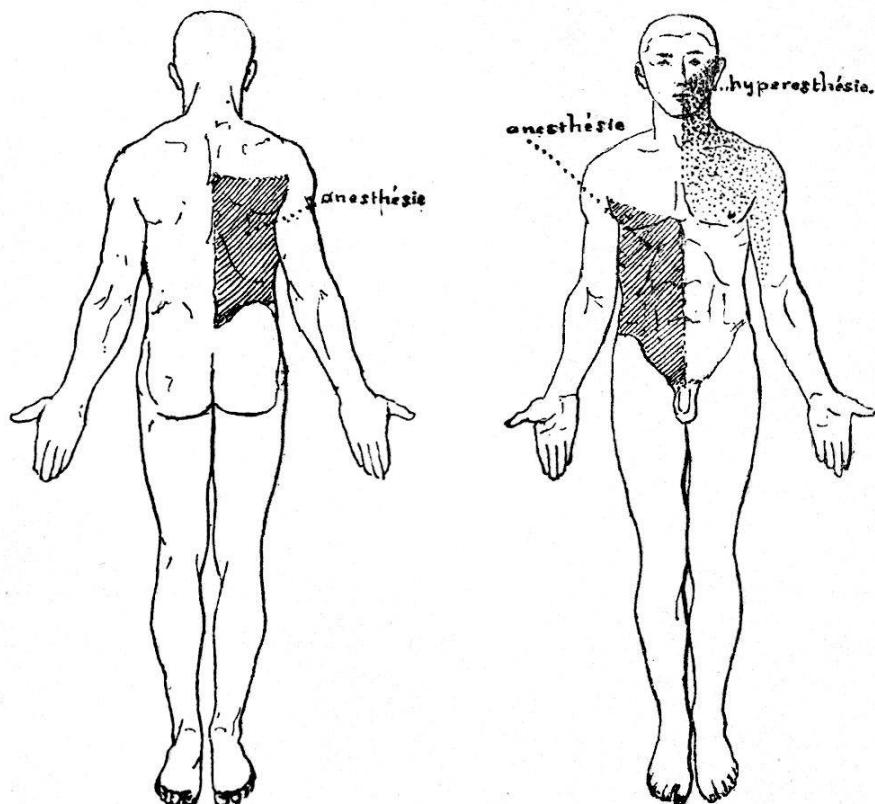
18 mai. — Les deux testicules sont sensibles, mais il y a toujours une hémianesthésie droite dont les limites s'arrêtent à deux doigts au-dessus du genou et trois doigts au-dessus du coude. Plus trace d'anesthésie sensorielle, plus de tremblement. La contracture du mollet droit diminue, celle des pectoraux arrive encore chaque nuit en crise durant un quart d'heure.

24 mai. — Maux de tête. Contracture persistante du mollet et des pectoraux; en se serrant la jambe avec un bandage, le malade se trouve mieux et marche assez facilement. Départ pour les bains d'Yverdon, où j'envoie le malade. Frigidité sexuelle absolue, qui étonne le malade. Il ne trouve plus de charme chez la femme la plus belle et ne se sent toujours pas de sexe.

6 juin. — Après les bains chauds, durant une demi-heure, suivis d'une douche froide, les nuits sont bonnes, les contractures diminuent. Avec un aimant, on opère facilement le *transfert de l'hémia-*

nesthésie, et c'est le côté gauche qui devient insensible. Le transfert dure 24 heures et change alors spontanément de côté. Le transfert avec l'aimant, à l'insu du malade, se fait facilement; la *suggestion* arrive au même résultat. Il semble qu'à chaque transfert l'insensibilité diminue de la périphérie au centre, d'après ce que m'écrit le Dr Mermod, d'Yverdon. Autrefois, j'avais essayé la suggestion sans résultat sur mon malade, qui n'a jamais pu être endormi.

L'insensibilité n'existe plus qu'au tronc, tout en suivant toujours la ligne médiane. L'hémianesthésie de transfert est toujours semblable, par ses limites et son intensité, à ce qu'elle est spontanément de l'autre côté.



Hémianesthésie en demi-corset à droite, avec hyperesthésie de la moitié gauche du thorax, de l'épaule et de la partie inférieure de la figure.

Le 1^{er} juin, on avait suggestionné au malade que l'hémianesthésie aurait disparu au bout de huit jours.

Le 6 juin, le tremblement a cessé ; plus de diplopie, les symptômes disparaissent l'un après l'autre ; sommeil excellent. Pendant le sommeil, on peut le chatouiller sans qu'il se réveille ; épiphora disparu, peut lire sans lunettes. Vue normale des deux yeux avec 1,5 dioptrie d'hypermétropie à gauche et 1^D à droite. Commence de se sentir homme ; le sens du sexe revient. L'hémianesthésie est en forme de demi-corset, depuis la ligne de Poupart au contour de la hanche et du sacrum, jusqu'à deux doigts au-dessus du mamelon. L'hémianesthésie disparaît dès le 15 juin.

Le 22 juin, le malade dit se sentir guéri, au moral et au physique.

Les mois suivants, je ne retrouvai plus aucun symptôme anormal, et jusqu'à la fin de l'année 1895 aucun stigmate hystérique n'apparut.

L. a cependant quitté son métier d'horloger pour devenir masseur. Il ne pouvait plus rester enfermé dans un atelier et a besoin de mouvement, de grand air et continue avec prédilection les bains froids.

Son écriture est extrêmement variable et sa main est parfois sujette à des tremblements qui rappellent de loin son ancien tremblement hystérique, ce que son écriture révèle facilement. Il est marié et a repris tous les attributs de son sexe.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les relations entre une blessure d'importance si minime et ses suites m'ont semblé suffisamment remarquables pour être étudiées minutieusement, au point de vue de la responsabilité des compagnies d'assurance contre les accidents, qui sont naturellement portées à prendre ces cas pour de la simulation.

On est déconcerté, quant au pronostic de ces blessures, si on ne connaît pas ce que peut engendrer la grande névrose, qu'il ne faut pas prendre à la légère. L'interprétation de ces cas est difficile et explique pourquoi le diagnostic a été posé d'une façon erronée par les meilleurs observateurs, et il m'a paru intéressant de reviser le diagnostic dans certains cas publiés et bien analysés, dont les détails permettaient de conclure nettement à des troubles hystériques. Tout le chapitre, si confus et si peu compréhensible des troubles réflexes, semble de plus en plus rentrer dans l'hystérie ; les actions réflexes, si puissantes chez les hystériques, permettent de concevoir pourquoi un léger traumatisme peut produire un blépharospasme ou une amaurose, et pourquoi des dents cariées peuvent amener des lésions oculaires purement fonctionnelles. Seulement, pour conduire à de pareils résultats, ces causes occasionnelles, auxquelles on attribuait tout, ne sont efficaces que chez les sujets prédisposés. Il est important de savoir que les troubles moteurs des yeux peuvent être un des premiers symptômes de la névrose, de même que les paralysies oculaires peuvent être un des premiers symptômes

préataxiques ; l'hystérie confirmée peut n'éclater que plus tard, avec tout son cortège de stigmates et nombre de blépharospasmes ou de strabismes attribués aux troubles menstruels, à la grossesse, à la masturbation, aux névralgies sus-orbitaires, ne sont expliqués que lorsque de nouvelles influences font apparaître les contractures des membres et les anesthésies caractéristiques.

Le diagnostic différentiel — posthume pour ainsi dire — pouvait s'établir de deux manières : d'abord par la comparaison de troubles moteurs oculaires démontrant leur identité symptomatologique avec ceux des autres groupes musculaires. Tels sont, par exemple, les blépharospasmes¹ décrits par MM. Alf. Gräfe et Zehender, que leurs auteurs ne savaient pas trop où classer. Le spasme palpébral était arrêté par *la pression exercée à certaines places du visage, de la tête, du cou, des épaules et du dos*. Or, nous savons qu'il existe chez beaucoup d'hystériques des endroits du corps doués de propriétés spéciales ; ces zones sont, les unes, susceptibles de faire apparaître des contractions diverses, ce sont les *zones spasmogènes* ; les autres, appelées *plaques spasmofrénatrices*, arrêtent, au contraire, les contractions et les convulsions. Ces plaques, diversement distribuées sur la surface du corps, ont des localisations de préférence à certains points du visage et de la tête, sous les seins et le long de la colonne vertébrale. Or, ce sont précisément ces points sur lesquels la pression avait une action

¹ A. Gräfe. *Klin. Mittheilungen über Blepharospasmus. Arch. für Ophthalmologie*, XVI, 1871, p. 90, et Zehender : *Blepharospasmus geheilt durch Anwendung von Iodtinctur. Klin. Monatsblätter*, 1875, p. 293.

d'arrêt chez les malades de M. Alf. Græfe, tandis que chez ceux de M. Zehender et de M. Seeligmüller¹, on pouvait produire le spasme à volonté par le même procédé.

Nous avons eu le plaisir de recevoir de MM. Zehender et Græfe des lettres dans lesquelles ils acceptent complètement notre manière de voir, qui revendiquait ces cas comme hystériques.

Il faudra, dans les cas d'hystérotraumatismes oculaires, être extrêmement réservé quant au pronostic, puisque les symptômes nerveux se déroulent les uns après les autres sans qu'on puisse dire quand ils voudront bien cesser et qu'on ne tient absolument pas les malades dans sa main. Dans ce cas de L., une blessure insignifiante produite par un corps étranger, enlevé sans difficulté, et que je n'avais moi-même pas vu, a causé une incapacité de travail de près d'une année, et rien ne le faisait prévoir, ni les antécédents personnels ou héréditaires, ni l'état du blessé lors de l'accident.

Dans les hystérotraumatismes par accident de chemin de fer, la lésion nerveuse est presque toujours longue et grave, et quand il s'y joint la perte de la personnalité, la transformation de tout l'individu moral, cette maladie est toujours d'une gravité exceptionnelle.

¹ A. Seeligmüller. *Ueber intermittirender Blepharospasmus.* *Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1871, p. 209.

Phénomènes sécrétoires et vaso-moteurs des hystérotraumatismes oculaires.

Dans le cas de notre malade, nous avons des *phénomènes sécrétoires* qui sont de la plus haute importance pour la compréhension de ce qu'est l'hystérie.

A. Arrêt des pollutions nocturnes avec absence d'érection et abolition de la sécrétion du sperme.

Pendant des mois, notre malade n'était plus homme, ni au moral, ni au point de vue physiologique. Tout semblable à un eunuque, moins la castration, il avait pris des allures un peu féminines, une sensibilité, une émotivité toute différente de celles de son sexe antérieur pour ainsi dire. Il semblait un hermaphrodite quant à la manière de penser dans le domaine sexuel. Je n'ai jamais trouvé indiqué par les auteurs cette perte du sens sexuel avec abolition de la sécrétion séminale dans aucun cas d'hystérie mâle, et cependant je ne doute pas qu'en questionnant les malades sur ce point, on trouverait bien des cas analogues à celui que je relate; je n'en veux pour preuve que l'analogie fournie par le sexe féminin et par la réforme du diagnostic fait par le professeur Badal dans un cas sur lequel nous reviendrons.

Pour la femme, en effet, la cessation des règles peut être une manifestation de l'hystérie. Nous trouvons même ce symptôme indiqué dans le cas où le diagnostic n'avait jamais été posé, dans des descrip-

tions d'autant plus frappantes que le diagnostic n'a été fixé que d'une façon posthume. Ainsi, nous trouvons, dans les *Archives du Poitou* un rapport à Richelieu sur la fameuse *Jeanne des Anges*, que cette possédée avait un *arrêt des purgations et des sérosités blanchastres qui sortent de son sein*. M. Gilles de la Tourette a étudié de main de maître¹ le manuscrit de la supérieure des Ursulines de Loudun, lors de la fameuse épidémie d'hystéro-démonopathie qui se termina par le supplice d'Urbain Grandier, en 1611.

M. le professeur Badal, de Bordeaux, a publié² en 1888 un cas fort intéressant qui peut être mis en parallèle avec le nôtre.

Il s'agit d'un employé des postes qui, dans un accident de chemin de fer, reçut un choc qui détermina une plaie contuse du sourcil, au voisinage de la région temporale. Un mois plus tard, il présenta des symptômes graves qui furent pris pour la conséquence d'une lésion cérébrale. MM. les professeurs Lannelongue, Négrier et Badal, de la Faculté de Bordeaux, dans leur rapport médico-légal, donnent une superbe description d'hystérie traumatique mâle, mais sans oser cependant faire rentrer ce cas dans l'hystérie. Nous y trouvons, comme dans notre cas, les symptômes d'insomnie, les rêves et *cauchemars* effrayants, une *congestion et tuméfaction de la figure*, une cicatrice insignifiante, mais si sensible que son attouche-

¹ *Sœur Jeanne des Anges: Autobiographie d'une hystérique possédée*, d'après le manuscrit inédit de la bibliothèque de Tours. Gilles de la Tourette, 1886.

² Badal. Contribution à l'étude des troubles de la vision à la suite d'accidents de chemins de fer. Leur importance en médecine légale. *Archives d'ophtalmologie*, 1888, septembre-octobre.

ment seul donne une angoisse précordiale avec céphalalgie intense; anesthésie et paresthésie musculaires généralisées, *mydriase*, surdité, rétention d'urine, vertiges, agitation et plaintes continues, impossibilité de tout travail manuel ou intellectuel survenu surtout un mois après l'accident; contracture du cou, tremblement des mains, *analgesie généralisée*; les piqûres non perçues ne saignent pas; syncope en pressant sur la région épigastrique, anesthésie absolue du pharynx et de la langue; ouïe très affaiblie. *Le sens génésique est très affaibli depuis l'accident; le sujet n'a plus d'érections et n'éprouverait aucun désir d'avoir des rapports sexuels, contrairement à ce qui avait lieu autrefois.*

Actuellement, il n'y aurait plus d'incertitude quant au diagnostic. C'est de l'hystérie, très caractérisée, très typique. Les symptômes oculaires que présentait le malade de M. Badal : *insuffisance de convergence, astigmatisme spastique, mydriase, diplopie, affaiblissement de l'accommodation*, sont les mêmes que nous avons constatés dans notre hystérique mâle. Il est bien curieux d'y retrouver comme copiés de notre cas tous ces phénomènes et même celui de la *perte du sens sexuel et la cessation de la sécrétion séminale*.

Cette abolition des sécrétions sexuelles complète bien le tableau connu des pertes de la sécrétion urinaire, par exemple, dont Charcot a donné un des plus éclatants exemples. M. le professeur Hirt, de Breslau, m'a donné communication d'un cas tout à fait extraordinaire qu'il a publié autrefois¹. Une femme

¹ Zur Symptomatologie u. Therapie der Hysterie. *Deutsch. med. clinisch. Wochenschrift*. 1887, n° 30.

de trente-huit ans, atteinte de paraplégie hystérique inférieure, vomissait pendant dix ans tout ce qu'elle avalait, et souvent la quantité vomie dépassait le volume et le poids de la nourriture absorbée. — La quantité d'urine quotidienne n'était que la quinzième partie à peine de la normale, soit 80 à 100 centimètres cubes seulement. — Jamais de défécation spontanée; une selle était obtenue, à l'aide de lavements répétés, une fois par mois seulement. — Règles très abondantes.

Ici, la suppression des fonctions intestinales et rénales semblait trouver une compensation dans l'augmentation de l'activité sécrétoire des muqueuses utérines et stomachale.

Nous verrons plus tard que l'hyperhidrose hystérique peut jouer le même rôle compensateur. Il en est de même de la salivation, qui peut atteindre plusieurs livres par jour¹.

B. Le larmoiement hystérique.

Le *larmoiement hystérique* a passé aussi inaperçu à la plupart des auteurs, et ce n'est que très rarement qu'il est mentionné, même dans les traités complets sur les affections hystériques.

En 1844, Hocken (*Schmidt Jahrbücher*, août 1844, p. 246) indique l'épiphora et la photophobie comme pouvant accompagner l'amaurose hystérique.

Le larmoiement coïncide généralement avec la contracture de l'orbiculaire, et c'est en recherchant la littérature des cas de blépharospasmes hystériques que j'ai pu parfois trouver l'épiphora indiqué dans le

¹ Lepois. *Caroli Pisonis selectionum...*, etc., 1618.

cours de l'observation, mais sans jamais que l'auteur se soit arrêté à décrire ce phénomène ni n'en ait paru étonné. Armaingaud¹ décrit un cas de névrose vaso-motrice hystérique où il avait observé une congestion locale des yeux avec *larmoiement* arrivant périodiquement pendant deux heures tous les jours.

« Il existe, dit M. Petrolacci², un larmoiement qui paraît être sous la dépendance non seulement de l'ataxie proprement dite, mais encore dans de certains états nerveux, tels que l'*hystérie*. »

Nous avons observé l'épiphora avec des caractères nerveux tout spéciaux, c'est-à-dire dépendant de circonstances psychiques diverses, et sans aucune cause organique appréciable, dans quatre sur cinq des cas que nous venons de décrire ensuite d'hystérotraumatismes. Dans le second, il coïncidait avec un astigmatisme hystérique; dans le troisième, avec une mydriase, hystérique elle aussi. Notre quatrième malade avait des troubles vaso-moteurs multiples atteignant même les membranes du fond de l'œil et simulant une papillite. Enfin, notre cinquième malade, L., alliait son épiphora nerveux au nystagmus et à une pseudopapillite accompagnée de photophobie et d'érythropsie.

Il est utile de remarquer que l'épiphora est parfois un signe initial de la névrose.

Ajoutons, pour terminer, que le larmoiement si souvent indiqué dans les cas d'amblyopie réflexe³, appartient sans contredit à l'hystérie.

¹ Académie de médecine, 20 juin 1876, cité par Axenfeld: *Traité des névroses*, 1883.

² De l'*Epiphora ataxique*, par Petrolacci. Thèse de Montpellier, 1886.

³ Nüel. *Traité d'ophtalmologie*. Wecker et Landolt, 1887, p. 699.

Les maux de dents et les chicots, les vers intestinaux, qui ont joué un si grand rôle dans les affections réflexes, rentreront dans l'ombre quand tous auront su voir l'hystérie sous les masques les plus divers.

M. le Dr Emile Berger, qui n'avait pas connaissance de nos conclusions, lues au congrès international de médecine à Rome en avril 1894, reprit la question; nous disions dans nos conclusions : « L'épiphora avec hémi-hyperhidrose faciale peut exister isolément et constituer une forme d'hystérie traumatique monosymptomatique. » Nous avions montré alors que l'épiphora était un phénomène vaso-moteur qui pouvait être reproduit artificiellement et répété à volonté, et n'était souvent que la conséquence de la kopiopie hystérique.

M. Berger¹ pense que les cas de larmoiement qu'on ne pouvait pas comprendre autrefois étaient souvent hystériques. Hock cite² des cas de larmoiement qu'on ne peut expliquer et qu'on réunit sous le nom de « *stillicidium lacrymale causâ ignotâ* ». Les hyper-sécrétions lacrymales signalées dans les maladies de la prostate³ et de la matrice, dans la gravidité⁴ et dans la neurasthénie⁵ rentreront aussi probablement dans l'hystérie quand on aura mieux recherché les stigmates de la grande névrose qui échappent à tant d'auteurs. De temps à autre, on trouve mentionné le

¹ Du larmoiement hystérique. *Progrès médical*, 5 oct. 1895.

² Dictionnaire encyclopédique d'Eulenburg, 1887.

³ Berger. *Maladies des yeux*, p. 263.

⁴ Nieden. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, oct. 1891.

⁵ Krafft-Ebing. *Nervosität und neurasthenische Zustände. Specielle Pathologie und Therapie* de Nothnagel. Wien, 1895, t. XII, f. II, p. 99.

rétrécissement du champ visuel et le blépharospasme allié à un épiphora; n'est-ce pas là la signature de l'hystérie la plus authentique qu'on puisse souhaiter? Nous ne pensons pas alors qu'il faille, comme M. Berger¹, supposer qu'il y a dilatation réflexe des vaisseaux, que dans ces blépharospasmes « il s'agisse d'un réflexe du trijumeau transmis du plancher du quatrième ventricule au facial, ou expliquer le spasme de l'accommodation transmis par la même voie à l'oculomoteur commun ». Nous avons montré en 1886² que les irritations ciliaires du nerf sus-orbitaire décrites par Leber³ étaient hystériques et n'étaient que cela; le larmoiement réflexe de ces cas était donc hystérique. Knies et Mathieu⁴ ont confirmé ces résultats en 1893, et admettent que les troubles oculaires dans les affections des fosses nasales ne sont que des manifestations locales de l'hystérie (petite hystérie locale de Knies), et c'est là qu'on réunirait le plus grand nombre de cas de larmoiement hystérique. Mais *il est curieux de retrouver ce symptôme de l'épiphora alors que le nerf trijumeau, pas plus que l'irritation ciliaire, ne peuvent être invoqués.*

L'encyclopédie d'Eulenburg⁵ ne connaît que la diminution ou l'absence de sécrétion lacrymale chez les hystériques.

¹ *Op. cit.*, p. 172.

² Borel. Affections hystériques des muscles oculaires. *Archives d'ophthalmologie*, 1886, p. 488.

³ Leber. Reflexe Amblyopie traumatischen Ursprungs durch Reizzustand des nervus supraorbitalis. *Archiv für Ophthalm.*, 1880, t. II, p. 249.

⁴ Knies. Beziehungen der Erkrankungen des Sehorganes zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe. Wiesbaden, 1893.

⁵ Eulenburg. Encyclopédie, t. X, p. 198.

La sécheresse de la conjonctive est, en effet, un symptôme curieux de l'hystérie. Il y a, dit M. Berger (loc. cit.), chez certains hystériques, une diminution de la sécrétion lacrymale, mais jamais elle ne fait défaut complètement, comme le prétend M. Arndt¹. Jamais on n'a constaté chez les hystériques des symptômes d'une ophtalmie soi-disant neuro-paralytique, qui est en vérité une kératite xérotique et qu'on observe dans les cas de paralysie des nerfs vaso-moteurs des glandes lacrymales et dans quelques maladies infectieuses². La sécheresse de la conjonctive est un des symptômes les plus gênants de la kopiopie hystérique de Föerster. Certains névrosés, qui se portent parfaitement pendant la journée, souffrent beaucoup le soir, alors que l'air, desséché par la chaleur des lampes, favorise le développement de l'évaporation de la muqueuse conjonctivale.

Lannelongue³ fait mention du larmoiement hystérique, qu'il considère comme très rare. « Il est bien rare, dit-il, que l'épiphora soit une affection idiopathique, les hypocondriaques et les *hystériques* en fournissent pourtant quelques exemples. »

Berger pense que certains larmoiements réfractaires à tout traitement, qui ont subi l'opération de l'ablation de la glande lacrymale, étaient de nature nerveuse. Cet auteur a publié dans le *Progrès médical* (oct. 1895), cinq observations assez typiques :

¹ Arndt. Eulenburg. Encyclopédie, t. X, p. 198.

² Berger. Action des toxines sur la sécrétion lacrymale. *Revue générale d'ophtalmologie*, 1894, n° 5.

³ Article : Larmoiement, dans le *Dictionnaire de Dechambre*.

« 1. Une jeune femme de 25 ans, atteinte d'ovariogie droite et de blépharospasme de l'œil droit, dont toute la conjonctive est anesthésiée, tient constamment un mouchoir devant cet œil pour essuyer des larmes très abondantes. Amblyopie à droite aussi; myopie apparente causée par un spasme accommodatif de 4^D,5. Déformation de courbure de la cornée, due à la pression palpébrale décrite par G. Bull. Champ visuel rétréci des deux côtés, plus rétréci pour l'œil droit. Grâce à la suggestion, l'amblyopie, le blépharospasme, le larmoiement et le rétrécissement du champ visuel disparurent.

« 2. Une autre malade de M. Berger, atteinte de bégaiement hystérique, de blépharospasme de l'œil gauche, avait un larmoiement des deux yeux, surtout prononcé à gauche. Strabisme convergent spastique intermittent à gauche, anesthésie conjonctivale, myopie par spasme accommodatif compliqué de parésie du muscle ciliaire pour la vision de près, ovarialgie droite. Rétrécissements des deux champs visuels, plus prononcé à droite. A l'aide de la suggestion, le larmoiement disparaît à mesure que le champ visuel augmente d'étendue.

« 3. Une demoiselle atteinte de spasmes cloniques des paupières larmoyait fort, malgré la guérison d'une conjonctivite qui avait améné ces désordres. Signe de Gowers. L'épiphora était surtout psychique et cessait quand la malade faisait de l'équitation; guérison à l'aide de suggestion par des médicaments impressionnants.

« 4. Une dame atteinte de blépharospasme de l'œil droit, accompagné d'un double rétrécissement du champ visuel plus prononcé à droite, d'anesthésie

conjonctivale droite, fut guérie d'un larmoiement ayant persisté des années.

« 5. Une dame de 60 ans larmoyait de l'œil droit anesthésié, au moindre agacement, tandis que les larmes ne coulaient jamais en rue, ni quand elle avait de l'émotion et voulait pleurer. »

Le larmoiement hystérique peut être précédé de sécheresse conjonctivale, dure parfois des années, devient même le symptôme le plus gênant de la névrose; il est généralement unilatéral, et, quand il est bilatéral, est localisé surtout du côté anesthésié où le rétrécissement du champ visuel est le plus marqué, s'accompagne le plus fréquemment de blépharospasme, d'anesthésie conjonctivale, de spasme accommodatif.

Un larmoiement qui diminue dans la rue, quand le malade va à bicyclette ou à cheval, qui augmente à la maison, est toujours très suspect d'hystérie, dit M. Berger. Il y a des exemples où le larmoiement hystérique s'accompagne d'absence de larmes lors des pleurs émotionnels.

Nos cas de larmoiement hystérique nous paraissent plus typiques que ceux de M. Berger, qui note presque dans chaque observation la présence d'une conjonctivite qui n'existaient chez aucun de nos malades. Chez ces derniers, aucune cause prédisposante ne pouvait être invoquée et mettre en doute le diagnostic. D'autre part, la coïncidence de troubles vaso-moteurs étendus, tel que l'œdème rouge-bleu de Charcot, dans quatre cas sur cinq affectant spécialement la face, leur donne une importance nosographique toute différente.

Quant au traitement, c'est celui qui inspirera confiance au malade qui agira le mieux. La chirurgie oculaire est nuisible ici, comme dans tout le domaine où règne l'hystérie¹. La chirurgie et l'hystérie sont des ennemis irréconciliables.

C. Oedème bleu (de Charcot) avec sueur hystérique.
Hémihyperhidrose hystérique.

Voici encore un bien curieux groupe de symptômes passés inaperçus, au moins des oculistes, qui sont mentionnés seulement comme par hasard dans quelques observations². Une femme, qui prenait chaque jour une attaque hystérique avec aphacie, terminait sa crise par une *abondante évacuation d'urine claire, des sueurs profuses*, puis elle se mettait à dormir³. Axenfeld (p. 1030) dit que, dans certains états hystériques, les morsures de sangsue ne saignent pas, que la *sécrétion sudorale est altérée en qualité et en quantité*, qu'il arrive des sueurs locales et générales de sang mentionnées déjà dans les descriptions des démoniaques du moyen-âge, des sueurs colorées (chromhydrose).

¹ Combien de sondages du canal lacrymal, d'opérations de Bowman ont été faits inutilement dans ces cas, et n'ont fait qu'exaspérer le larmoiement! Le mauvais résultat de ces interventions serait même, à notre avis, important pour fixer le diagnostic et doit toujours faire penser à l'hystérie. Pour notre part, nous avons vu deux hystériques auxquelles on avait fait l'excision de la glande lacrymale palpébrale et qui pleuraient tout autant! Et dans la description, que nous avons trouvée dans une revue anglaise, de larmoiement sans cause visible, et pour lequel on avait fait l'ablation de la glande lacrymale, on mentionne, en passant, qu'il s'agissait d'une *hystérique*.

L'insuccès opératoire que ne comprenait pas l'auteur, nous l'expliquons par la diathèse à laquelle l'opérateur n'avait ajouté aucune importance.

² Voir Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses*, 1883.

³ Graves. *Dublin Journal of med. sciences*, 1834, p. 419.

Rosenthal¹ relate un cas de *transpiration abondante des doigts* précédée d'une rougeur des mains après des attaques épileptiformes dans un cas d'hystérie.

M. Roger² mentionne en passant les *sueurs profuses* comme terminaison de l'attaque de son malade.

Vulpian³ a aussi mentionné la *diaphorèse hystérique*.

Siredey⁴ dit que l'augmentation de sécrétion salivaire et les vomissements aqueux peuvent suppléer au déficit d'élimination dû à l'anurie hystérique.

M. Gilles de la Tourette propose d'appeler la prédisposition qu'ont les hystériques à subir quantité de troubles trophiques: *diathèse vaso-motrice*, mot heureux qui fait du reste pendant avec la diathèse de contracture, si spéciale aux hystériques. Nous avons remarqué chez trois de nos traumatisés la coloration rouge-bleue de la figure. Les téguments étaient le siège d'une coloration rouge, puis bleuâtre, s'accompagnant d'une sensation subjective de froid, sensation réelle, du reste, car l'attouchement attestait que la peau de la figure et des doigts surtout avait une température fort basse. Chez notre malade, M^{lle} B. H. (v. p. 67 et suiv.), *nous avons d'abord cru qu'elle avait des engelures à tous les doigts*; Rosenthal⁵ a rapporté un cas semblable.

¹ Rosenthal. *Wien. med. Zeitung*, nos 23 et 24, 1871.

² *Du tremblement hystérique*, par le Dr Roger. *Semaine médicale*, no 66, 15 nov. 1893, p. 522.

³ Vulpian. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*.

⁴ Siredey. *Hystérie larvée*, *Journal de médecine pratique*, 1881.

⁵ Rosenthal. *Untersuchungen über Hysterie. Die vaso-motorischen Innervationsstörungen bei Hysterie*. *Wien. mediz. Presse*, 1879, no 25, p. 802.

Les sueurs localisées ou généralisées s'observent fréquemment dans la névrose, dit M. Gilles de la Tourette, et Sydenham¹ avait déjà mentionné les « sueurs nocturnes qui arrivent quelquefois aux femmes hystériques ». M. Martin² leur consacre quelques pages dans son intéressante thèse. Bourneville et Regnard³, Krieger⁴, P. Raymond⁵ en ont observé de même.

Les sueurs hystériques, lorsqu'elles sont localisées, se superposent souvent à d'autres phénomènes hystériques se limitant le plus souvent au côté atteint d'hémiasthésie. Notre horloger G. L. avait, par contre, son hémihyperhidrose faciale et son épiphora du côté hyperesthésique. Chez ce jeune homme, ces deux phénomènes pouvaient être reproduits à volonté par l'éblouissement artificiel de l'œil par un objet lumineux; j'ai même réussi à le reproduire par une suggestion faite avec insistance à l'état de veille. C'était un étrange spectacle que ce larmoiement tellement abondant que les larmes roulaient rapidement les unes après les autres; puis des gouttelettes se formaient sur toute la moitié hyperesthésique du visage, littéralement sur commande; puisqu'il suffisait de décrire ce phénomène au malade pour le faire apparaître à gauche, tandis qu'à droite le contraste était d'autant

¹ Sydenham. *Trad. Jault*, t. II, p. 487.

² A. Martin. Des troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie. Thèse de Paris, 1876.

³ Bourneville et Regnard. *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, T. I, 1876-1877.

⁴ Krieger. Über vaso-motorischen Störungen der Haut bei der traumatischen Neurosen. *Arch. für Psychiatrie*, Bd. XXII, 2. Heft, 1890.

⁵ P. Raymond. Remarques sur l'état dermographique de la peau. *France médicale*, 5 déc. 1890.

plus grand que ce côté était aussi sec que l'autre était ruisselant.

Chez notre malade, la sueur hystérique se produisait le jour seulement, tandis que les observations précitées la mentionnent surtout la nuit. Chez un malade de M. Martin¹, il existait des sueurs la nuit; tandis que le côté paralysé n'en sécrète que peu, « *le côté sain en ruisselle* ». La quantité des urines est au-dessous de la normale, dit M. Martin, qui conclut en ces termes: « Ces observations nous montrent une hypersécrétion sudorale venant se joindre à des troubles de la sensibilité et de la motilité limités à un seul côté. Mais nous ne croyons pas qu'on puisse établir aucun rapport certain entre tel symptôme et l'hypersécrétion de la sueur. Car, outre que les deux ordres de phénomènes ne sont pas liés fatidiquement l'un à l'autre, nous voyons l'hyperhydrose se manifester tantôt dans le côté hémianesthésié, tantôt dans le côté sain, le côté où siège l'hémianesthésie restant plus ou moins à sec. »

Nous ne connaissions pas cette observation précieuse en faisant, en 1894, notre communication au congrès de Rome, où divers contradicteurs ont refusé de croire à la réalité de notre étude, qu'un professeur illustre, mais trop cantonné dans la spécialité ophtalmologique, appelait « *fabelhaft* ». Tout ce chapitre des troubles vaso-moteurs a en effet pu paraître fabuleux. Parmi les observations les plus étonnantes, M. Fabre² notait des hystériques qui transpiraient abondamment en hiver, surtout par les grands froids, et jamais en

¹ *Loc. citat.*

² Fabre. *L'hystérie viscérale*. Paris, 1883, p. 96.

été. Dans l'anurie hystérique, la sueur est sécrétée en plus grande abondance qu'à l'ordinaire et renferme une notable proportion d'urée. M. Fabre a vu des sueurs de sang. Les sueurs peuvent avoir un rythme entre les extrémités supérieures et inférieures¹. M. le professeur Raymond² a rapporté un cas dans lequel il existait au sujet de la moindre émotion des sueurs profuses des mains chez un hystérique mâle de vingt-cinq ans.

Ce qui est frappant, c'est de constater que l'épiphora, sauf erreur de notre part, n'est jamais mentionné en même temps que la sueur faciale. Nous verrons que cependant le larmoiement hystérique a été remarqué par les oculistes surtout. Notre cas d'hémihyperhidrose faciale avec épiphora, reste un des plus rares et curieux spécimens de ce que peut la diathèse vaso-motrice. Dans nos cas, il y avait coïncidence avec un *œdème rouge-bleu de la face et des extrémités*; évidemment le même œdème bleu que M. Charcot a décrit le premier³. Cet *œdème bleu de la face*, que nous avons observé chez deux de nos hystérotraumatismes oculaires, est spécialement rare et n'est guère mentionné que par Fabre⁴, puis par Wills et Cooper⁵; l'hyperhidrose hystérique de la face est aussi beaucoup plus exceptionnelle que celle des extrémités.

¹ Comby. Hystérie larvée. Sueurs profuses des extrémités. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1881, p. 344.

² F. Raymond. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1881, p. 237 à 242.

³ Charcot. L'œdème bleu des hystériques. *Leçons du mardi*, tome I, 28 juin 1889, et *Progrès médical*, n° 41, oct. 1889. (Voir Weir Mitchell. Unilateral Swelling of hysterical Hemiplegia. *Am. Journal of medic. Sciences*. juin 1884.)

⁴ Fabre. L'hystérie viscérale. Paris, 1883, p. 90.

⁵ Wills et Cooper. Angio-neurotic œdema. *Brain*, 1893.

Sueurs sanguinolentes et larmes de sang hystériques.

Les sueurs de sang font partie des ecchymoses spontanées des hystériques, suggillations qui peuvent aussi atteindre les yeux. Magnus Hüss¹, chez une hystérique, a vu après l'attaque convulsive des *suggillations sur toute la moitié gauche hémianesthésiée du corps, « même sous la conjonctive de la sclérotique ».*

Ces hémorragies sans lésions apparentes peuvent, en se mélangeant à la sueur, constituer l'*hématidrose* ou sueur sanguine, et donner lieu à des *larmes de sang* dont il existe des exemples depuis les temps les plus reculés du moyen-âge, alors qu'on appelait ces symptômes hystériques *stigmata diaboli*² quand ils n'étaient pas *figurés*, — comme ceux de saint François d'Assise en 1224, de sœur Jeanne des Anges au XVII^{me} siècle ou de Louise Lateau, — par les stigmates de la couronne et des plaies des mains et du côté du Christ.

Carré de Montgeron³ conte la guérison miraculeuse d'une hystérique qui, dans le paroxysme convulsif, avait des hémorragies spontanées et même « *quelques gouttes de sang lui sortent sous les ongles et dans les yeux, avec des sueurs de sang aux extrémités* ». Un *œil atteint d'amaurose se tuméfia subitement, et il s'en écoula des larmes de sang; à la suite d'une frayeur, l'œil gauche fut le siège d'une hémorragie peu abondante.*

¹ Cas de maladies rares observés par le Dr Magnus Hüss. *Arch. gén. de méd.*, 1857, t. X, p. 165.

² Voir Gilles de la Tourette. *Opus citat.*, 1895, t. II, p. 440.

³ Carré de Montgeron. *La vérité des miracles*, t. I, 1737, p. 5.

Parrot¹ prouva que l'hématidrose est d'origine nerveuse, que nous appelons aujourd'hui hystérique. Bourneville² et Mangon³ montrent l'influence directe de la névrose sur les stigmates sanguins des hystériques. Les hommes n'en sont pas préservés, car Tittel⁴ a décrit un cas d'hématidrose hystérique chez un homme de 21 ans. Chez un malade de Parrot, après une attaque d'hystéro-épilepsie, à l'hématidrose faciale succéda un « *masque sanglant qui couvrait la face instantanément* ». Dans le cas de Hüss, le *sang filtrait* autour de la racine des cheveux, *des cils et des sourcils*. Le gonflement rouge de la face qui nous avait tant frappé chez deux de nos malades et que nous avions peine à attribuer à l'hystérie, se retrouve dans l'observation de Pinel⁵ qui donne, sans le savoir, sous le nom d'*érysipèle* de la face, une curieuse description d'hémorragie hystérique où *une paupière avait un pertuis fournissant pendant deux ans l'évacuation périodique supplémentaire des règles*. Ce faux érysipèle sanglant de la face, dû à la névrose, se retrouve dans le cas de Chambers⁶ qui, dans le sang de la partie hémorragique de la figure, ne retrouvait pas les piles de corpuscules sanguins coagulés qu'on rencontrait dans le sang pris dans les piqûres des parties saines.

¹ Parrot. Etude sur les sueurs de sang et les hémorragies névropatiques. *Gaz. hebd.*, 1859.

² Bourneville. Louise Lateau ou la stigmatisée belge. Paris, 1878.

³ Mangon. De l'hématidrose. *Thèse de Bordeaux*, 1886.

⁴ Tittel. Ein Fall v. Hematidrosis. *Archiv. für Heilkunde*. Leipzig, 1876, p. 63.

⁵ Pinel. *Dict. des sc. méd.*, t. XX. 1817, p. 198.

⁶ Chambers. Clinical lecture on a case of bloody sweat. *The Lancet*, 1861, p. 207.

Arnozan¹, dans sa thèse d'agrégation, rapporte une observation de von Hippel², dans laquelle une femme manifestement hystérique présenta, en coïncidence avec des hémorragies conjonctivales, des troubles trophiques de la cornée paraissant en rapport avec un épanchement sanguin dans la chambre antérieure. Cette observation mérite d'être rapportée, car nous n'en connaissons pas d'autre de même ordre, dit M. Gilles de la Tourette : « Chez cette femme hystérique, qui avait été frappée à plusieurs reprises d'anesthésie plus ou moins durable sur toute une moitié du corps, von Hippel, de Koenigsberg, a vu plusieurs fois survenir des kératites diffuses avec perte de substance ; la cornée se troublait, l'épithelium tombait, la chambre antérieure diminuait de capacité, la pupille devenait irrégulière et l'œil était congestionné, enfin le tonus descendait au-dessous de la normale.

« Cette femme avait des *hémorragies par la conjonctive et des attaques de névralgie* qui accompagnaient les poussées d'anesthésie. Lorsque le sang épanché ne se résorbait pas, les accidents que nous avons décrits se développaient ; s'il se résorbait, l'œil n'était pas atteint ; l'occlusion des yeux avec du collodion ou des emplâtres n'empêchait pas le développement de ces accidents. »

Von Hippel attribue ces accidents trophiques à des lésions du trijumeau. M. Gilles de la Tourette reconnaît dans ce cas la névralgie faciale hystérique qu'il a décrite en 1891, et pense à un paroxysme de *névralgie*

¹ Arnozan. Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1880, p. 181.

² Von Hippel. Troubles nutritifs des yeux par lésion du trijumeau. *Arch. für. Opht.*, t. XII, 1. fasc.

oculaire hystérique s'accompagnant d'hémorragies externe et interne du globe de l'œil, susceptibles de troubler profondément la nutrition de la cornée.

M. Rémond¹ a rapporté la coïncidence des hémorragies oculaires et auriculaires. M. Rémond fit *apparaître et disparaître des écoulements sanguins oculaires et palmaires dans le sommeil hypnotique*. Quelle preuve de la diathèse vaso-motrice chez les hystériques que cette influence inouïe de la suggestion sur les éléments histologiques eux-mêmes!

Nous avons tenu à rapporter tout ce qui concerne les troubles vaso-moteurs oculaires² dans l'hystérie, afin de les mettre en parallèle avec nos propres observations, qui ont été accueillies au congrès de Rome, en 1894, par les oculistes allemands les plus autorisés, avec un étonnement fort incrédule.

Hémihyperhidrose faciale hystérique.

Nous avons vainement et longtemps cherché dans la littérature spéciale une description d'*hémihyperhidrose hystérique*. Nous devons à une communication orale de notre ami, M. le Dr Matthey, médecin de l'hôpital Pourtalès, à Neuchâtel, de pouvoir citer un cas à mettre en parallèle au nôtre. Il s'agit d'un homme aussi qui, depuis sa jeunesse, avait une hémihyperhidrose faciale à droite. Ce jeune homme était sujet à des attaques hystériques et était absolument taré au point de vue neuropathologique : il avait un

¹ Rémond. Hémorragies auriculaires, oculaires et palmaires de nature hystérique. *Languedoc médical*, 11 déc. 1891.

² Voir pour les troubles trophiques des cils et sourcils, leur chute et décoloration, leurs anomalies de forme, développement exagéré, etc., le chapitre XI : Troubles trophiques des annexes de la peau. Tome II du *Traité de l'Hystérie*, de M. Gilles de la Tourette, 1895.

frère aliéné, un cousin, des tantes et un père hystéro-épileptiques ! Devenu alcoolique par dessus le marché, il se suicida tout jeune encore.

Cette hémihyperhidrose et cet épiphora hystériques doivent évidemment avoir une cause centrale comme du reste les paralysies hystériques que Charcot localisait dans la substance cérébrale corticale. Voilà pourquoi les émotions et autres causes psychiques, les réflexes lumineux, peuvent provoquer ou donner une grande exacerbation à ces anomalies sécrétoires. L'analogie avec les affections organiques sera ainsi établie. Pandi¹, dans une étude sur l'hémihyperhidrose faciale consécutive à la paralysie faciale cérébrale, arrive à ces conclusions : La sécrétion sudorale a un centre cortical dont l'irritation est conduite à la périphérie par le nerf sympathique.

Lamacq² dit que la transpiration faciale peut être provoquée par une émotion ou par la fatigue chez les syringomyéliques³ d'un seul côté de la face ou du moins avec prédominance hémilatérale très marquée.

A notre avis, le fait de la reproduction artificielle de l'hémihyperhidrose et de l'épiphora par la suggestion chez notre hystérique mâle G. L., nous paraît une preuve convaincante du siège cortical de ces phénomènes vaso-moteurs des hystérotraumatismes oculaires.

¹ Pandi. Halbseitiges Schwitzen des Gesichts bei centraler Facialislähmung. *Pester med. chirurg. Presse*, XXX, n° 49, et *Centralblatt für innere Medizin*, avril 1895

² Lamacq. Phénomènes bulbaires et syringomyélie. *Revue de médecine*, avril 1895.

³ Cette hémihyperhidrose faciale, qui se trouve dans la syringomyélie comme dans l'hystérie, est d'autant plus frappante qu'elle rapproche une fois de plus ces deux maladies dont Charcot dit que « l'hystérie peut simuler la syringomyélie au point de rendre bien embarrassante la situation du clinicien ». Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1888-1889, p. 518.

D. Troubles vaso-moteurs hystériques faciaux et papillaires.

Pseudo-papillite optique.

Pseudo-méningite hystérique des hystérotraumatismes oculaires.

Les zones hystérogènes siègent souvent sur le cuir chevelu, et Sydenham avait déjà mentionné *la douleur insupportable qui est accompagnée de vomissements énormes*¹. C'est le *clou hystérique*, expression qui rend bien sa douleur térebrante.

Briquet dit que « cette douleur peut être excessivement violente et être portée à un tel point que les malades gémissent et sont privés de sommeil. » Baglini supposait que la douleur pouvait venir de la dure-mère ; « elle peut durer des semaines et s'accompagner fréquemment de *vomissements, de frissons, de troubles digestifs et parfois de fièvre*. » MM. Saint-Ange et Arnozan ont les premiers employé le terme *d'attaque d'hystérie à forme méningitique*².

¹ *Médecine pratique de Sydenham*, trad. de Jault, 1799, t. II, p. 477.

² M. Gilles de la Tourette cite la bibliographie suivante :

Saint-Ange. De la forme méningo-encéphalique de l'hystérie. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1873, p. 292.

Arnozan. Attaque d'hystérie à forme méningitique. *Ibid.*, 1873, p. 250.

Boissard. Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie. *L'Encéphale*, 1883, p. 525.

Axenfeld. *Traité des névroses*, 1883, p. 1047.

Huchard. Pseudo-méningite hystérique. *Rev. gén. de clinique thérapeutique*, 1890, n° 31.

Dalché. Accidents hystériques à forme pseudo-méningitique. *Gaz. méd. de Paris*, janv. 1885.

Regnault. Pseudo-méningite hystérique simulant la méningite tuberculeuse. *Loire médicale*, 1886.

Chantemesse. Méningite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1884.

Macé. Accidents pseudo-méningitiques des hystériques. Thèse de Paris, 1888.

Pitres. *Leçons cliniques de l'hystérie*. T. I, p. 198.

Sollier. Hystérie infantile à forme convulsive. *France méd.*, janv. 1891.

Ollivier. *Pseudo-méningite tuberculeuse hystérique*. Congrès des sciences à Marseille, sept. 1891.

Notre observation (page 66) est un bel exemple d'hystérotraumatisme oculaire se développant en un cas de pseudo-méningite. Osons l'avouer maintenant: nous avons envoyé à l'hôpital de l'Isle, à Berne, cette jeune fille avec le diagnostic de méningite tuberculeuse, et c'est là que le diagnostic dut être réformé par le professeur Lichtheim, au bout d'une dizaine de jours. M. Gilles de la Tourette avoue¹ bien avoir, de concert avec M. le professeur Netter, commis la même erreur. M. Chantemesse dit aussi (*op. citat.* p. 75) que pour le diagnostic il faut quelquefois *rester dans une sage réserve*.

M. Dutil, dans l'article *Hystérie*, du *Traité de médecine*², dit que le diagnostic de la pseudo-méningite hystérique peut être fait en considérant que, dans ce cas, les symptômes pupillaires sont absents. Voici encore un signe différentiel qui tombe, puisque, dans notre cas, il y avait *une mydriase initiale*. L'identité symptomatologique des deux formes de méningite — organique et fonctionnelle — existe donc pour les différents troubles d'innervation vaso-motrice : troubles ophtalmoscopiques bilatéraux, œdème papillaire et péripapillaire, congestion rétinienne, dermographisme, diplopie suite de strabisme de cause centrale et absence de la réaction pupillaire.

Le cas de M. Sollier concernait une fillette de 5 ans, donc plus jeune encore que la nôtre; l'observation de Boissard mentionne un pouls ralenti et une constipation qui les avaient aussi induits en erreur. Dans plusieurs

¹ *Opus citat.*, p. 268.

² *Traité de médecine*, par Charcot, Bouchard et Brissaud, t. VI, 1894, p. 1373.

cas on indique la photophobie, la diplopie par strabisme passager; dans notre cas, il s'agissait de diplopie mononculaire. M. Gilles de la Tourette mentionne encore comme symptômes possibles de la pseudo-méningite hystérique: la raideur de la nuque, l'opisthotonus, la contracture des membres, l'hypéresthésie, la raie méningitique, qui appartiennent aussi bien à la méningite vraie qu'à la pseudo-méningite, mais il ne parle nulle part de la possibilité de désordres visibles à l'ophthalmoscope.

Chez les trois malades où nous avons trouvé une *pseudo-papillite*, elle était suffisamment nette pour en conclure à un désordre circulatoire intracranien. Ne serait-ce pas la raison pour laquelle l'hystérie peut simuler presque tous les symptômes de la méningite? Ne serait-ce aussi pas l'explication des guérisons miraculeuses de méningites tuberculeuses, où l'oculiste lui-même avait donné le coup de grâce au malade en donnant l'appui des résultats ophtalmoscopiques au diagnostic médical?

Dans l'un de nos cas, *l'hyperémie papillaire* coïncidait avec un épiphora, de l'érythropsie, de la diplopie mononculaire et un astigmatisme spastique. Dans un autre cas, il y avait aussi de l'épiphora avec mydriase double initiale. Chez notre hystérique mâle L., l'hyperémie papillaire coïncidait surtout avec le nystagmus, l'érythropsie et l'hémihyperhidrose faciale. M. Nüel¹ dit que dans l'amaurose hystérique on trouve assez souvent un degré *plus ou moins prononcé d'hyperémie de la papille et quelquefois de la rétine*. On a vu survenir aussi une véritable *névrite*. Ces signes ophtal-

¹ Article: Amblyopies et Amauroses, dans le *Traité complet d'ophthalmologie*, de Wecker et Landolt, 1887, T. III, p. 720.

moscopiques si précieux à déterminer, tant au point de vue pratique que théorique, n'ont jamais été bien interprétés et ont été confondus par Nüel lui-même avec des formes pouvant se terminer par l'atrophie papillaire¹.

Selon M. Landolt², on peut trouver, dans certains cas d'amblyopie ou d'amaurose hystérique, des exsudats séreux de la rétine et la dilatation des vaisseaux rétiniens. Certes, ce n'est pas une erreur d'observation : il y a trop de cas concordants ; il faut expliquer ces aspects ophtalmoscopiques par la présence de troubles vaso-moteurs localisés à la rétine et au nerf optique, et il est naturel de penser que la diathèse vaso-motrice s'y fixe de préférence dans le cas d'amaurose hystérique plutôt que dans les autres maladies hystériques. Mais de là à penser trouver, comme l'a dit M. Galezowski, une lésion rétinienne et un aspect serpentiniforme des vaisseaux du fond de l'œil et à les considérer comme pathognomonique de l'amblyopie hystérique, il y a loin ! C'est faire fausse route que de croire pouvoir faire un diagnostic ophtalmoscopique de l'amaurose hystérique. Les troubles circulatoires de la rétine s'y rencontrent par le fait de la diathèse vaso-motrice de l'hystérie et non parce qu'il y a une amblyopie hystérique.

J'ai trouvé différents cas mal interprétés par leurs auteurs : des amblyopies par suite de masturbation où le diagnostic d'hystérie aurait dû être posé. L'hypérémie papillaire qui y est relatée appartient donc à

¹ Nüel. *Ibid.*

² Landolt. De l'amblyopie hystérique. *Archives de physiologie normale et pathol.*, 1875, p. 624, et : Lettre sur l'amblyopie hystérique. *Gazette des Hôpitaux*, 1876, p. 194.

l'hystérie. Il en est de même pour toutes les affections réflexes qu'on doit faire rentrer dans l'hystérie et où l'hyperémie papillaire est indiquée comme suite de névralgies dentaires, de chutes de matrice, de chichots qui n'en pouvaient mais, de vers intestinaux¹ qui ne méritaient certes pas cet excès d'honneur !

Ces observations inconscientes prouvent mieux que celles où le diagnostic a été bien fait, que l'hystérie peut exercer une influence vaso-motrice nettement marquée sur le nerf optique et la rétine, et nous croyons être le premier à y avoir attiré l'attention, persuadé d'être dans le vrai malgré l'incrédulité et l'indignation avec laquelle la description de ce nouveau symptôme a été accueillie à Rome, au congrès international de médecine, en 1894, par M. le professeur Hirschberg, de Berlin.

Phénomènes moteurs dans les hystérotraumatismes oculaires.

A. Le nystagmus hystérique.

Comme le dit M. Gilles de la Tourette, les tremblements hystériques ne sont connus que depuis quelques années et peuvent encore rentrer dans la classe des symptômes actuellement à l'étude. En ce qui concerne les yeux, nous avons étudié certaines formes de blépharospasmes ou de ptosis qui sont de vrais tremblements hystériques localisés aux paupières et survenant soit pendant l'hypnose, soit à la suite d'un traumatisme. (Voir *Archives d'Ophthalmologie*, 1886 et 1887.)

Comme l'hystérie peut revêtir ou simuler toutes les variétés des tremblements, on aurait pu, presque à

¹ Nüel, *op. citat.*, 698 et suiv.

coup sûr, prédire qu'on trouverait le tremblement du globe oculaire ou nystagmus en cherchant bien. C'est du reste ce que je répondis, en 1887, à M. le professeur Hirt, de Breslau, qui me questionnait à ce sujet.

La question de savoir si oui ou non il existe un nystagmus hystérique était très importante au point de vue du diagnostic différentiel. Dans nombre de cas difficiles à classer, surtout quand il y avait doute entre la sclérose en plaques et l'hystérie, c'était l'absence ou la présence du nystagmus, qui semblait devoir être décisif. Charcot lui-même disait¹, en 1892, au cours d'une leçon sur la sclérose en plaques et en particulier sur ses phénomènes oculaires : « Le nystagmus ne se trouve ni dans l'hystérie ni dans le tabes ». Mais l'existence d'un seul fait bien observé suffisait à renverser cette affirmation.

Bourneville mentionne en passant, dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*², trois cas où le nystagmus a été observé dans des attaques d'hystéro-épilepsie, mais il n'entre dans aucun détail. Schweigger³, à Berlin, en décrivant un strabisme convergent hystérique, fait cette remarque : « *De temps en temps, lorsqu'un œil fixe un objet, l'autre œil restant fermé, on observe du nystagmus.* » M. Fieuzal

¹ Charcot semble cependant avoir vu lui-même le nystagmus hystérique, car dans la treizième leçon des *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, p. 289, 1888-1889, en énumérant les stigmates d'un maçon de 32 ans hystérique et neurasthénique, hémianesthésique du côté droit avec tremblement vibratoire des mains, il ajoute : *Peut-être un peu de nystagmus.* C'était probablement, à notre avis du moins, le nystagmus intermittent et variable des hystériques.

² *Iconographie photographique de la Salpêtrière.* Tome I, p. 129, 1877; tome II, p. 96, 1878; et tome III, p. 84, 1879.

³ Schweigger. *Klin. Untersuchungen über das Schielen.* Eine Monographie. Berlin, 1881. Hirschwald.

(*Progrès médical*, 1879, n° 1) indique aussi en passant le nystagmus, dans un cas d'hystérie.

Tandis que Lasègue, G. Sée, Bouchut niaient la possibilité du nystagmus dans les névroses, Legrand du Saulle pensait que ce tremblement est un des stigmates de l'hérédité nerveuse pathologique, une tare des individus incorrects au point de vue mental. La confirmation de cette vue ingénieuse, dit Robin¹, jetterait certainement un jour nouveau sur le nystagmus *sine materia* dont on discute depuis si long-temps l'étiologie.

J'ai entendu Charcot émettre la même opinion, mais les bonnes observations de nystagmus hystérique manquaient toujours, et la valeur diagnostique de ce symptôme en faveur de la sclérose en plaques semblait décisive jusqu'à ce jour. Ce nystagmus hystérique peut simuler absolument celui de la sclérose en plaques; Charcot disait « qu'il est des cas où le nystagmus fait défaut dans la sclérose multiloculaire tant que le regard reste vague, sans direction précise, mais se manifeste tout à coup d'une manière plus ou moins prononcée aussitôt que les malades sont invités à fixer attentivement un objet ». Mais c'est exactement comme le nystagmus hystérique brièvement décrit par Schweigger².

Déjerine semble considérer le nystagmus comme un symptôme d'hérédité nerveuse en relation de parenté avec l'hystérie³.

¹ Robin. *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale*. Paris, 1880, p. 161.

² *Loc. citat.*

³ L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Prof. Déjerine. Paris, 1886 (voir le tableau généalogique de la page 120. Chapitre de l'hystérie). *Thèse d'agrégation*.

De même que pour les autres symptômes, nous sommes obligés de rechercher dans les affections dites réflexes ce qui appartient à l'hystérie ; nous trouvons des nystagmus hystériques qui avaient été mal interprétés.

M. Mengin¹ attribuait aux lésions de l'appareil dentaire le cas d'une malade qui, à la suite de périostite dentaire, avait été prise de *crampes cloniques et de parésie oculaire*, accompagnées de contracture du muscle droit interne et d'un spasme de l'accommodation. En même temps on constatait un *rétrécissement du champ visuel*, de l'amblyopie et de l'*achromatopsie*.

Chiralt² cite un cas de nystagmus qu'il attribue à des troubles menstruels graves et qui doivent rentrer à coup sûr dans l'hystérie. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui, après des causes purement psychiques, et qui souffrait en même temps de troubles menstruels graves, fut prise d'anesthésie rétinienne absolue, de surdi-mutité, d'aphonie, de *blépharospasme et de nystagmus*.

C'est encore un cas de nystagmus hystérique non diagnostiqué.

M. Duboys³ a vu une jeune fille atteinte de diplopie, de *convulsions de l'œil*, et, trois jours plus tard, apparaissait la *mydriase double* complète avec rétrécissement du champ visuel et hémianesthésie.

¹ Mengin. Des accidents oculaires consécutifs aux lésions de l'appareil dentaire. *Recueil d'ophtalmologie*, 1878, p. 324.

² Chiralt. Anesthésie rétinienne absolue. Troubles menstruels graves. *Annales d'oculistique*, 1873, p. 185.

³ Duboys. Paralysie de l'accommodation avec amblyopie de cause hystérique. *Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts*, juillet-sept. 1883.

On voit donc que le nystagmus peut être, lui aussi, un symptôme initial de l'hystérie et être suivi de l'apparition des autres stigmates plus tard seulement.

En 1886, nous disions dans les *Archives d'ophtalmologie*, ne connaissant encore aucun cas de nystagmus hystérique, que nous espérions cependant en trouver et écrivions¹: « Il n'est pas impossible qu'on ne vienne à découvrir chez les hystériques des mouvements involontaires des yeux, puisqu'on connaît le tremblement général hystérique. »

Le premier cas de nystagmus hystérique bien étudié appartient à M. le professeur Hirt, de Breslau,² qui a bien voulu me le communiquer immédiatement.

« Il s'agit d'une jeune fille qui présente un *nystagmus ininterrompu du type horizontal* persistant malgré les mouvements volontaires. Ces derniers sont normaux, à l'exception d'une *légère parésie des droits internes*. *La rapidité et l'amplitude des mouvements oscillatoires sont toujours les mêmes, que la malade se sache observée ou non; qu'elle regarde en haut ou en bas, à droite ou à gauche, le nystagmus reste identique*. La malade déclare que ce tremblement oculaire a commencé en même temps que sa maladie nerveuse, qu'elle n'en a jamais eu auparavant; elle n'a eu jadis aucun désordre oculaire et avait toujours eu une bonne vue. *Les pupilles, assez larges, ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation*. Aucun désordre moteur ou sensitif des extrémités supérieures et inférieures. Réflexes tous normaux. Signe de

¹ Borel. Affections hystériques des muscles oculaires. 1886, nov.-déc., p. 497.

² Zur Symptomatologie und Therapie der Hysterie. *Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1887, n° 30.

Romberg évident. Contracture intense du carré des lombes à gauche, spécialement dans la position debout, mais disparaissant dans le lit. Ovarie gauche avec une zone hystérogène déterminant des attaques hystériques. Météorisme. Diminution de la sécrétion urinaire (500 à 800 cm³). Pendant les attaques, arrivant tous les jours à la même heure, la contracture envahit tous les muscles du corps, les yeux tournés en dedans et en haut, avec *mydriase maximale*; anesthésie totale. »

Il est curieux de constater que, dans le cas de M. Hirt, nous retrouvons deux symptômes que nous avons décrits chez notre hystérique mâle L., la mydriase et la contracture du carré des lombes se rencontrant avec le nystagmus.

Dans la littérature médicale ophtalmologique, si riche en observations de nystagmus par suite de sclérose en plaques, de lésions cérébrales ou dans le tabes lui-même, bien que dans ce dernier cas Charcot l'ait nié, on ne trouve presque rien sur le nystagmus hystérique. Je suppose que bien des cas ont échappé ou sont faussement diagnostiqués. Le cas publié¹ en 1870 par Zehender ne serait-il pas un exemple de nystagmus hystérique? Il s'agit d'un *nystagmus accompagné de blépharospasme intermittent arrivé chez une jeune fille ensuite de contracture paralytique des extrémités inférieures, nystagmus avec oscillations verticales, déterminé par une instillation d'ésérine*. Nous nous rappelons à ce propos avoir augmenté l'intensité du nystagmus et du blépharospasme chez notre malade L., avec l'instillation d'une seule goutte d'ésérine.

¹ Zehender. Ein Fall von einseitigen Nystagmus. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, VIII, p. 112.

M. Siemerling¹ cite en passant le nystagmus chez les hystériques et les épileptiques.

M. Parinaud, à propos de son étude sur les spasmes oculaires, dit que l'on peut observer² avec les contractures fibrillaires dans le muscle orbiculaire une incoordination et une brusquerie inaccoutumée des mouvements des yeux et même du nystagmus, mais ne rapporte aucune observation de ce dernier.

En septembre 1894, M. Sabrazès, médecin des hôpitaux de Bordeaux, n'ayant pas eu connaissance de notre communication à la section d'ophtalmologie du congrès international de Rome, publiait dans la *Semaine médicale*³ un cas très intéressant de nystagmus hystérique qu'il croyait être le premier à décrire et qu'il avait étudié dans le service de M. le professeur Pitres.

« Cette jeune fille, âgée de dix-sept ans, présentait *un tremblement fonctionnel de la main droite associé à un nystagmus horizontal*. Le tremblement du membre supérieur était continu et des plus accentués. Des oscillations pendulaires, amples d'un décimètre, se reproduisant quatre fois par seconde, rapprochaient par un va et vient la main du côté droit du corps. Elles persistaient dans la station debout, dans la position assise et le décubitus dorsal. Les mouvements volontaires augmentaient leur nombre et leur amplitude, si bien qu'un verre d'eau ne pouvait

¹ Siemerling. Pupillenreaction bei geisteskranken Frauen. *Charité-Annalen*, XI.

² Parinaud. Spasmes et paralysies des muscles de l'œil. *Gaz. hebdom. de méd.*, 1877, nos 46 et 47.

³ Sabrazès. Existe-t-il un nystagmus hystérique? *Semaine médicale*, no 54, 20 septembre 1894.

être saisi à pleine main sans que son contenu ne fût projeté au loin. Impossibilité d'écrire : la malade inscrivait sur le papier les secousses du tremblement sous forme de hâchures. Pendant le sommeil, la main était immobile.

« Les globes oculaires étaient animés d'oscillations latérales extrêmement rapides survenant par crises très brèves. La durée de ces crises n'excédait pas deux minutes. On les voyait se reproduire fréquemment au repos, mais sans périodicité; elles apparaissaient surtout si on faisait fixer ou suivre du regard un objet, et si on projetait sur l'œil une lumière un peu vive. Par contre, l'occlusion des paupières les arrêtait brusquement.

« Ce singulier tremblement des globes oculaires avait débuté en même temps que celui du membre supérieur droit. En aucun point du corps on ne trouvait une zone frénatrice dont la pression modifiât ces divers tremblements. L'étiologie semblait avoir été des chicanes domestiques. L'année précédente, la malade avait déjà eu pendant quinze jours un tremblement de la main droite. Antécédents : toux coqueluchoïde, accès de somnambulisme nocturne; rétrécissement concentrique très accusé du champ visuel. Acuité visuelle excellente; réflexes pupillaires normaux. Avec la suggestion, on obtint la guérison absolue du tremblement du bras et des yeux, guérison interrompue par une rechute due à une émotion. »

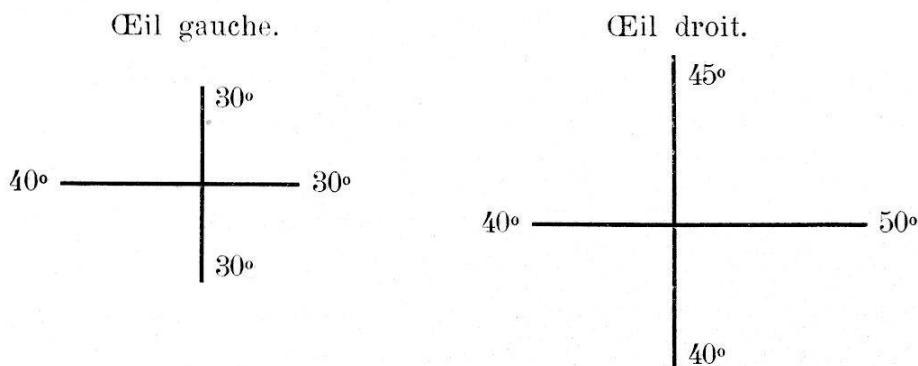
Comme c'était le cas pour la malade de M. Sabrazès, nous venons d'observer une *rechute de nystagmus hystérotraumatique* chez une jeune fille que nous avons pu suivre depuis quatre ans.

M^{lle} E. G., âgée de quatorze ans, nous consulte les premiers jours de novembre 1891 pour une *névralgie sus-orbitaire gauche*. L'œil gauche avait une acuité visuelle de $5/10$ de la normale, l'œil droit de $8/10$ après la correction d'une myopie apparente d'une demi-dioptrie qui ne se retrouvait plus à l'examen ophtalmoscopique. Sous l'influence de l'antipyrine, la névralgie cède, et, quinze jours après, la malade paraissait guérie et son acuité visuelle était redevenue presque normale à gauche, ce qui parut déjà suspect.

Le 16 mars 1892, la névralgie reparut sans cause appréciable. L'acuité visuelle de l'œil gauche n'était plus que de $2/10$, avec une myopie apparente de $0^{\text{D}},5$. L'œil droit était emmétrope et avait $8/10$ de la vue normale. *L'amblyopie de l'œil droit* n'était expliquée par aucune lésion. *Rétrécissement du champ visuel gauche* très marqué; à droite champ visuel presque normal. L'acuité visuelle, très variable, remonte à $4/10$ pour l'œil gauche dès le lendemain; mais, *à la suite d'un très léger traumatisme, un grain de sable entré dans l'œil gauche, la scène change; l'amblyopie gagne les deux yeux*, la vue n'est que de la moitié de la normale, à gauche comme à droite; *l'œil gauche est pris, deux jours après l'accident, d'un ptosis pseudo-paralytique, avec érythropsie de cet œil seulement*. La paupière tombante, examinée attentivement, montrait de légères secousses fibrillaires à peine appréciables; en essayant de relever la paupière, on éprouvait une résistance qui montrait que *le spasme de l'orbiculaire jouait un rôle plus grand que la paralysie du releveur de la paupière; ce dernier muscle, antagoniste de l'orbiculaire, était cependant nettement parésié, car tandis que l'œil droit s'ouvrait au maximum, le ptosis gauche*

restait identique sans que le spasme orbiculaire parût augmenter, et sans que la résistance à l'élévation de la paupière pour vaincre le ptosis semblât plus grande. Il fallait donc en conclure qu'il y avait une véritable parésie du releveur palpébral, associée au spasme orbiculaire, une paralysie irritative de la paupière, où contracture et paralysie s'associent pour arriver au même but, association qui ne se retrouve que chez les hystériques¹.

Un *nystagmus* tantôt horizontal, tantôt rotatoire, se joignit à ces autres manifestations. Mais ce nystagmus était éminemment variable, s'exaspérait pendant l'examen, augmentait quand on cherchait à vaincre le ptosis, et surtout, comme dans le cas de M. Sabrazès, *si on projetait sur l'œil une lumière un peu vive*, mais persistait cependant toujours avec la vitesse moyenne de trois à quatre oscillations par seconde, comme un véritable tremblement hystérique. Il est curieux de remarquer qu'une sœur de cette jeune fille a souffert d'une contracture hystérique de la main avec tremblement typique. L'œil droit n'a jamais eu ni nystagmus ni ptosis. Le champ visuel était à ce moment pour la couleur blanche :



¹ Nous avons cependant remarqué chez les morphinomanes agités le même spasme de l'accommodation avec parésie accommodative, qui est la règle dans l'asthénopie des hystériques.

Pour le rouge, le rétrécissement était proportionnellement de 10^o plus marqué. Achromatopsie très nette. Photophobie qui constraint le malade à porter des verres fumés.

Sous l'influence de la suggestion à l'état de veille, tous les symptômes s'amendent et, le 7 avril, l'acuité visuelle est de $\frac{8}{10}$ à gauche et normale à droite. Le nystagmus disparaît en même temps que le ptosis.

Le 21 avril je trouve, à gauche, hypermétropie 0^D,5 et visus $\frac{8}{10}$; à droite, hypermétropie 1^D, acuité visuelle normale; le 25 avril et les semaines suivantes, les deux yeux accusaient une hypermétropie d'une dioptrie. Il y avait donc un *spasme de l'accommodation*, mais comme la lecture n'était possible qu'avec des convexes de 1 à 2 dioptries, il y avait donc une *association de parésie et de contracture du muscle ciliaire*, ainsi que c'est la règle chez les hystériques.

D'autre part, ce serait faire erreur que de croire qu'on peut prescrire des verres de travail pour l'asthénopie hystérique, car la faiblesse irritative est trop inconstante, les verres seraient à changer à chaque minute et l'adaptation est rendue impossible grâce à la *perte du sens musculaire du muscle accommodateur*, que nous avons été le premier à signaler en 1886. Ces malades ne savent donc plus mettre au point et leurs yeux sont hors d'usage et demandent un repos complet.

Au mois de juin 1892, nouveaux troubles nerveux; la vue retombe aux deux tiers de la normale; une *hémianesthésie de toute la moitié droite du corps* s'établit; le champ visuel suit fidèlement l'historique de la symptomatologie de notre malade comme un vrai « *hystériomètre* » qu'est ce procédé graphique, si j'ose

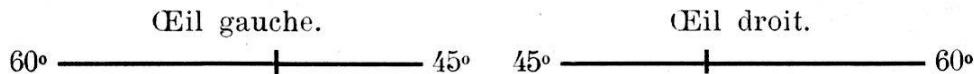
créer ce néologisme. Le champ visuel indique, le 22 juin :



alors que la vue est de $6/10$:

Sous l'influence de la suggestion, la vue redevient normale.

En janvier 1893, la vue retombe à $\frac{6}{10}$ des deux côtés, et le champ visuel marque:



Le 20 novembre 1895, par suite d'un léger coup sur le front, cette jeune fille prend un *blépharospasme de l'œil gauche* (type ptosis pseudo-paralytique); la paupière tombe mollement sur l'œil et ce n'est que rarement qu'on peut surprendre quelques secousses fibrillaires révélatrices de la contracture de l'orbiculaire. La *parésie du releveur de la paupière* existe comme en 1892.

Le 30 novembre apparaît un *nystagmus horizontal de l'œil gauche* seul, qui persiste comme tremblement permanent pendant quinze jours.

Le 5 décembre 1895, je constate une *hyperesthésie de toute la moitié gauche de la figure*. L'œil gauche n'a que $\frac{4}{100}$ de vue; le droit en a $\frac{6}{10}$. La malade indique spontanément et sans que personne lui en ait jamais parlé, une *diplopie monoculaire de l'œil gauche*, en disant, en outre, qu'*une des images est rouge et l'autre de couleur normale*. Champ visuel très rétréci à gauche. Un *tremblement de la main gauche* (quatre oscillations par seconde) s'établit pen-

dant cinq jours. La malade dort mal, a des *cauchemars affreux* toutes les nuits. *Dyschromatopsie* pour les couleurs autres que le rouge. *Erythropsie double*, très intense pour l'œil gauche, faible pour l'œil droit et appréciable le soir seulement.

Je suggère à la malade, qui avait été fort effrayée de son ptosis (ses camarades de pension lui ayant dit que cela venait d'une maladie du cerveau), que sa paupière s'ouvrirait tout à fait trois jours après l'instillation des gouttes concentrées que j'allais lui ordonner (eau de carafe) !

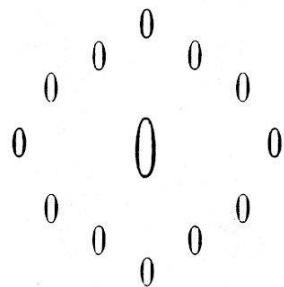
Le 8 décembre, l'œil s'ouvre dès le matin et, ce résultat obtenu, je savais être le maître des autres symptômes qui disparaissent au jour indiqué, au grand étonnement de la malade confondue de ma pré-science ! Je ne lui avais rien suggéré quant à l'érythropsie et quant aux autres phénomènes visuels que je désirais garder pour les étudier à loisir.

Le 12 décembre 1895, je trouve pour l'œil gauche, toujours tout grand ouvert, une hypermétropie de 0^D,5 combinée avec un astigmatisme hypermétropique de 1^D dans l'axe vertical et une acuité visuelle de 25/100 (au lieu de 4/100 le 5 décembre). L'œil droit a une hypermétropie de 0^D,5 alliée à un astigmatisme hypermétropique dans 0^D,75 dans l'axe horizontal, donnant une vue de 8/10. Des mensurations répétées donnent le même degré et le même axe de ce curieux exemple d'*astigmatisme hystérique* dû à une contraction irrégulière du muscle ciliaire.

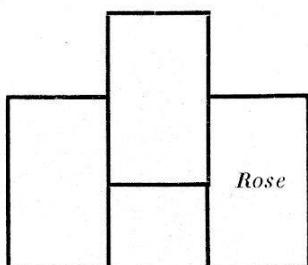
L'érythropsie n'existe plus qu'à gauche ; la diplopie monoculaire bicolore est toujours très nette. Désirant savoir de cette jeune fille très lettrée, très instruite et excellente observatrice, si la diplopie monoculaire

était, comme le pense Parinaud et comme l'avait admis Charcot, un symptôme purement oculaire, ou bien, comme j'en avais la conviction intime, une dissociation psychique de l'image par une sorte de réfraction cérébrale, je l'interrogeai sur la manière dont elle s'expliquait cette vision double d'un seul œil. « De cet œil, me répondit-elle, tout me fait l'impression d'être doublé malgré le désir que j'ai de ne voir qu'un seul objet. Cela se double dans mon esprit et les images se multiplient comme dans un kaléidoscope à mesure que mon esprit se fatigue, à mesure que mes yeux se refusent au travail. Je cesse de voir dans mon esprit ces objets qui se multiplient comme dans un vertige visuel et tout finit par un brouillard, que j'ouvre ou que je ferme les yeux. *En rêve, il m'arrive souvent de voir des objets rouges doublés.* »

Le 15 décembre 1895, M^{me} E. G. m'écrivait : « En regardant de l'œil gauche seul, le droit étant fermé, je vois encore tous les objets complètement teints en rouge, surtout les parties très lumineuses ; lorsque j'ai l'œil fatigué, toute lumière, une bougie par exemple, me semble séparée de moi par un voile rouge ; après quelques minutes de repos, je distingue trois lumières, dont une grande et deux petites 000 ; si je persiste à fixer, une lumière se met au centre, et tout une auréole de flammes plus ou moins rouges font cercle en satellites :

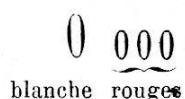


« Si de l'œil gauche je regarde la fenêtre, elle me paraît rouge et parfois elle se double et se triple, disposée comme suit, la fenêtre de droite étant de couleur rose :



Triplopie monoculaire bicolore.

« Quand je suis fatiguée, l'image rose se double et ces doubles images sont plus petites que lorsque je suis reposée ; je vois alors une flamme avec la configuration du dessin ci-dessous :



« En descendant votre escalier, après un examen fatigant du champ visuel, je vois quatre marches pour une seule et ainsi de suite de tout ce que je vois, et cependant je ne me trompe pas de marche, sachant que les rouges n'existent que dans ma tête fatiguée, et je ne risque même pas de faire de faux pas. »

Cette auto-explication toute philosophique de la diplopie monoculaire est si explicite que je n'ai pu résister au désir de la donner tout entière. La théorie de la diplopie monoculaire au moyen de réfraction dans les secteurs du cristallin semble, après cela, tirée par les cheveux et presque enfantine. La physio-

logie de l'hystérie n'est pas plus la physiologie ordinaire que l'anatomie de l'hystérie ne ressemble à l'anatomie classique.

Le cas de nystagmus hystérique de G. L. serait le premier observé chez un homme¹. Il est à remarquer que dans ce cas comme dans ceux de Duboys, de Hirt et de Sabrazès, il a coïncidé avec une mydriase très caractérisée. Dans deux cas, il est accompagné d'une parésie des droits internes ou insuffisance de convergence, sur laquelle nous avons attiré l'attention en 1886.

Siemerling² dit que le nystagmus congénital est fréquent chez les hystériques ainsi que d'autres affections congénitales des yeux.

La preuve que le nystagmus hystérique peut être reproduit artificiellement est donnée par Laufnauer³, qui a cherché à obtenir des désordres musculaires chez les hystériques à l'aide du diapason; suivant la force du coup du diapason, les yeux subissent un effet de plus en plus considérable. 1^o D'abord on obtient uniquement la fermeture des paupières avec quelques légères contractions; 2^o Un bruit plus fort amène la fermeture spastique des paupières avec déviation spastique des globes oculaires; 3^o le *nystagmus*; 4^o enfin le *nystagmus s'accompagne de déviations intenses..*

¹ Miura cite un nystagmus chez un hystérique atteint de sclérose. Trois cas de monoplégie brachiale hystérique. *Archives de neurologie*, mai 1893.

Pouvons-nous ranger parmi les nystagmus hystériques celui de Nieden? Ueber Platzangst (Agoraphobie) Gesichtfeldbeschränkung. *Deutsch. med. Woch.*, n° 13, 1891.

² Siemerling. Pupillenreaction und ophth. Befund bei geisteskranken Frauen, *Charité-Annalen*, XI, p. 339, 1886.

³ Laufnauer. Perimetrikus vizsgalatok a hysterikus latter szükségletet illetőleg. — Gesellschaft der Ärzte in Buda-Pest. *Wien. Med. Woch.* 1885, n° 9.

B. Insuffisance de convergence hystérique.

L'insuffisance de convergence hystérique, que nous avons été le premier à mentionner et à décrire¹ et qui a été acceptée par mon maître Landolt, dans son *Traité complet d'ophtalmologie*², a pris place assez récemment dans la famille neuropathologique. C'est un symptôme qui peut se présenter isolé, tandis que, d'autre part, on le voit accompagner diverses affections nerveuses : la maladie de Basedow³, la sclérose en plaques⁴, l'ataxie locomotrice progressive⁵, la neurasthénie⁶, et l'alcoolisme⁷.

Förster, dans le grand traité de Gräfe-Säemisch, dit que dans l'hystérie on a des phénomènes d'asthénopie musculaire qui rentrent dans la description de la kopiopie ; *on trouve quelquefois*, dit-il, *une insuffisance des droits internes*. M. Manz⁸ avait remarqué,

¹ Borel. Affections hystériques des muscles oculaires. *Archives d'ophtalmologie*, nov.-déc. 1886.

² Voir Landolt et Eperon. Mouvement des yeux *in de Wecker et Landolt. Traité complet d'ophtalmologie*, Tome III, p. 923.

³ P.-I. Möbius. Über Insuffizienz der Convergenz bei Morbus Basedowii. *Centralblatt für Nervenheilk*, 1886, p. 356.

⁴ Parinaud. Paralysies des mouvements associés des yeux. *Arch. de neurologie*, mars 1883, et Paralysies de la convergence, *Soc. française d'opht.*, 1886.

⁵ Borel. Paralysie de la convergence dans l'ataxie locomotrice progressive. *Archives d'ophtalmologie*, nov.-déc. 1887.

Landolt et Hübscher *in de Wecker et Landolt. Traité complet d'ophtalmologie*, t. III, p. 923.

⁶ Landolt. Die Insuffizienz der Convergenzvermögens. *Soc. opht. de Heidelberg*, 1885.

⁷ De Gräfe.

⁸ Manz. Ein Fall v. hysterischen Erblindung mit spastischen Schielen. *Berl. Klin. Wochenschrift*, janvier 1880, nos 2 et 3.

dans un cas de strabisme hystérique spastique, que la *convergence diminuait très vite*. M. Fieuza¹ a indiqué, chez une jeune fille de 17 ans, hémianesthésique droite, avec amblyopie double, une *légère insuffisance des droits internes*, avec une diplopie gênante.

Enfin M. Stevens², de New-York, dont les remarquables travaux sur les rapports entre les affections nerveuses et oculaires ont eu un si grand retentissement, a souvent rencontré cette insuffisance en rapport avec des troubles nerveux dont une partie nous semblent devoir rentrer dans le domaine de l'hystérie.

Nous avons consacré un chapitre entier³ à l'insuffisance de convergence hystérique et à l'étude détaillée d'une observation déjà signalée autre part⁴, d'un exemple type de ce que la névrose peut produire en pareil cas. L'amplitude de convergence était descendue à 3 angles métriques alors que les stigmates hystériques étaient les plus marqués, tandis que, lorsque la diathèse nerveuse eut disparu, l'amplitude de convergence atteignit jusqu'à 14 angles métriques. Les excursions de chaque œil mesurées séparément dans le champ de fixation monoculaire étaient normales et la convergence seule était paralysée; c'est donc une parésie d'une fonction, un affaiblissement de la contraction synergique seule des droits internes, une paralysie associée. Il est curieux de voir que, dans

¹ Fieuza. Amblyopie hystérique. *Progrès médical*, 1879, n° 1.

² G. Stevens. The Anomalies of the ocular muscles. *Archiv. of Ophthalmology* by Knapp and Schweigger, XVI, n° 2, June 1887.

³ Borel. Insuffisance de convergence hystérique. *Archives d'ophtalmologie*, juillet-août 1887.

⁴ De Wecker et Landolt. *Traité complet d'ophtalmologie*, t. III p. 923.

plusieurs observations, on constate que les phénomènes d'asthénopie ont précédé de longtemps les stigmates hystériques, et que l'hystérie n'a été manifestée que des années après que les caractères particuliers à ces cas avaient attiré un intérêt spécial sur ceux-ci.

L'insuffisance de convergence hystérique peut former un type d'hystérie monosymptomatique ou s'allier avec toutes sortes d'autres troubles moteurs des yeux tels que le blépharospasme¹; dans le cas de M. Manz, une contracture d'un droit interne fait place à un affaiblissement de la convergence; il peut s'y joindre la parésie ou la contracture des muscles antagonistes. La malade de M. Hirt présentait une parésie des droits internes alliée à un nystagmus hystérique (voir p. 125).

Dans les hystérotraumatismes, l'insuffisance de convergence se retrouvera certainement très fréquemment, si on se donne la peine de la rechercher, et elle expliquera nombre de fois l'asthénopie qu'indiquent ces malades qui se plaignent avec raison d'une incapacité de travail absolue. Chez notre hystérique mâle G. L., l'insuffisance de convergence a été avec la mydriase le premier symptôme de la névrose et est arrivée à une amplitude réduite à 3 angles métriques. Les verres prismatiques n'agissaient que pour deux ou trois jours. Par moment, il y avait une paralysie de la convergence presque absolue. M. Badal² indique aussi ce symptôme chez un hystérotraumatisé à la suite d'une catastrophe de chemin de fer. Oppenheim a

¹ v. Reuss. *Opht. Mittheilungen aus der 2. Universitäts-Klinik von Wien et Wiener Med. Presse*, 1885, nos 33 et 34.

² Badal. *Op. cit. Arch. d'ophtalmologie*, 1888, t. VIII, p. 408.

plusieurs fois observé des troubles de la convergence dans l'affection qu'il appelle *névrose traumatique* et que nous nommons l'*hystérie traumatique* (cité par Berger).

L'insuffisance hystérique des droits externes peut simuler une affection organique. Thomson¹ a publié un cas de neuropsychose avec hémianesthésie droite combinée avec une hémianopsie homonyme droite, rétrécissement double du champ visuel, achromatopsie droite, ptosis de la paupière droite, strabisme divergent par parésie du droit interne. Autopsie négative. Diagnostic : hystérie apoplectiforme.

C. Blépharospasme hystérotraumatique.

Le spasme orbiculaire peut se rencontrer à la suite des traumatismes chez les hystériques sous les formes les plus diverses : clonique ou tonique, d'une intensité si grande qu'il se forme un entropion palpébral, ou si légère qu'il est confondu fréquemment avec un ptosis paralytique (Parinaud).

L'observation de Lasègue² est un exemple-type des cas si nombreux où l'hystérie se démasque longtemps après que les yeux en ont offert les symptômes variés.

« Une jeune fille ayant reçu quelques grains de sable dans l'œil, eut une conjonctivite insignifiante à laquelle succéda une contracture des paupières qui se prolongea pendant des mois, alors que toute trace de

¹ Thomson. Ein Fall vom tödlichen, mit anscheinenden Herdsymptomen sich combinierenden Neuropsychose ohne anatomischen Befund. *Arch. für Psych. und Nervenkrank.*, 1886, p. 844.

² Lasègue. Des hystéries périphériques, juin 1878 *Archives générales de médecine*.

conjonctivite avait disparu. Toutes les médications furent inutiles, puis une nuit la contracture disparut subitement et définitivement. Plus tard seulement arrivèrent les accidents hystériques typiques. » La contracture des paupières peut être une manifestation de ce que Lasègue appelle l'hystérie périphérique.

Le blépharospasme traumatique est toujours suspect d'hystérie, même si les stigmates caractéristiques sont absents, puisqu'ils peuvent survenir bien plus tard : le blépharospasme peut être le symptôme précurseur de l'hystérie et former un groupe des hystéries mono-symptomatiques.

Nous avons établi que tous les blépharospasmes par suite d'irritation du nerf susorbitaire doivent rentrer dans le domaine de la névrose, celle-ci seule pouvant donner une explication rationnelle de ces phénomènes. En recherchant les observations originales qui ont été publiées sur ces blépharospasmes réflexes,¹ nous avons retrouvé mentionnés presque constamment des symptômes hystériques auxquels l'auteur n'avait pas accordé une attention diagnostique suffisante.

Le blépharospasme peut, comme chez notre hystérique mâle G. L., arriver incidemment dans le cours de la maladie et disparaître pour faire place à d'autres contractures.

D. Strabisme hystérotraumatique.

Ce strabisme ressemble absolument au strabisme artificiel provoqué par l'hypnotisation de sujets hysté-

¹ Voir Leber. *Reflexe Amblyopie traumatischen Ursprungs durch Reizzustand des nervus supraorbitalis. Archiv. für Ophtalm.*, 1880, t. II, p. 249.

riques, ainsi que nous l'avons le premier démontré par des expériences à la Salpêtrière, en 1886 et 1887, avec MM. Babinski et Gilles de la Tourette¹.

Le cas de strabisme hystérotraumatique consécutif de la catastrophe de Mœnchenstein, dont j'ai parlé plus haut, est un modèle du genre. Le spasme du droit interne de l'œil strabique pouvait arriver à un degré de contracture tétanique tel que cet œil était pour ainsi dire rivé et absolument immobile, la cornée touchant la caroncule, tandis que son congénère exécutait librement ses mouvements; puis, tout à coup, l'œil strabique se détendait comme un ressort et reprenait sa motilité. Jamais ni un strabisme concomitant, ni un strabisme paralytique ne présenteront un si étrange tableau!

Notre hystérique mâle G. L. a présenté par moments un strabisme convergent qui s'est transformé en un hémispasme facial du même côté.

E. Hémispasme facial glosso-labié.

Hémispasme facial **oculo-glosso-labié** hystérotraumatique.

La contracture unilatérale du visage est un des types les plus curieux des spasmes hystériques. Étudiée par Charcot², Brissaud et Marie³, cette contracture de la langue et des muscles de la face, coexistant

¹ Borel. Reproduction artificielle des affections hystériques des muscles oculaires par la suggestion hypnotique. *Annales d'oculistique*, nov.-déc. 1887.

² Charcot. Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques. *Semaine médicale*, 2 février 1887.

³ Brissaud et Marie. De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique. *Progrès médical*, 1887, p. 84 et 128.

en général avec une hémiplégie, est souvent confondue avec la paralysie faciale de l'autre côté. Les lèvres ont des secousses caractéristiques; la langue est déviée du côté contracturé. Les *paupières* sont souvent aussi envahies par le spasme. M. Charcot¹ a étudié un cas où un blépharospasme intense accompagnait un hémispasme glosso-labié dû à un traumatisme. Brodie² note aussi l'existence de mouvements spasmodiques dans la joue et les *paupières* du côté vers lequel s'était faite la déviation de la bouche. L'hémispasme glosso-labié simule la paralysie du côté opposé de la face, comme le blépharospasme le fait pour le ptosis paralytique et le spasme des muscles du globe oculaire pour les paralysies de leurs antagonistes.

Le traumatisme joue un rôle dans la genèse de ces cas. Pitres³ a vu un blépharospasme droit avec hémispasme se transformer en paralysie faciale. M. Paul Richer⁴ a décrit un blépharospasme accompagnant un hémispasme droit. Il y avait de la diplopie. M. Parinaud diagnostiqua une *parésie incomplète de la 6^{me} paire* de l'œil droit; peut-être était-ce une contracture du droit interne ou une simple rétraction de ce muscle consécutive à l'occlusion permanente de l'œil droit pendant des mois; le peaucier aussi était intéressé dans ce cas.

L'horrible grimace si bien fixée dans la pierre par le sculpteur du macaron grotesque de l'église de *Santa Maria Formosa*, à Venise, montre que ce

¹ Leçons du mardi, 1888, p. 262.

² Brodie. Leçons sur les affections nerveuses locales, traduct. franç., p. 15.

³ Pitres. Des troubles trophiques dans l'hystérie. *Progrès médical*, 21 février 1891, p. 148.

⁴ Richer. Paralysies et contractures hystériques. 1892, p. 185.

spasme du visage et de l'orbiculaire était connu dès longtemps.

M. Gilles de la Tourette a mentionné¹ aussi un cas d'hémispasme facial où l'œil participait à la contracture. « Un blépharospasme intermittent de l'œil droit survenait dans l'acte de tirer la langue; la cornée et la conjonctive étaient anesthésiées du côté du spasme; puis l'œil devint amaurotique et la langue dévia à droite. »

Non seulement l'orbiculaire, mais les muscles moteurs du globe peuvent participer au spasme facial; chez notre hystérique mâle G. L. (voir page 85), *l'œil se mettait parfois à loucher*. Le strabisme spastique peut donc s'ajouter à la contracture du zygomatique et de la langue. Nous proposons d'appeler cette variété: *hémispasme facial oculo-glosso-labié*.

Nous avons pu retrouver dans la littérature quelques cas semblables, parfois sous d'autres diagnostics, l'observation de Guttmann² entre autres.

F. Paralysie faciale hystérique de l'orbiculaire.

Ces formes sont très rares et nous ne mentionnerons³ qu'un seul cas : celui d'un homme de 46 ans, atteint d'hémiplégie droite et d'hémispasme facial droit, qui « ne peut fermer complètement l'œil droit

¹ Gilles de la Tourette. Superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face chez les hystériques. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1889. Voir la planche XIV, même journal, t. I, 1888.

² Guttmann. Ein seltener Fall v. Hysterie, *Berl. klin. Wochenschrift*, nos 28 et 29, 1869.

³ Marie et Brissaud. *Progrès médical*, janv. 1887, nos 5 et 7, p. 130.

ou tout au moins ne le ferme pas aussi fort que le gauche ; quand il cherche à le faire, les muscles du côté droit de la face sont animés de secousses aussi bien que ceux des lèvres. »

M. Lebreton¹ cite le cas d'une femme « qui fermait très imparfaitement l'œil gauche », mais ici le diagnostic n'est pas certain.

Le cas de M. Richer (*op. citat.* p. 192) est plus sûr ; la malade s'étant heurté la région oculaire gauche pendant une attaque convulsive, il s'établit une paralysie faciale *gauche* très nette. L'œil *gauche* ne pouvait se fermer, mais il ne restait cependant pas grand ouvert comme dans la paralysie faciale périphérique, et il était en outre amaurotique. Il y avait un spasme généralisé à droite qui accentuait le contraste des deux moitiés de la face.

G. Astigmatisme hystérique.

Mon éminent maître, M. le Dr Landolt, à Paris, m'a fait l'honneur de lire, dans la séance du 6 mai 1887, au congrès de la Société française d'ophtalmologie, un mémoire² sur les *contractures et paralysies hystériques des muscles oculaires et leur reproduction artificielle par suggestion et sur l'astigmatisme hystérique*.

C'était la première fois qu'il était fait mention d'un *astigmatisme hystérique*. La contracture du muscle accommodateur pendant l'état de somnambulisme a été signalée, en passant, par quelques observateurs,

¹ Lebreton. Des différentes variétés de paralysies hystériques. Thèse de Paris, 1868.

² *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1887, p. 273 et suivantes.

mais la *contraction partielle du muscle ciliaire* dans l'hystérie n'avait jamais encore été indiquée.

Une malade de la clinique de M. Landolt, atteinte d'une amblyopie sans cause ophtalmoscopique, qui réduisait son acuité visuelle à $\frac{2}{10}$ de la normale, arrivait à $\frac{6}{10}$ avec des verres concaves cylindriques inclinés de 10° en dehors. Des examens répétés montrèrent que ces verres et cette inclinaison exactement mesurée par des observateurs différents, donnaient seuls cette amélioration que tout autre verre et toute autre inclinaison étaient impuissants à procurer. Il ne pouvait donc s'agir ici d'une de ces améliorations peu explicables que donne aux amblyopies hystériques tel ou tel verre fumé ou même un léger prisme.

D'autre part, la kératoscopie montrait que la courbure anatomique de la cornée était absolument normale.

Or, la malade qui présentait des stigmates d'hystérie caractéristiques (rétrécissement du champ visuel, dia-thèse de contracture), devint au bout de quelque temps tellement amblyope qu'elle ne put bientôt plus se conduire seule.

Son champ visuel s'était rétréci encore bien davantage, une hémianesthésie caractéristique avait complété le tableau de la névrose.

Ayant échoué avec des essais d'hypnotisation qui répugnaient à la malade, et la suggestion à l'état de veille par des procédés multiples étant tout aussi impuissante, j'eus, en désespoir de cause, l'idée d'envoyer cette malade à Lourdes. Cette malade, qui appartenait à une corporation religieuse non cloîtrée, fut extraordinairement saisie de cette proposition partant d'un protestant et n'eut plus que le désir de

guérir à Lourdes pour montrer le triomphe de sa foi. C'était partie gagnée. A peine arrivée à Lourdes, elle se rendit à la grotte, prit une attaque — que le profane médecin sait fort bien dans quelle catégorie classer, — poussa un grand cri et demanda un breviaire qu'elle lut à haute voix, à l'édification enthousiaste de toute l'assistance.

Cette guérison subite confirmait pleinement notre diagnostic d'amblyopie hystérique. Nous avons, en effet, revu la même semaine notre malade emmétrope et jouissant d'une acuité visuelle absolument normale des deux yeux. Les cylindres ne faisaient que de troubler la vision.

Nous étions donc en droit de conclure à un *astigmatisme hystérique dû à la contracture partielle du muscle ciliaire*.

M. Galezowski crut, quelques années plus tard, être le premier à décrire¹ ce phénomène. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte depuis plus de six ans d'hémianesthésie droite avec hémiopie homonyme de la moitié gauche des deux yeux. Après avoir persisté pendant plusieurs années, cet astigmatisme a fini par disparaître en même temps que la santé générale s'améliorait.

Cette contracture isolée d'une fraction d'un même muscle, sous l'influence de l'hystérie, montre à quel point la dissociation de la diathèse de contracture peut être poussée. Alors que l'hémianesthésie avait disparu, il restait encore deux secteurs insensibles sur la cornée et sur la conjonctive, montrant avec

¹ Société de biologie. Séance du 9 avril 1892: De la contracture partielle hystérique du muscle accommodateur déterminant l'astigmatisme. *Semaine médicale*, 13 avril 1892.

quelle finesse et quelle exactitude les phénomènes moteurs et sensibles se suivent, se moulent l'un sur l'autre avec une dépendance presque infaillible, ainsi que l'a montré M. Gilles de la Tourette¹. Nous avions déjà observé que dans le strabisme hystérique par suggestion², on obtenait aussi des secteurs d'insensibilité de la conjonctive et de la cornée, alors qu'on n'avait suggéré que le trouble de motilité, ce qui montre merveilleusement l'identité des maladies artificielles et des maladies naturelles dues à l'hypnotisme et à l'hystérie.

Le 27 novembre 1887, M. Gilles de la Tourette, remplaçant M. le prof. Charcot dans sa leçon du mardi à la Salpêtrière, présenta un cas de blépharospasme que nous avions examiné ensemble et dont l'anesthésie était aussi limitée à la moitié seule de la cornée et de la conjonctive du côté interne. Or, dans le ptosis et le strabisme hystériques produits par suggestion, on a aussi ces mêmes secteurs insensibles, comme nous l'avons trouvé dans l'astigmatisme hystérique.

Cet astigmatisme hystérique n'est, en réalité, certainement pas rare, mais on n'y ajoute pas assez d'importance et on ne le recherche pas souvent. Peut-être est-il plus fréquent dans les hystérotraumatismes?³ En tout cas, nous l'avons noté et suivi avec

¹ Gilles de la Tourette. De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, nos 3 et 4, 1889.

² Borel. Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduction artificielle par la suggestion hypnotique. *Annales d'oculistique*, nov.-déc. 1887.

³ L'astigmatisme est aussi mentionné dans le cas de M. Badal, dont nous avons parlé à propos de la « perte du sens génital » et que nous classons dans les hystérotraumatismes. Contribution à l'étude des troubles de la vision à la suite d'accidents de chemin de fer, par le professeur Badal. *Archives d'ophtalmologie*, sept. 1888.

une certitude absolue dans quatre des six exemples d'hystérotraumatismes oculaires de cette étude. Il peut atteindre plus de 2 dioptries comme intensité de contraction musculaire partielle; il peut coïncider avec la diplopie monoculaire, mais pas dans la règle, ce qui prouve bien que ce dernier phénomène n'est pas dû à une courbure anormale du cristallin. Il peut rester localisé de préférence dans le même axe du muscle ciliaire où passer d'un méridien à l'autre, suivant en cela le caprice de la névrose. Plusieurs observateurs à qui j'en parlais avaient aussi fait cette remarque d'un astigmatisme variable chez les hystériques, mais ils supposaient des erreurs d'observation ou des fautes de notation. Aussi, pour lever tous les doutes, il faut avoir, comme dans notre premier cas, un astigmatisme très marqué, *permanent* et localisé dans le même méridien et retrouver l'œil absolument emmétrope après la guérison de la névrose.

Les astigmatismes *fugitifs* des hystériques peuvent aussi encourir le reproche d'être indiqués par le caprice d'un malade fantasque et répondant mal.

Les astigmatismes par contracture intense et durable ont seuls une valeur nosographique et peuvent être rapprochés des autres contractures permanentes, persistant même pendant le sommeil.

H. Paralysie de l'accommodation hystérotraumatique.

Insuffisance accommodative.

Faiblesse irritative de l'accommodation.

La paralysie de l'accommodation semble pouvoir arriver indépendamment de la mydriase, quoique, dans les affections organiques, cette dissociation semble à peine pouvoir se rencontrer.

Un certain degré de parésie accommodative est un phénomène banal dans l'hystérie ; le muscle ciliaire, le plus délicat peut-être, le plus impressionnable en tout cas de l'organisme humain, doit réagir comme un vrai galvanomètre sous l'influence d'une névrose qui se caractérise par l'existence de la diathèse d'amyosthénie. Même dans les cas de spasme accommodatif, de blépharospasme intense, l'amplitude d'accommodation est réduite au plus haut point, et en conséquence l'œil hystérique a une incapacité de travail des plus caractéristiques.

Tout travail prolongé un peu fin, couture, lecture, est impossible ; les essais d'éloignement ou de rapprochement du livre n'aboutissent qu'à démontrer l'*insuffisance accommodative*.

Il y a une combinaison de parésie et de spasme de l'accommodation caractéristique pour l'hystérie, où tantôt le spasme et tantôt la paralysie prend le dessus. Nous retrouvons ce même mélange dans les spasmes et paralysies des muscles extrinsèques de l'œil que nous avons étudiés autrefois et qui ont dérouté les observateurs, qui n'y comprenaient plus rien. L'hystérie seule est capable de caprices semblables où se jouent, pour ainsi dire, de vraies gammes dans lesquelles la diathèse de contracture et la diathèse d'amyosthénie intercalent des *piano* et des *forte* incessamment changeants.

Les troubles de l'accommodation peuvent donner le soupçon de la diathèse hystérique d'autant plus facilement qu'ils en sont souvent le premier symptôme révélateur. Témoin le cas de notre hystérique mâle G. L., qui commença la série de ses stigmates par une mydriase avec paralysie de l'accommodation.

Notre cas ne serait pas unique, car nous venons d'en trouver un autre fort curieux et bien digne d'être mis en parallèle.

M. Grollmann publie son observation sous le titre de « Blessure oculaire suivie d'une paralysie de l'accommodation des deux yeux se terminant par une névralgie du trijumeau et une névrose traumatique généralisée¹. »

Un homme de 47 ans reçut sur l'œil *gauche*, en novembre 1890, un morceau de fer qui causa une blessure cornéenne superficielle. Photophobie intense qui persiste malgré la guérison rapide de la blessure. Une névralgie susorbitaire s'établit. En décembre, la vision de l'œil *droit* s'obscurcit. *Paralysie absolue de l'accommodation des deux yeux.* Champs visuels normaux ; images ophtalmoscopiques normales. Pupilles petites réagissant promptement à la lumière et à la convergence. La névralgie gauche s'exaspère et persiste jour et nuit. Tout essai de travail augmente les douleurs qu'aucun remède ne calme. Amélioration momentanée après une resection du nerf.

Un an après l'accident, tout essai de travail fait encore réapparaître les douleurs, bien que la région du nerf reséqué soit absolument anesthésiée. La paralysie accommodative va un peu mieux. La vue est un peu améliorée. L'auteur reconnaît ici la *névrose cornéenne* (Corneal-Neurose), dont Mooren dit que sa guérison peut n'arriver qu'au bout de trois ou quatre ans.

En été 1892, mêmes plaintes ; le malade semble neurasthénique. *Anesthésie complète de la main gauche*, qui est plus froide que la droite et plus frileuse aussi, anesthésie ne correspondant à l'innervation d'aucun nerf. Réflexes normaux. Pas d'autres désordres sensibles ou moteurs. *Léger tremblement des doigts.*

¹ Augenverletzung mit nachfolgender doppelseitiger Accommodationslähmung, Trigeminusneuralgie und schliesslicher allgemeiner *traumatischer Neurose*. Dr Grollmann in Flensburg. *Zeitschrift für praktische Ärzte*, 1^{er} janvier 1896.

En octobre 1895, la paralysie de l'accommodation a disparu, mais l'anesthésie de la main persiste; cette main n'en est pas moins aussi habile que l'autre. Névralgie dans toute la tête; douleurs térebantes aux tempes et à la nuque, exaspérées par la plus petite dose d'alcool. Craint le bruit et les rues populaires. La moindre conversation lui rompt la tête. *Insomnie* persistante; tristesse angoissée.

Dans ce cas si étrange, qu'on doit faire rentrer dans l'hystérie, *la paralysie de l'accommodation a commencé par l'œil sain*. L'anesthésie de la main gauche à limites étranges, les insomnies, l'incapacité absolue de travail, les douleurs térebantes mal localisées, le changement de caractère, le tremblement de la main, la paralysie passant au côté non traumatisé, tout cela appartient à l'hystérie traumatique, et pas n'est besoin de parler, comme son auteur, de cette névrose traumatique spéciale qui a hanté les cerveaux allemands.

Un auteur a parlé au Congrès international d'ophthalmologie à Edimbourg d'un hystérotraumatisme oculaire où, après une contusion du thorax, survint une paralysie accommodative sur le côté opposé¹.

La paralysie du muscle ciliaire peut être reproduite assez facilement par la suggestion². Chibert a trouvé 38 cas de paralysies hystériques de l'accommodation qui mirent à guérir une, deux ou même quatre années.

I. Mydriase hystérotraumatique.

La dilatation pupillaire peut être un des symptômes précurseurs de l'éclosion des stigmates de la névrose, et peut aussi persister comme symptôme isolé, assez

¹ Grollmann (*loc. citat.*)

² Donath. Hysterische Pupillen- und Akkommodationslähmung durch hypnotische Suggestion geheilt. — *Wien. Med. Presse*, n° 1, 1892.

longtemps pour former un type d'hystérie monosyptomatique.

La mydriase hystérique est si peu connue, que presque toujours elle donne lieu à des erreurs de diagnostic, et est méconnue tant que d'autres stigmates n'ont pas apparu. Dans le cas de notre hystérique mâle G. L., et dans notre cas de pseudo-méningite hystérique, la mydriase consécutive à l'atropinisation est devenue symptôme persistant. Nous avons été si impressionné par ce symptôme, que nous n'osons plus guère atropiniser les hystériques, d'autant plus que la même mésaventure est arrivée à un de nos confrères.

La mydriase hystérique ressemble en tous points à la mydriase atropinique, comme c'était le cas pour la malade de M. Hirt (v. page 125), où « les pupilles assez larges ne réagissaient ni à la lumière ni à l'accommodation ».

Cette mydriase se présentant comme pour nos deux malades et celle de M. Hirt, avec du nystagmus ou d'autres symptômes cérébraux, est bien propre à faire admettre une affection organique, méningite ou apoplexie.

M. Claude vient de publier¹ un cas d'apoplexie hystérique avec hémianesthésie droite, *dilatation des pupilles et perte des réflexes pupillaires*. Quand ces différents symptômes eurent disparu, on put reproduire tous ces phénomènes par la suggestion.

La mydriase peut arriver d'emblée, sans atropinisation, après un léger traumatisme, témoin le cas suivant :

¹ Société médicale des hôpitaux de Paris, du 29 nov. 1895. *Semaine médicale*, 4 déc. 1895.

Mlle E. M., ouvrière horlogère, âgée de 21 ans, reçoit un léger coup sur l'œil droit le 3 décembre 1895. Le 5 décembre, elle me consulte pour une *mydriase de degré moyen*; réactions pupillaires abolies. Il existe une sensibilité subjective de toute la région susorbitaire droite, avec des plaques d'anesthésie frontale droite. La mydriase n'est expliquée ni par le traumatisme ni par une médication.

7 décembre. — Je constate une *hémianesthésie droite* qui n'existe pas le jour précédent. L'œil gauche est emmétrope et a une acuité visuelle normale; l'œil droit est hypermétrope et a une vue de $\frac{4}{10}$. La cornée droite est absolument insensible; champ visuel rétréci, surtout à droite; boule hystérique typique; *épiphora très marqué à droite*; *diplopie monoculaire bicolore* pour l'œil droit spontanément indiquée; une image rouge est vue à droite et en bas; l'image blanche à gauche est plus haute :

Il y a une *micropsie* très nette pour les images de l'œil droit, *l'image rouge étant vue plus petite encore que l'image blanche*. Un O est vu comme deux anneaux entrant l'un dans l'autre et dont celui de droite est rouge. Un V est vu comme un W dont la moitié droite est rosée. La mydriase qui a effrayé la malade diminue nettement par la suggestion plus encore que par l'ésérine que je commence à instiller le 11 décembre.

12 décembre. — Oeil droit : hypermétropie 0^D, 5, vue, $\frac{6}{10}$; 13 décembre, vue, $\frac{8}{10}$; la diplopie monoculaire diminue de netteté; l'image rouge (une flamme vue à 5 mètres) se rapproche et se rapproche de l'autre pour se fusionner en une image légèrement rose.

Pendant tout ce temps, l'interposition de verres de couleur ne change en aucune façon la diplopie ni les couleurs des images. Pupilles de grandeur normale.

16 décembre. — Pas de diplopie; l'œil droit voit encore rose.

28 décembre. — Tout est normal; les deux yeux sont emmétropes et ont une acuité visuelle normale.

La mydriase peut accompagner *le blépharospasme*, comme dans le cas de Da Fonseca¹.

¹ Da Fonseca. Ceguiara hysterica monocular quasi absoluta do mesmo hado da ovaria. *Archivo ophtalmotherapico da Lisboa*, mars-avril 1881. Blépharospasme tenace, mydriase maximale, perte de la réaction à la lumière pendant trois mois, guérison par la métallothérapie.

J. Spasme d'accommodation hystérotraumatique.

Le spasme d'accommodation accompagne parfois l'hémispasme facial ou le blépharospasme, ou peut arriver isolément à la suite d'un traumatisme.

Le spasme d'acccommodation est indiqué par Leber¹ chez un jeune garçon qui, à la suite d'un léger coup sur l'œil gauche, présenta tous les stigmates de l'hystérie, que cet auteur ne reconnut cependant pas.

Dans nos cas, nous avons surtout vu la diminution de l'amplitude d'accommodation, spasme pour la vision à distance et parésie pour la vision de près.

Le spasme d'accommodation hystérique isolé simule une vraie *myopie* et son caractère spécial est de ne pas supporter de verres correcteurs.

K. Contractures diverses hystérotraumatiques.

Les contractures hystériques peuvent, par suite de traumatismes oculaires, gagner n'importe quel muscle du corps, soit par essaimage, soit pour ainsi dire par contagion de proche en proche. Notre hystérique mâle, G. L., a eu, comme la malade de M. Hirt, une contracture des lombes, puis un pied équin. Il suffit de connaître l'hystérie pour savoir qu'une fois la névrose confirmée, elle peut pénétrer n'importe où².

¹ Leber. Reflexe Amblyopie (op. citat.), *Arch. für Ophth.*, XXVI, p. 249.

² *La paralysie de tous les muscles de l'œil, intrinsèques et extrinsèques, paralysie de l'iris et de l'accommodation*, peut accompagner la diplopie monoculaire. Röder. *Zur Kasuistik der Hysterie. Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, p. 361, 1891. — Pick. *Wien. Klin. Woch.*, V, p. 445, 1892. — *L'ophthalmoplegie externe* peut n'exister que pour les mouvements consciens : Raymond et Koenig. *Dissociation des mouvements oculaires chez les hystériques. Annales d'oculistique*, CVI, p. 5, 1891.

Phénomènes visuels des hystérotraumatismes oculaires.

A. La vision rouge ou érythropsie hystérique.

La vision rouge ou érythropsie hystérique est un des symptômes très rarement cités dans les observations concernant la grande névrose. Il serait cependant facile de démontrer que c'est surtout parce qu'il a passé généralement inaperçu. Il m'a suffi, en effet, pour le prouver, de rechercher non pas l'érythropsie dans les observations d'hystériques, mais plutôt les hystériques dans les observations concernant l'érythropsie, en d'autres mots, d'étudier l'érythropsie non classée ou attribuée à mille causes réflexes aussi disparates que possible.

L'érythropsie doit être considérée comme un stigmate hystérique au même titre que tel ou tel stigmate sensitif ou moteur, — bien qu'elle ne puisse être différenciée de la vision rouge provenant simplement de l'aphakie, — et non pas comme un symptôme nerveux banal pouvant arriver par des causes diverses chez toutes sortes d'individus, ainsi qu'on l'a considérée jusqu'ici. Mon but est ici d'élever ce symptôme à la hauteur d'un stigmate, et je puis conclure en ces termes : Quand on rencontre l'érythropsie, surtout lorsque des causes physiques d'éblouissement n'existent pas comme facteur causal, il faut toujours penser à l'hystérie, l'érythropsie pouvant être le seul symptôme de l'hystérie fruste ou monosymptomatique.

M. le Dr Emile Berger¹ disait, en parlant des hallucinations colorées de la vue chez les hystériques : « Quant aux sensations subjectives des couleurs, il faut surtout penser à l'érythropsie, qui semble cependant très rare (Purtcher) et n'apparaît que le soir sous forme d'accès. Nous-même avons eu l'occasion de l'observer chez une vieille demoiselle hystérique, fiancée depuis douze ans, sans espoir de voir jamais aboutir ses projets de mariage. Le soir, elle voyait à plusieurs reprises autour d'elle un grand cercle rouge et demandait à son entourage s'il n'y avait point de feu. »

Mais ce phénomène passe si peu pour un symptôme hystérique, que M. Gilles de la Tourette n'en fait pas mention dans son grand Traité de l'hystérie, paru de 1891 à 1895.

L'érythropsie appartient surtout à l'hystérie traumatique et, dans quatre de nos cas sur six, nous avons mentionné ce symptôme, entre autres deux fois après des catastrophes de chemin de fer, chez des jeunes filles jouissant d'une acuité visuelle normale, parfaitement emmétropes, et ne présentant aucune prédisposition physique — colobome ou aphakie — à l'éblouissement rétinien.

Jusqu'à un certain point, tout homme normal, à certains moments, peut avoir la vision rouge. On dit *voir rouge* pour exprimer ces états de grande excitation, dans la colère, par exemple; les romanciers disent : *un voile de sang* lui passa devant les yeux. Ces comparaisons montrent bien que c'est une vision rouge psychique et non une vision rétinienne; ainsi

¹ Berger. Les maladies des yeux et leur rapport avec la pathologie générale. Paris, 1892, p. 132.

le langage ordinaire exprime déjà cette notion d'érythropsie psychique par opposition à l'érythropsie rétinienne, que nous pouvons artificiellement nous procurer en restant sur un glacier ou un champ de neige exposé au soleil, sans la protection de verres fumés.

Ces deux érythropsies sont identiquement perçues par l'homme, qui n'y voit pas de différence, mais n'ont guère que cela de commun entre elles, pas plus qu'une contracture hystérique et une contracture de cause organique. Charcot avait déjà cette impression¹ qu'il fallait ranger la vision colorée des hystériques au nombre des phénomènes psychiques subjectifs.

En étudiant la bibliographie de l'érythropsie, on trouve, d'une part, des opérés de cataracte nerveux ou non, et, d'autre part, des nerveux presque uniquement; ce sont ceux-là que je puis revendiquer pour les faire rentrer dans le cadre de l'hystérie, qui seule peut expliquer leur mode de production, de guérison, et les mille variations qu'on ne pourrait comprendre autrement sans jeter sa langue aux chiens et sans se torturer le cerveau par des hypothèses toutes contradictoires.

Steinheim² décrit un cas d'érythropsie chez une dame de 60 ans, *très nerveuse*, présentant des *symptômes hystériques* en même temps qu'un colobome de l'iris et de la rétine; *il la guérit avec du bromure de potassium*. M. le professeur Pflüger³ a eu une opérée de cataracte *hystérique* qui voyait rouge quand

¹ Charcot. Les troubles de la vision chez les hystériques. *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1878.

² Steinheim. Zur Casuistik der Erythropsie. *Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, fev. 1883, p. 44.

³ Pflüger. Bericht über die Universitätsklinik. Bern, 1883, p. 49.

elle étendait du linge; dans un autre cas, il s'agissait d'un homme de 44 ans *excessivement irritable*. Dimmler¹ a décrit le cas d'une jeune fille chez laquelle la *vision rouge se manifestait dans la chambre et cessait au grand jour, apparaissait à la suite d'éclats de rire* ou quand elle s'était énervée par une danse prolongée.

Purtscher² a vu des cas d'érythropsie chez des *non aphaques tous nerveux*, qui se plaignaient de voir des nuages et d'avoir des douleurs dans les yeux; l'auteur attribue ces symptômes à un état nerveux. M. Berger³ a vu un étudiant des plus nerveux qui, après une blessure minime de la pommette de la joue par un coup de rapière, fut si épouvanté qu'il fut pris d'attaques d'érythropsie du même côté, bien que l'œil n'eût absolument pas été atteint. Chez cet étudiant névropathe, la frayeur seule après un traumatisme produisait ces attaques de vision rouge. C'est un cas d'érythropsie hystérotraumatique qui cadre bien avec nos trois cas.

M. Dufour⁴ concluait de plusieurs observations que l'érythropsie était un mal central avec une hyperesthésie générale de tout le système nerveux. Simi⁵ était étonné d'avoir pu guérir la vision rouge de quelques malades *à l'aide de verres rouges*. Or, nous savons par M. Fétré⁶ que les verres rouges ont une

¹ Dimmler. Zur Erythropsiefrage. *Wien. med. Wochenschrift* n° 15, 1883.

² Purtscher. Zur Frage der Erythropsie. *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, 1885, p. 48 et 72.

³ E. Berger. Ein Fall v. Erythropsie. *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, mai 1885.

⁴ Dufour. Sur la vue rouge. *Annales d'oculistique*, t. XCIX, p. 135.
— Sur la vision rouge. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 avril 1888.

⁵ Simi. Eritropsia. *Bullet. d'ocul.*, XI, p. 35.

⁶ Fétré. Soc. de biologie, avril 1886.

action remarquable sur l'achromatopsie hystérique et la guérissent parfois.

M. Valude¹, dans un excellent article, sépare bien les érythropsies des opérés de cataracte de ceux d'une autre nature, mais il n'ose pas en faire un stigmate hystérique. Il cite le cas d'une femme de 37 ans qui fut prise *d'attaques d'érythropsie nocturne* qui la prenaient, quand elle se réveillait croyant à un incendie. Elle présentait un *rétrécissement du champ visuel*; *nervosisme accentué*. Sa seconde malade nous paraît tout aussi hystérique, bien que la cause occasionnelle semble être l'aphakie postopératoire de la cataracte; « l'attaque d'érythropsie la plus vive fut causée par un interrogatoire et l'impression vive qu'elle en ressentit » malgré un temps pluvieux; « la malade sentait le sang lui monter à la tête, éprouvait des bouffées de chaleur avant l'accès; les lunettes fumées très foncées, les verres à fente sténopéique n'empêchent pas l'attaque d'érythropsie qui commence toujours par un sentiment de chaleur au visage et une sueur soudaine à la tête ». C'est une attaque hystérique vaso-motrice aussi nette que possible, et non pas seulement une attaque due à l'excitation physiologique après le repas, comme le croit M. Valude. Une autre fois, c'est une émotion morale qui produit un accès. Les dernières attaques se produisent sous la forme d'*hémiérythropsie supérieure*, c'est-à-dire que le champ visuel de la malade lui apparaissait partagé en deux par une ligne horizontale. La moitié supérieure était rouge, la moitié inférieure était jaunâtre. Le segment supérieur vu en rouge diminua

¹ Valude. L'érythropsie. *Archives d'ophtalmologie*, 1888, p. 130.

progressivement par en bas. C'est donc comme dans la guérison du rétrécissement du champ visuel.

Benson¹ a décrit un cas semblable d'hémiérythropsie de la moitié supérieure du champ visuel. M. Valude croit que ces faits parlent contre une origine centrale qui n'explique pas ces hémiopies horizontales par l'anatomie du cerveau. Mais l'hystérie se moque bien de l'anatomie des régions, comme Charcot l'a démontré!

M. le professeur Panas cite le cas² d'une dame nerveuse atteinte de goître exophthalmique (dont on connaît les relations avec l'hystérie), qui prenait des attaques d'érythropsie quand elle entrait dans une certaine chambre jaune. M. Van Duyse³ remarque aussi que les érythropsiques non aphaques sont presque tous des femmes, sujets nerveux et hystériques. Toutefois, quand le nervosisme se joint à l'aphakie, comme dans l'observation de Valude, on peut dire que les deux causes se surajoutent. Steiner⁴ cite une dame hystérique qui fut prise brusquement d'érythropsie au retour d'une promenade qui n'avait rien présenté de particulier. Meyhöfer⁵ rapporte qu'une dame fut prise d'érythropsie *avant* l'opération de la cataracte du seul œil qui lui restait, par frayeur de rester aveugle; l'érythropsie cessa quand elle sut

¹ Benson. On Erythropsia in Aphakia. *The opht. Review.*, déc. 1883, p. 361.

² Cité par Valude.

³ Van Duyse. Deux cas d'érythropsie. *Revue générale d'ophtalmologie*, t. IV, 1885.

⁴ Steiner. Zur Kenntniss der Erythropsie. *Wien. med. Presse*, 1882, n° 42.

⁵ Meyhöfer. Zur Frage der Erythropsie Aphakischer. *Klin. Monatsbl. für Augenh.*, mai 1884.

que l'opération avait donné un bon résultat. Les observations pourraient remonter jusqu'au moyen-âge ! Ne savons-nous pas que sainte Catherine de Sienne, cette grande hystérique si bien étudiée par M. Gilles de la Tourette, voyait l'hostie colorée en rouge ?

M. Koubli¹ cite des observations de trois femmes très nerveuses qui virent tout rouge après un jeûne prolongé. Or, nous savons que le jeûne religieux et les macérations produisent pas mal d'hystériques. Hilbert² rapporte un cas d'érythropsie centrale comme un phénomène de fatigue, et plus tard³ il raconte qu'une *hystérique*, effrayée par un orage nocturne, se mit tout à coup à voir tout rouge; il a vu un malade⁴ atteint d'érythropsie binoculaire passagère après une colère, et se répétant après chaque émotion vive, tant de l'œil opéré que du non opéré. Cet auteur concluait à une érythropsie de cause centrale.

Preuves de l'origine centrale de l'érythropsie hystérique.

Contrairement à la majorité des auteurs et surtout des ophtalmologistes, et d'accord avec Charcot, Dimmler, Benson et Hilbert, nous croyons que la vision rouge des hystériques est d'origine centrale, qu'elle est toute psychique⁵ et non rétinienne. Slizi⁶

¹ Koubli. Quatre cas d'érythropsie. *Revue russe d'opth.*, 1887, mai-juin.

² Hilbert. *Zehender's Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1884, p. 403.

³ *Idem.* 1891, p. 389, érythropsie hystérique sur un œil intact.

⁴ *Idem.* 1886, p. 483.

⁵ M. M. Dufour cite les *présages sanglants*, d'après Tite Live, observés lors de la 2^{me} guerre punique, 210 ans avant J.-C.; serait-ce de l'érythropsie hystérique occasionnée par la frayeur de la guerre ?

⁶ Slizi. *Bemerkungen über die Erythropsie-Frage. Klinische Monatsbl. für Augenheilk.*, 1886, p. 259.

disait que l'érythropsie monoculaire ne pouvait être centrale ; mais, encore une fois, c'est ne pas connaître l'hystérie que de vouloir raisonner l'atlas d'anatomie en main. La grande névrose a ses régions anatomiques à elle, que le scalpel ne peut suivre et que la clinique seule démontre, témoin les limites d'anesthésie des membres en forme de gigot, témoin les monoplégies partielles d'une seule articulation.

Dans nos cas, la vision rouge était accompagnée de photophobie et de troubles psychiques sensoriels et moteurs d'origine évidemment centrale.

Hughlings Jackson¹ mentionne des cas d'*érythropsie intense* arrivant en attaques, *coïncidant avec l'atrophie papillaire*. Dans l'épilepsie, cet auteur a étudié une aura érythropsique avec hémiopie et migraine ; donc la cause est centrale dans cette forme d'érythropsie et, qu'il s'agisse d'épilepsie vraie ou d'hystéro-épilepsie, la déduction est la même. Il cite le cas d'une jeune fille de 16 ans, tourmentée par des vers intestinaux, qui fut prise d'attaques d'érythropsie, puis de convulsions consécutives ; donc cause centrale aussi. J'ai prouvé que ces réflexes intestinaux n'étaient puissants que chez les hystériques, si sensibles à toute cause réflexe. De même dans le cas de Valude, où des troubles digestifs suffisaient pour donner la vision rouge. Robertson² a aussi étudié cette vision rouge coïncidant avec des troubles purement centraux, tels que l'aphasie et l'hémiplégie.

Pour prouver l'origine centrale de l'érythropsie, nous donnerons un dernier argument tiré de nos cas de

¹ Hughlings Jackson. *Ophth. Hosp. Rep.*, VIII, p. 331 à 343. Coloured vision in Amaurosis and Epilepsy.

² Robertson. Epileptic. Aphasie and Hemiplegie and coloured vision. *Brit. med. J.*, 1874, p. 515,

diplopie monoculaire bicolore : notre hystérique mâle G. L., et M^{lle} E. G., qui présentaient une hémiérythropsie (comme nous appelons l'érythropsie monoculaire par analogie avec les expressions d'hémianesthésie, pensant qu'en matière d'hystérie il faut distinguer surtout les deux côtés du corps), hémiérythropsie présentant un phénomène que nous n'avons trouvé décrit nulle part : *la diplopie monoculaire à deux couleurs, une image étant rouge et l'autre blanche*. Il est évident qu'avec une diplopie monoculaire bicolore, la théorie rétinienne ne tient pas debout et : *ab uno disce omnes!* Mais on nous reprochera de n'avoir que quatre cas de ce genre et on dira : *exemplum unum, exemplum nullum!* Aussi sommes-nous heureux de retrouver une lettre de notre maître, M. le professeur Pflüger¹, de Berne, avec cet alinéa : « Le professeur Sahli (professeur de médecine interne à l'Université), me parlant de votre cas de diplopie monoculaire hystérique, a vu un exemple où une des images était rouge et l'autre de couleur normale. » Nous donnerons plus loin, en parlant spécialement de la diplopie monoculaire, l'observation de M. Sahli que nous devons à son obligeance.

L'analogie avec les diverses achromatopsies des hystériques qui fusionnent en blanc le rouge et le vert, couleurs complémentaires qu'ils disent cependant ne pas voir, montrent bien que ces troubles sont psychiques et ne doivent pas être rapportés à l'organe périphérique. C'est en 1892 et 1893, à la Société neuchâteloise de médecine, puis au Congrès

¹ Lettre personnelle de M. le professeur Pflüger, de Berne, du 30 mars 1892.

international de Rome, que nous avons émis premièrement ces opinions.

Rappelons la lettre si remarquable d'observation psychologique que nous devons à M^{lle} E. G. (voir page 134 et 135), qui rappelle que la vision rouge existait dans ses rêves, que sa diplopie monoculaire bicolore existait pour elle les yeux fermés quand elle pensait à tel objet par la vision mentale. « Les objets des hallucinations¹ sont, dit M. Gilles de la Tourette, vus rouge assez fréquemment » ; et là la rétine n'y est certes pour rien ! Le rouge est la couleur qui persiste en dernier lieu chez les hystériques² dans l'examen du champ visuel qui est la projection de la diathèse hystérique centrale sur la rétine, celle-ci jouant le rôle d'organe de perception comme un aethésiomètre très sensible, vrai galvanomètre pour l'hystérie.

Le point de départ de l'hallucination est toujours du côté anesthésié, dit Charcot³, et chez notre malade, M^{lle} E. G., sa vision mentale lui faisait voir rouge du côté anesthésié.

Rappelons enfin que l'on peut reproduire l'érythropsie par la suggestion hypnotique chez des hystériques atteints de cécité acquise⁴.

Nous concluons donc que l'érythropsie est un symptôme absolument psychique, comme le rétrécis-

¹ Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, t. I, 2^{me} partie, p. 56, 1895.

² Nous avons vu une seule fois une jeune fille présentant un fort rétrécissement du champ visuel et de l'achromatopsie, dire qu'elle voyait tout de couleur argent.

³ Charcot. *Troubles de la vue chez les hystériques*. *Progrès médical*, janvier 1878.

⁴ E. Berger décrit une érythropsie chez une aveugle hystérique atteinte d'atrophie des nerfs optiques. — Accès d'érythropsie chez une aveugle. *Revue gén. d'opht.*, p. 65, 1893.

sement du champ visuel, l'achromatopsie, les hallucinations, et que la rétine ne joue dans ce symptôme qu'un rôle nul dans la grande majorité des cas, et dans quelques faits rares l'éblouissement rétinien n'est qu'un facteur prédisposant à l'éclosion de cette aberration visuelle.

B. Diplopie monoculaire hystérotraumatique.
Polyopie monoculaire bicolore. Son origine centrale.

La diplopie monoculaire a été surtout décrite chez les hystériques¹ et M. Parinaud² a le premier attiré l'attention sur ce symptôme. Cet auteur pensait que cette diplopie a son siège dans l'œil lui-même, qu'elle est produite par un trouble de réfraction et n'est pas due à une aberration sensorielle d'ordre nerveux. M. Parinaud croyait que cette diplopie est toujours accompagnée de spasme accommodatif³ et qu'elle n'existe qu'en deçà ou au-delà de la distance pour

¹ 1878. Galezowski. *Progrès médical*, n° 3.

1880. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 431.

Nagel's Jahresbericht, 1881, p. 477-478; 1882, p. 542; 1884, p. 678; 1889, p. 474; 1891, p. 412, Thompson, *Ophth. Review*, p. 280, diplopie monoculaire double chez un hystérique après un accident de chemin de fer; 1892, p. 545; 1894, p. 471.

1892. Panas. Troubles oculaires d'origine hystérotraumatique. *Méd. moderne*, 10 mars. (Diplopie monoculaire chez des hommes.)

1894. De Schweinitz. Concerning monocular diplopia. *Transact. of the amer. Soc.*, 30th meeting, p. 233. (Diplopie monoculaire chez un homme hystérique après un accident de chemin de fer.)

² Parinaud. Polyopie monoculaire dans l'hystérie et les affections du système nerveux. *Annales d'oculistique*, t. LXIX, p. 218, 1878. — De l'anesthésie rétinienne, — Académie de médecine de Bruxelles, 1886.

³ Mengin (note sur un phénomène subjectif produit par un astigmatisme myopique composé. *Recueil d'opht.*, p. 7, 1882) a décrit une diplopie monoculaire due à un astigmatisme de 1D.

laquelle l'œil est accommodé. La segmentation du cristallin expliquerait ce phénomène. A vrai dire, il nous est impossible de comprendre cette explication d'un symptôme qui ne pourrait être reproduit expérimentalement (dans l'œil artificiel, par exemple), et cette théorie tombera d'elle-même du reste après la lecture de nos cas; à elle seule, la présence de deux couleurs par les images de la diplopie monoculaire suffirait à montrer l'origine corticale de ce phénomène.

Nous avons vu, du reste, que la diplopie monoculaire peut coexister avec la mydriase et la paralysie accommodative. (Cas de notre hystérique mâle, voir pages 76, 79 et 86. Voir aussi le chapitre concernant la mydriase.) L'opinion de G. Bull¹, voulant que la diplopie monoculaire soit due au plissement de la cornée comprimée par les paupières atteintes de blépharospasme ne doit être mentionnée ici que pour la curiosité. Si la diplopie² disparaissait par l'interposition de verres concaves, d'écrans, par l'instillation d'atropine, c'est seulement par suggestion, comme on voit parfois l'acuité visuelle des hystériques augmenter en leur donnant un verre quelconque, blanc ou coloré, concave ou convexe. La diplopie monoculaire est parfois masquée par l'amblyopie³.

Nous croyons avoir établi l'existence d'une diplopie monoculaire *bicolore* qui n'avait jamais été décrite et

¹ D.-G. Bull, de Paris. Bulletin du congrès de la Société française d'ophtalmologie, 1891. Très intéressant travail à d'autres égards.

Lid pressure on the Cornea, by D.-G. Bull. *Transactions of the 8th international Ophthalmological Congress* held in Edinburgh August 1894, p. 107.

² Barrat. Polyopie monoculaire. Thèse de Bordeaux, 1888.

³ Duret cite une diplopie monoculaire après commotion cérébrale du centre visuel cortical. *Annales d'oculistique*, CVI, p. 299, 1891.

qui, existant dans plusieurs de nos cas, trouve encore sa confirmation dans celui de M. le professeur Sahli; cette diplopie monoculaire a donc été étudiée à double, sans que, de part ni d'autre, nos observations nous eussent été communiquées. Ces faits se contrôlent et se confirment mutuellement.

M. le professeur Sahli vient d'avoir l'obligeance de me faire part de ce cas de diplopie monoculaire bicolore, qui corrobore tellement mes observations que je ne résiste pas à l'envie d'en donner l'histoire détaillée.

Il s'agit d'une jeune servante neuchâteloise, S. S., âgée de 19 ans, admise en septembre 1888 dans le service de médecine interne de l'Université de Berne pour des attaques hystériques avec grands mouvements pendant lesquels elle tombait à terre sans connaissance. *Anesthésie absolue généralisée* pour les différents modes de la sensibilité, douleur, tact, chaleur, etc., avec des variations considérables; même la tête est complètement anesthésiée. Les paumes des mains ont généralement seules conservé leur sensibilité. Les attaques de trismus sont arrêtées par des pulvérisations de chlorure de méthylène. Outre les grandes attaques hystériques, la malade présente aussi des attaques d'aphonie que guérit le courant faradique. Anesthésie de la cornée. Anosmie absolue. *Rétrécissement moyen du champ visuel*: pour l'œil droit, 30° en dehors, 25° en dedans; pour l'œil gauche, 40° en dehors, 35° en dedans; après les attaques hystériques, le rétrécissement devient beaucoup plus marqué: 10° dans les différents méridiens. *Diplopie monoculaire persistante*. Bonne acuité visuelle pour les deux yeux. Pas d'achromatopsie. Perte du sens musculaire pour la jambe droite, tandis que la cuisse gauche reprend parfois sa sensibilité.

La malade fut opérée par le professeur Kocher pour une strumite; l'incision de la peau ne fut pas perçue par la malade, qui n'était pas endormie; on dut cependant la chloroformer à la fin de l'opération parce qu'elle était agitée, tout en étant absolument insensible au scalpel.

26 novembre. La diplopie monoculaire à une distance de fixation de 6 à 8 centimètres existe aux deux yeux également. En présentant un porte-crayon noir devant l'œil droit et en le tenant en position verticale, la malade dit voir un crayon vert à droite et un crayon rouge à gauche; en plaçant l'objet horizontalement, l'image inférieure est bleue et l'image supérieure devient rouge.

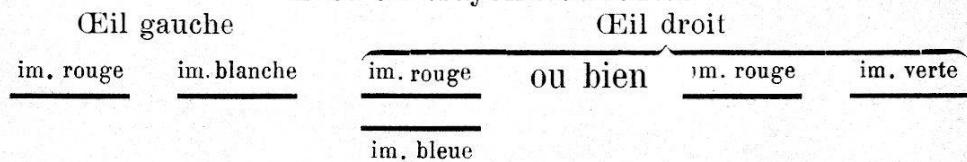
Si c'est l'œil gauche qui regarde le crayon disposé verticalement, la malade indique une image jaune à droite et une image rouge à gauche; dans la position horizontale, il y a un crayon blanc à droite et un rouge à gauche placés parallèlement et horizontalement. Tout de suite après, un second examen de l'œil droit donne, en plaçant le crayon dans l'horizontale, une image verte et une image rouge, la verte à droite, la rouge à gauche, en déplacement horizontal; le crayon étant vertical donne une image verte à droite, une rouge à gauche, toutes deux parallèles dans la verticale.

Diplopie monoculaire bicolore du 26 novembre.

Avec un crayon vertical



Avec un crayon horizontal



27 novembre. La diplopie monoculaire persiste aux deux yeux; avec l'expérience du crayon, on obtient exactement les mêmes réponses que le jour précédent.

28 novembre. Réponses de nouveau toutes semblables. La distance des images est la même.

29 novembre. Diplopie identiquement indiquée.

1^{er} décembre. **Œil gauche.** Dans la position verticale du crayon, la malade indique les rapports des doubles images comme le

26 novembre; dans la position horizontale, la blanche est en bas, la rouge est en haut; *les deux images sont superposées l'une à l'autre et non plus placées parallèlement*. La réponse de la malade est la même si le crayon est placé obliquement, les deux images étant obliques, la rouge plus haute que la blanche.

Œil droit. Dans la position verticale du crayon, on a les mêmes données que dans le second examen du 26 novembre; dans la position horizontale, l'image rouge est en haut, l'image verte est en bas, ces deux images étant superposées et non plus juxtaposées.

Diplopie monoculaire bicolore du 1^{er} décembre.

Avec un crayon vertical



Avec un crayon horizontal



Avec un crayon oblique



13 décembre. Si l'on place un verre rouge ou bleu devant l'œil de la malade, les réponses ne changent aucunement, et les nuances colorées de la diplopie monoculaire bicolore n'en sont pas influencées; les couleurs des images sont, avec ou sans verre bleu ou rouge, absolument les mêmes.

2 janvier 1889. Mêmes réponses dans l'examen de la diplopie monoculaire des deux yeux. L'intercalation des verres colorés n'influence pas plus les couleurs des images que précédemment.

29 janvier. **Œil droit.** Un crayon placé devant l'œil à 8 centimètres de distance est vu double comme suit :

Dans la position horizontale du crayon, on a une image jaune en haut, une image rouge en bas, ces deux images étant placées parallèlement et horizontalement. Dans la position verticale du crayon, on obtient une image bleue à droite, une image rouge à gauche, les deux étant parallèles et verticales.

L'interposition d'un verre rouge ou bleu n'influence ni la position, ni la couleur, ni le nombre des images.

Œil gauche. Dans la position horizontale, on a une image jaune en haut, une image rouge en bas, ces deux images étant parallèles et horizontales; des verres colorés intercalés n'influencent la diplopie en aucune façon.

Diplopie monoculaire bicolore du 29 janvier.

Avec le crayon dans l'horizontale

Œil gauche

im. jaune

im. rouge

Œil droit

im. jaune

im. rouge

Avec le crayon dans la verticale

Œil gauche

A l'œil nu

im. verte

im. rouge

Avec un verre coloré

im. rouge

im. verte

Œil droit

im. rouge

im. bleue

Dans la position verticale du crayon, on obtient une image rouge à droite et une image verte à gauche, toutes deux verticales et parallèles.

Un verre bleu ou rouge interposé donne deux images parallèles et verticales, mais avec transposition des couleurs, l'image rouge étant à gauche et l'image verte étant à droite.

21 mars. L'examen de la diplopie monoculaire, en tenant le crayon à 8 centimètres de distance, donne les résultats suivants :

Pour l'œil droit : en position *verticale* du crayon, on obtient une image bleue à droite et une image rouge à gauche; en position *horizontale*, une image rouge en haut et une image verte en bas.

Pour l'*œil gauche* : en position *verticale* du crayon, on a une image rouge à droite et une image jaune à gauche ; en position *horizontale*, une image verte en haut et une image rouge en bas.

Diplopie monoculaire bicolore du 21 mars.

Avec un crayon horizontal



Avec un crayon vertical



M. le professeur Sahli m'écrit¹ en m'envoyant cette observation si curieuse, qui corrobore si bien mes conclusions précédentes : « Les réponses de la malade concernant sa diplopie monoculaire étaient tellement hors de la norme, qu'on ne pouvait conclure qu'à un désordre psychique n'obéissant à aucune règle, à moins d'admettre que tout était simulation, ce qui n'était certes pas le cas, car dans tout le cours de son hystérie, la malade ne fut jamais convaincue de mensonge. De tous les cas de diplopie monoculaire hystérique que j'ai pu observer jusqu'ici, il n'y en a eu aucun où je n'aie été forcé d'admettre l'explication psychique de ce symptôme. Presque *dans tous ces cas*, on pouvait observer qu'en présentant un crayon placé verticalement au sujet, ce dernier voyait deux crayons verticaux et parallèles ; quand le crayon était hori-

¹ Lettre du 7 janvier 1896.

zontal, la diplopie donnait deux images horizontales superposées — phénomène qui doit par conséquent être d'origine psychique. »

Ces malades ne sont jamais troublés dans leur travail ou ennuyés par leur diplopie monoculaire. M. Sahli¹ pense en trouver la raison dans le fait que la diplopie n'existe pas dans son cas que pour la vision à courte distance. Nous ne sommes pas de son avis, ayant aussi fait la remarque que la diplopie monoculaire hystérique n'était pas non plus gênante pour les malades présentant ce phénomène à n'importe quelle distance. C'est parce que cette diplopie est un symptôme psychique, qu'elle n'est pas une cause de trouble visuel, pas plus qu'une cécité hystérique ne procure d'embarras à ceux qui en sont victimes.

La diplopie monoculaire peut devenir un signe précieux pour le diagnostic de l'hystérie, par exemple pour différencier un pseudo-tabes hystérique d'une ataxie locomotrice progressive. La polyopie monoculaire est en effet signalée dans plusieurs cas de pseudo-tabes hystérique; ce symptôme diagnostique est d'autant plus important que, dans des cas difficiles, les plus illustres s'y sont trompés, témoin le cas de Petit², où Charcot, Séé, Dujardin-Beaumetz, Ball, Laboulbène, Durand-Fardel, avaient posé le diagnostic d'ataxie vraie. L'achromatopsie, le rétrécissement du champ visuel, les diplopies passagères par contractures des

¹ Lettre personnelle du 15 janvier 1896.

² Petit. Ataxie locomotrice progressive, myélite parenchymateuse des cordons postérieurs datant de six années, guérie subitement, à Lourdes, le 20 août 1889. *Annales de N.-D. de Lourdes*, 22^{me} année, livraisons 8^e, 9^e, et 10^e. — M. Pitres a prouvé (Du pseudo-tabes hystérique, *Gaz. méd. de Paris*, 20 septembre 1890) qu'il s'agissait ici de pseudo-tabes hystérique.

muscles oculaires et la polyopie monoculaire sont dans ces cas les symptômes qui mettent sur la voie du diagnostic le médecin, tout désorienté de trouver l'incoordination motrice, les douleurs gastriques et fulgurantes, la parésie vésicale, l'abolition des réflexes, signes presque pathognomoniques de la lésion des cordons postérieurs.

La diplopie monoculaire bicolore est certainement hystérique et ce phénomène deviendra un signe diagnostique infaillible et d'autant plus précieux que certaines diplopie monoculaires, tout en étant centrales, sont la conséquence de lésions organiques.

Adams¹ a vu chez une jeune fille hystérique, après un coup sur la tête, survenir une diplopie monoculaire. Ce cas n'est pourtant pas absolument probant, car la diplopie pouvait n'être pas quand même le symptôme d'une lésion organique. Ord a vu deux cas pareils : un jeune garçon de treize ans qui, outre un strabisme convergent, présentait une diplopie monoculaire des deux yeux, montra à l'autopsie une hémorragie du ventricule latéral. Abercrombie² a vu une jeune fille de dix ans présenter une diplopie monoculaire de l'œil droit en même temps qu'une névrite optique et une parésie du droit externe et chez laquelle on trouva un abcès dans les lobes pariétal et occipital.

S'agirait-il, dans ces cas, d'associations morbides organiques et psychiques ? Brailey a vu une diplopie monoculaire dans l'ataxie locomotrice associée à une paralysie du droit externe ; Fitzgerald a vu ce symptôme de la diplopie monoculaire dans des cas d'hyper-

¹ Adams. Unocular diplopia. *Brit. med. Journ.*, oct. 1881, p. 667.

² Société ophthalmologique du Royaume-Uni, 1881.

métropie et d'asthénopie. Target¹ a vu une diplopie monoculaire précéder l'atrophie papillaire syphilitique chez un homme de 56 ans, avec mydriase, paralysie de l'externe, abolition du réflexe rotulien droit.

Ce phénomène peut n'exister que pour une région limitée de l'œil : Nettleship a publié un cas de diplopie monoculaire limitée à la moitié inférieure du champ visuel droit. Juler et Nettleship l'ont observée limitée à la périphérie du champ visuel, du côté où l'oculomoteur externe était paralysé.

Comme dans certains des cas sus-indiqués, elle s'accompagne souvent de la paralysie de l'oculomoteur externe : Ord a vu un homme de 28 ans hémiasthésique avec rétrécissement du champ visuel, amblyopie, *quadriplolie monoculaire*, et parésie des deux droits externes, sans lésions ophtalmoscopiques. Anderson et Gunn² ont vu une diplopie monoculaire accompagnée d'une paralysie du droit externe chez un syphilitique qui avait des attaques avec perte de connaissance.

Barrest³ a publié un cas de diplopie monoculaire causée par une balafre passant par le centre de la cornée.

Dans le cas de M. Badal (*loc. cit.*), cette diplopie est aussi mentionnée.

La diplopie peut devenir une polyopie aux images nombreuses. Ulrich⁴ a observé une polyopie qui faisait voir au malade les personnes dans la rue six fois et

¹ Uniocular diplopia. *Brit. med. J.*, I, p. 1151.

² Anderson and Gunn. Nervous disease and monocular diplopia. *Brit. med. J.*, 1884, p. 955.

³ Barrest. *Journ. of anat. and Physiol.*, XIX, p. 97, 1884.

⁴ Ulrich. Intermittirender Spasmus einer Musc. rect. inf. auf hysterischer Basis. *Zehender's klin. Monatsbl. für Augenh.*, juillet 1882.

plus. Notre cas de M^{lle} G. L. était tout semblable. Dans plusieurs de nos cas, la diplopie existait à toute distance, tandis que M. Parinaud pense qu'elle n'existe guère qu'à la distance de 10 à 15 centimètres.

La diplopie monoculaire coïncidait aussi avec la mydriase dans notre cas de pseudo-méningite hystérique (voir p. 66).

Vaut-il la peine de réfuter les auteurs pensant à la simulation ?

Pourquoi ces malades se seraient-ils donné le mot pour décrire le même symptôme, dont personne ne leur a parlé, se servant des mêmes termes et trouvant d'eux-mêmes la diplopie bicolore ?

Brunswig¹ pensait qu'il s'agissait d'auto-suggestion. En tout cas cette suggestion est aussi inconsciente que spontanée.

Nous avons du reste reproduit la diplopie monoculaire très facilement par la suggestion hypnotique.

Ce phénomène est plus anciennement connu qu'on ne pense, car dans les vieux auteurs on le trouve mentionné en passant, alors qu'on connaissait l'hystérie à peine de nom, et nous comprenons alors divers miracles attribués à tel ou tel moyen thérapeutique, l'acupuncture, par exemple. Nous trouvons dans le Traité de l'Acupuncture, de Jules Cloquet², des observations de strabisme, de troubles de la vision, de cécité, guéries subitement par ce moyen, pourtant bien inoffensif, et dans chacune de ces observations la triplopie est indiquée.

¹ Brunswig. Diplopie monoculaire. *Recueil d'opht.*, p. 468, 1889.

² Traité de l'Acupuncture, par Jules Cloquet et Dantu de Vannes, 1826. Jules Cloquet est le plus ancien chirurgien qui ait utilisé l'anesthésie hypnotique pour opérer. Mais cet auteur ne connaissait cependant pas les manifestations hystériques.

Obs. 14. Céphalalgie compliquée de strabisme et d'un grand trouble de la vision, paupières de l'œil droit convulsivement contractées, strabisme en dedans de l'œil droit. Vue presque abolie; *le malade voyait trois images l'une à côté de l'autre*, entourées d'épais brouillards. Cloquet enfonce une aiguille dans la tempe, et dix minutes après le strabisme cesse, la vue revient, la triplolie disparaît, le blépharospasme cède; en retirant l'aiguille, il ne s'écoule pas une goutte de sang. — Obs. 66. Cécité chez une hystérique de 21 ans, figure bleue et bouffie, guérie par acupuncture. — Obs. 67. Objets multipliés un grand nombre de fois dans leurs images; polyopie monoculaire guérie par le même moyen. — Obs. 77. Triplolie guérie par le même moyen en peu de minutes.

On peut faire ici des diagnostics rétrospectifs assez curieux; il n'y a rien de nouveau sous le soleil, pas même la diplopie monoculaire hystérique.

C. Micropsie et mégalopsie hystérotraumatiques.

L'image de l'œil atteint d'amblyopie hystérique est souvent indiquée comme plus petite que celle de l'œil normal, et nous avons surtout rencontré la micropsie avec la diplopie monoculaire; l'image rouge de la diplopie monoculaire semblait plus petite que la blanche; évidemment que ce symptôme est, comme l'érythropsie et la diplopie, d'essence purement psychique. Les exemples que nous en avons donné le prouvent absolument.

Donders¹ disait déjà que les impulsions accommodatives sont insuffisantes pour expliquer la micropsie.

La micropsie peut se rencontrer aussi bien avec la parésie² qu'avec le spasme de l'accommodation, dont

¹ Die Stereoskopie. XVIII. *Verhandl. der ophth. Gesellschaft*, 1886, p. 82.

² Duvén. *Reflex micropsia*. *Arch. ophth.*, XXI, p. 375, 1892.

elle est indépendante. Benson¹ a publié un cas de micropsie accompagnant une mydriase avec parésie accommodative.

D. Photophobie hystérotraumatique.

La photophobie peut être une forme de l'hyperesthésie hystérique et n'est pas rare après les traumatismes. En recherchant les photophobies réflexes, on trouve à tout instant des preuves qu'il s'agit d'hystériques. La photophobie intense succédant à des traumatismes insignifiants doit faire penser à la névrose. Elle fait partie du tableau des hystérotraumatismes oculaires. Nous l'avons notée avec le blépharospasme et le nystagmus.

E. Rétrécissement du champ visuel, amblyopie, scotome², hémianopsie³ et cécité hystérotraumatiques.

Ces phénomènes sont marqués dans les hystérotraumatismes oculaires au plus haut degré, et il nous suffit de renvoyer le lecteur à nos observations.

Phénomènes sensibles des hystérotraumatismes oculaires.

A. Les névralgies susorbitaires traumatiques sont si fréquentes chez les hystériques, qu'elles forment un contingent notable des cas opérés à tort, puisque

¹ Benson. A case of monocular micropsie. *Ophth. Review*, 1881, p. 230.

² Ayres. Some phases of hysterical Amblyopia. *Am. J. of. Ophth.*, p. 335, 1893.— Baguis. Amaurosi isterotraumatico. *Annali di ottalm.*, XXII, p. 12, 1893.

³ Badal. Neurasthénie, hémianopsie consécutives à un accident de chemin de fer. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 16, 1893.

la suggestion est ici bien plus puissante que le scalpel. Le cas de Leber déjà cité est un exemple type d'une névralgie hystérique méconnue et consécutive à une légère contusion oculaire. Ici les fautes de diagnostic sont innombrables.

B. *La perte du sens musculaire*, que nous avons étudiée le premier¹, explique en bonne partie l'impossibilité qu'ont les hystériques de se servir de leur accommodation et leur maladresse à tourner leurs yeux pour regarder dans telle ou telle direction ou pour converger.

C. *Les anesthésies de la cornée et des paupières*, sont connues dès longtemps. En 1611, Fontaine, médecin et conseiller du roi, dans son traité dédié à la reine : *Des marques des sorciers et de la réelle possession que le diable prend des hommes*, indique déjà l'anesthésie des paupières. Carré de Montgeron² note l'amblyopie et l'anesthésie hystériques : « Lorsqu'on mettait le doigt dans l'œil, la paupière ne branlait pas. »

Phénomènes psychiques des hystérotraumatismes oculaires.

A. *Sexuels*. Rien ne peut mieux donner une idée du bouleversement psychique que l'hystérie traumatique peut amener chez ces victimes que le cas de notre horloger G. L., qui avait perdu son sexe, qui était devenu un eunuque véritable, comme on l'a vu aussi pour le malade de M. Badal. Le sens sexuel était absolument aboli chez ces deux hommes ; la

¹ *Archives d'ophtalmologie*, janvier 1887.

² Carré de Montgeron. *La vérité des miracles*, 1745.

sécrétion spermatique était tarie. L'être moral tout entier en était changé. Chez les femmes nos blessées de Zollikofen, deux d'entre elles ont fait les mariages les plus absurdes qu'il soit possible.

B. *Le caractère* des hystérotraumatisés est modifié complètement, en mal sur tous les points. Nos malades avaient des cauchemars affreux, avec perte du sommeil, des angoisses de jour comme de nuit. Oppenheim et Thomson¹, qui ont inventé la *névrose traumatique*, voulaient que la névrose consécutive aux traumatismes donnât aux malades un caractère gai, et ils en faisaient un signe diagnostique entre leur maladie d'une part, et l'hystérie qui donne une dépression mélancolique d'autre part.

Nos cas montrent bien qu'il n'y a pas d'hystérie spéciale, que l'hystérie est une et indivisible, comme le dit M. Brissaud, et que la maladie d'Erichsen n'est qu'un double nom bien inutile; c'est parce qu'on ne connaît pas l'hystérie masculine qu'on a eu recours à une ou plusieurs névroses hypothétiques. Le cadre de l'hystérie est assez large pour les embrasser toutes.

L'influence du traumatisme est toute psychique; le traumatisme n'a pas de valeur nosographique en lui-même. Nous l'avons bien vu chez notre hystérique mâle G. L., chez lequel la lésion, à peine digne de ce nom, a cependant bouleversé ce pauvre homme corps et âme.

L'écriture de ce malade, si dissemblable dans sa période hystérique et après sa guérison (voir p. 87 et 88), montre qu'il y a eu transformation de tout l'individu moral et que son hystérie en a fait un autre individu;

¹ Archives de Westphal, XV, 2 et 3.

ce procédé graphique introduit dans l'étude du caractère des hystériques un grand élément de précision.

On peut reproduire artificiellement¹ ces variations de la personnalité dans le somnambulisme provoqué. Ferrari, Héricourt et Richet², se basant sur cette idée que l'écriture est sous la dépendance directe des états passagers ou permanents de la personnalité, au même titre que le geste, firent des expériences afin de s'assurer si un sujet endormi auquel on suggérait différentes personnalités, ne présenterait pas des modifications de l'écriture en rapport avec la personnalité suggérée. Les résultats ont confirmé leurs prévisions. Les *fac similia*³ de Varinard et de Richet sont impayables : la même dame à qui on suggère qu'elle est Harpagon, prend une écriture d'avare accomplie; si on lui dit qu'elle est Napoléon, elle aura une écriture absolument autre.

Pronostic.

Si le pronostic des hystérotraumatismes oculaires est bénin quant à l'issue, il est grave quant à la durée et tous les cas de notre étude en donnent la preuve. Il s'agit souvent d'années pour fermer le cycle de la maladie. Chez les hommes, les hystérotraumatismes sont spécialement tenaces, et ne sont en aucun rapport avec l'intensité de la lésion.

Les phénomènes vaso-moteurs hystériques peuvent-ils laisser une trace durable de leur passage? M. Au-

¹ L'hypnotisme scientifique. Dr Crocq, Paris 1896. Rapport au ministère de l'Instruction publique.

² Richet. La personnalité de l'écriture. *Revue philosophique*, 1886, p. 414.

³ *Paris-Graphologie*, avril 1887.

guste Dufour¹ pense que, dans le cas d'une jeune femme de 22 ans, les troubles vaso-moteurs de son hystérie pouvaient avoir causé la paralysie périodique nucléaire des 3^{me}, 6^{me} et 7^{me} paires.

Ce serait cependant, croyons-nous, faire fausse route que de vouloir admettre une altération matérielle dans les amblyopies et cécités hystériques, comme a essayé de le démontrer récemment² M. Kniess, qui voudrait que les troubles visuels hystériques fussent dus à une compression des fibres périphériques du nerf optique, au resserrement du trou optique; cette compression serait due, d'après cet auteur, à un trouble cérébral de l'innervation vaso-motrice.

Admettre que l'hystérie est un trouble vaso-moteur cérébral ou spinal, c'est prendre l'exception pour la règle; si l'hystérie est caractérisée, entre autres symptômes par la diathèse vaso-motrice (Gilles de la Tourette), ce serait renverser le char que de prétendre que les troubles vaso-moteurs sont cause des manifestations hystériques. L'hystérie est une maladie psychique et toute explication anatomique et physiologique de ses symptômes ne sert qu'à embrouiller la question. Par quel trouble vaso-moteur M. Kniess expliquera-t-il les spasmes, les anesthésies d'un secteur de la cornée? Les anesthésies et les paralysies d'une seule articulation, avec limites circulaires en manchon d'amputation, ne seront jamais expliquées par un trouble vaso-moteur de tel ou tel nerf, pas

¹ A Dufour. Paralysies nucléaires des muscles des yeux. *Thèse de Berne*, 1890, p. 37.

² Kniess, prof. d'ophtalmologie à l'Université de Fribourg-en-Brisgau. — Les troubles visuels centraux unilatéraux et leurs relations avec l'hystérie. *Annales d'oculistique*, janv. 1894.

plus qu'on ne pourra trouver le nerf vaso-moteur qui permet d'arrêter un blépharospasme par la compression de telle ou telle vertèbre !

C'est l'hystérie qui fait les troubles vaso-moteurs et non les troubles vaso-moteurs qui font l'hystérie. En conséquence, le pronostic de ces affections doit être favorable, puisque la fonction seule est lésée et que l'organe est presque toujours intact.

Traitemen^t des hystérotraumatismes oculaires.

L'hystérie étant une maladie psychique, son traitement doit être exclusivement psychique. Grâce aux prédispositions spéciales des hystériques, qu'on appelle la diathèse de contracture, la diathèse d'amyosthénie et la diathèse vaso-motrice, ces malades ne supportent aucun choc opératoire; même les traumatismes les plus insignifiants et même les chocs « physiologiques » (amauroses hystérotraumatiques dues à l'accouchement, Renley, Mathieu et Weber), peuvent faire éclater des troubles graves; la moindre intervention opératoire *a fortiori* peut être funeste à ces sensitifs. Un bandeau occlusif sur un œil peut déterminer un blépharospasme, un pansement compressif y joindra l'amaurose, comme le bandage le plus banal entourant une articulation ou un membre peut conduire à une contracture qui, une fois établie, ne peut plus être enlevée et n'est plus dans la puissance du médecin. Si un effort, une saignée a suffi pour déterminer une amaurose ou une paralysie, si l'ouverture d'un abcès¹ a pu amener une hystérie grave avec troubles tro-

¹ Cas de Chantemesse. *Société médicale des hôpitaux*, mars 1890.

phiques, hyperhidrose locale, une intervention opératoire sur une manifestation hystérique déjà établie sera mille fois plus contre-indiquée.

Le long martyrologue des hystériques, commencé dès l'antiquité, se continue de nos jours ; les médecins les plus distingués, les chirurgiens les plus audacieux et les plus habiles ont fait plus de mal aux hystériques que tous les charlatans non diplômés et vendeurs d'orviétan, qui avaient au moins l'avantage de faire inconsciemment de la médecine suggestive.

Dans le traitement de l'hystérie, il faut oublier les notions anatomiques, abandonner les recherches audacieuses que les maladies organiques supportent si facilement ; sur ces sensitifs, qui ont l'*idiosyncrasie des traumatismes*, toute intervention mécanique et surtout sanglante a les plus grandes chances d'exaspérer les contractures, de faire donc essaimer les manifestations de la diathèse. Lorsque la chirurgie a agi favorablement, ce n'est que par suggestion et malgré le traumatisme infligé à l'organisme qui, par exception, l'aura toléré. Il suffit de connaître, d'une part, l'influence énorme des traumatismes comme facteur producteur d'hystériques et leur importance numérique dans la statistique, et, d'autre part, de savoir que l'hystérie traumatique, c'est l'hystérie grave, pour mettre au ban du traitement des affections hystériques toute intervention chirurgicale quelle qu'elle soit. Et ce qui est vrai pour l'hystérie en général l'est doublement pour le groupe des hystéries traumatiques ; j'ajouterai : et par dessus tout pour les hystérotraumatismes oculaires qui frappent l'organe le plus sensible du corps, celui d'où la névrose peut prendre son point de départ pour rayonner sur tout l'organisme comme une conta-

gion, et, d'autre part, l'organe¹ qui a une idiosyncrasie pour l'hystérie, qui est atteint par elle presque sans exception, puisque le rétrécissement du champ visuel sans lésions ophtalmoscopiques est presque pathognomique de l'hystérie.

Le principe médical *primum non nocere* s'applique surtout à l'hystérie et ici la chirurgie, même la petite chirurgie, est nuisible. Combien plus la grande chirurgie a-t-elle de véritables crimes à se reprocher; les plus habiles, les plus audacieux sont, par une curieuse contradiction, les plus dangereux dans le domaine qui nous occupe. Deux chirurgiens parisiens, dont la France aurait tort de s'enorgueillir, MM. Péan et Richelot², grands chevaliers du scalpel, ont sévi sur les névrosés de leur service hospitalier, et sur le *vulgam pecus* des hystériques du sexe féminin, avec une ardeur digne d'une meilleure cause. Ce sont eux qui ont prôné la castration, croyant faire la cure radicale de l'hystérie! qui enlevaient ces pauvres ovaires comme siège du mal, croyant détruire l'agent hystérique de leurs victimes! Et à peine la zone hystérogène ovarienne enlevée, une autre zone renaissait ailleurs ou sur la cicatrice, et les chirurgiens comprenaient seulement alors qu'ils avaient voulu saisir l'insaisissable et opérer une maladie de pure essence psychique..., ce qui ne les empêchait pas de recommencer!

¹ En parlant du larmoiement hystérique (v. p. 107), nous avons déjà insisté sur les insuccès opératoires de la chirurgie du canal lacrymal et de la glande lacrymale.

² Richelot. Soc. de chirurgie, nov. 1892. Congrès français de chirurgie, 1891. Péan cité par Pichevin. Des abus de la castration chez la femme. Thèse de Paris, 1889, *Union médicale*, sept. 1893.

Pourquoi n'enlèverait-on pas systématiquement les testicules des hommes hystériques qui ont de la testiculie, la boule hystérique, le clou hystérique, pourquoi ne pas réséquer les arthralgies et coxalgies hystériques, comme on l'a fait parfois à la suite d'erreur de diagnostic? Ce sont les ovaires et les seins (pour le sein hystérique) qui ont été enlevés avec la plus désastreuse fréquence, sans honte et sans remords, surtout par des opérateurs américains, Sims¹ en tête; Goodell² conseille même sérieusement l'ablation des ovaires chez toutes les folles, et dans tous les cas de masturbation, d'éclampsie et d'épilepsie! Passons sous silence les interventions malpropres et inavouables de Braun, à Vienne; de Friedreich, à Heidelberg, prônant la clitoridectomie. Au Congrès de 1881, on rapporte 62 ovariotomies de Battey chez des hystériques, sur lesquelles il y eut huit cas mortels. Lawson Tait a aussi eu des morts. On finit par enlever l'utérus lui-même! Quels enrages!

Parfois on a amputé des membres hystériques contracturés..., et la contracture passait de l'autre côté! J'ai vu moi-même en Suisse un de ces derniers cas.

Les oculistes américains ont eu la naïveté de publier dans leurs Revues des cas d'opérations de blépharospasmes³; plus ils disséquaient et enlevaient de

¹ Sims. *Hystero-Epilepsy. Seven cases cured by surgical treatment.* *Amer. Journ. of obstetrics*, juillet 1893.

² Tissier. *De la castration en chirurgie.* Thèse de Paris, 1885, p. 18.

³ Ce sont aussi les plus grands maîtres qui ont péché en opérant à tort des hystériques, et pour ne remonter qu'au plus grand de tous, je citerai de Gräfe qui, dans tout autre domaine ophtalmologique, semblait impeccable.

M. de Gräfe présentait à la Société médicale de Berlin (voyez les rapports des séances des 16 déc. 1863 et 6 avril 1864), une malade chez laquelle le *blépharospasme cessait rapidement lorsqu'on*

fragments de l'orbiculaire, plus la contracture devenait tenace tant qu'il restait une fibre capable de

comprimait le point situé au-dessous de l'alvéole de la dernière molaire inférieure. On pratiqua en arrière de la dernière alvéole une incision pénétrant jusqu'à l'os, mais sans modifier le blépharospasme; ayant alors constaté qu'en comprimant le nerf sous-orbitaire et la branche temporale du malaire, on diminuait notablement le spasme, on procéda à la section de ces nerfs. Le spasme s'arrêta presque complètement, mais il réapparut quinze jours après. La section du nerf dentaire inférieur faite par la bouche réussit enfin à faire cesser le blépharospasme qui, quatre jours après, ne s'était pas reproduit.

C'est dommage que l'on n'ait pas la suite, car les opérateurs auraient été bien étonnés de retrouver le spasme de l'autre côté ou sur le siège même de l'opération. Ces opérateurs semblent des enfants qui cherchent à saisir la lune ou des chats qui courrent après une ombre!

Il est vrai que de Graefe ne pouvait guère savoir qu'il existait des blépharospasmes hystériques. Mais, actuellement, ces faits qui se reproduisent chaque jour ne sont plus permis!

Mitchel a aussi opéré un blépharospasme; le résultat fut que le spasme se propagea aux muscles du cou et des bras; il disparut avec l'extirpation de plusieurs dents cariées (!)... Et voilà pourquoi votre fille est muette! dirait Molière.

De Graefe avait déjà observé certains cas où l'écartement forcé des paupières dans le blépharospasme pouvait amener des convulsions épileptiformes (*Archiv für Ophthalmologie*, t. I, p. 440). De Graefe, qui avait étudié avec soin les *points de compression* du blépharospasme, ne comprenait pas pourquoi tantôt la pression sur ces points augmentait le spasme, tantôt le faisait disparaître. Il décrivait, sans s'en douter, tous les lieux d'élection des zones spasmogènes et spasmofrénatrices de l'hystérie localisée aux paupières.

De Wecker ayant remarqué que ces spasmes palpébraux arrivaient de préférence chez les femmes nerveuses, conseille de ne recourir à la névrotomie que dans les cas extrêmes, mais cet auteur ne reconnaissait pas l'hystérie comme un facteur masqué par les affections réflexes (*Traité complet d'ophtalmologie*, par de Wecker et Landolt, t. I, p. 154).

C'est Romberg qui mit en honneur la névrotomie systématique pour guérir les blépharospasmes. Dieffenbach sectionna tous les muscles atteints de contractions spasmoidiques. Lazarus (*Wien. med. Presse*, 1872, p. 43), prône aussi ces délabrements néfastes. Gerold (*Caspar's Wochenschrift*, n° 23, 1843), qui avait fenêtré la paupière supérieure en face de la pupille de l'œil atteint de blépharospasme, trouve même des imitateurs de nos jours, hélas!

Les mauvais exemples sont contagieux. Nous avons consulté les observations originales de ces cas opératoires dont les auteurs se vantent naïvement d'avoir trouvé enfin le point à opérer, le vrai filet nerveux qui devait être coupé; c'est un incompréhensible dédale de

suppléer à celles qu'ils venaient de détruire. Ces chirurgiens, qu'on cite comme des Erostrates¹, y ont

considérants anatomiques et d'explications où ne manque que la bonne, celle de l'hystérie.

Dans la plupart des observations, nous avons trouvé indiqués les stigmates les plus typiques de la névrose incomprise. De même qu'il y a les syphilis ignorées, qui sont les malignes, il y a les *hystéries ignorées*, qui sont aussi les pires, grâce au chirurgien dont le zèle néfaste fait d'une affection fugitive et locale une maladie tenace et généralisée.

Nous avions signalé les dissections totales de l'orbiculaire mises à la mode par les oculistes américains. Nous ne pouvons résister à citer un exemple de ce genre pris dans le *Practitioner*, de 1886, et intitulé : *Rapport d'une dissection entière du muscle orbiculaire de la paupière inférieure pour guérir un entropion*. « Une jeune fille de 23 ans reçue au Manhattan Hospital, en 1885, y resta quinze mois pendant lesquels on lui fit trois ténotomies des droits externes, deux opérations pour entropion, deux opérations pour l'ectropion et une cantholysis. Une énucléation après diverses iridectomies assouvit seule la rage opératoire des malfaiteurs qui la soignaient. »

« Un *blépharospasme intense* s'était déjà établi à l'âge de deux ans, *lors de la dentition*, et Critchett, de Londres, lui fit alors deux ténotomies. A 18 ans, elle perdit la vue de l'œil droit (amaurose hystérique, semble-t-il) et fut énucléée. Un *blépharospasme* de l'autre œil, *sans raison apparente*, détermina un *entropion spasmodique* de la paupière inférieure ; tous les moyens violents exaspéraient le spasme. Webster et Agnew, à New-York, firent des cantholysis qui ne firent qu'empirer l'état. Webster excisa une partie du muscle orbiculaire, soit 7 millimètres, sur toute la largeur. La force contractile du muscle n'en paraissait qu'augmentée ! La paupière persistait à se tourner en dedans (*sic!*). »

Trois semaines après, dissection entière du même muscle. Webster dit n'en avoir laissé aucun vestige ; tout cela sans anesthésique, probablement par suite d'hémanesthésie hystérique. On fit ensuite une série d'opérations pour l'ectropion consécutif ! A peine la malade avait-elle quitté l'hôpital que « le muscle excisé regagna sa force primitive et qu'un nouvel entropion se produisait ! » Les stigmates hystériques ne manquaient pas ici : « point sensible à la 7^{me} vertèbre cervicale dont la pression amenait des nausées ». Un vésicatoire sur ce point améliora l'état de la malade qui, de l'aveu de ses chirurgiens, était hystérique. Les mois suivants, nouvelle série d'opérations. (*Hysterical Closure of the eyelids. Practitioner*. Août 1886, p. 94.) L'auteur revendique la priorité pour l'excision de tout le muscle orbiculaire. Grand bien lui fasse, et puisqu'il tient à la publicité, nous aurions tort de lui refuser celle qu'il mérite !

¹ Battey, le grand « castrateur » américain, vient de mourir le 8 novembre 1895. Il est difficile de suivre le précepte : *De mortuis nihil nisi bene !*

mis une inconscience et une vanité incomparables. Rien n'égale leur étonnement naïf quand ils racontent que le spasme augmentait encore alors qu'ils avaient enlevé, raclé, excisé, cureté largement et la paupière supérieure et la paupière inférieure; ils se demandaient quel démon pouvait bien se cacher là-dessous. Il faudrait pouvoir envoyer ces chirurgiens, aussi tenaces qu'ignorants, tant ceux de Paris que ceux de New-York, apprendre à Notre-Dame de Lourdes comment on y guérit sans tant de façons les contractions et paralysies hystériques! Je me rappelle y avoir envoyé — alors que j'étais chef de clinique à Paris, chez mon éminent maître M. Landolt, — une religieuse atteinte d'ambylopie et d'astigmatisme hystériques. «Comment! vous qui êtes protestant, vous m'envoyez à Lourdes!» me dit-elle. C'était justement pour cela que je l'y envoyais, car sa foi en était décuplée, aussi revint-elle guérie radicalement la même semaine.

Les chirurgiens qui ont opéré des hystériques ne comprenaient pas pourquoi l'hystérie était plus forte qu'eux tous et que, s'ils avaient voulu venir à bout du malade, ils auraient dû amputer une jambe après l'autre; quand ils auraient fait d'un hystérique un cul-de-jatte, il aurait encore fallu poursuivre les stigmates jusqu'au dernier des viscères!

Et dire que l'on fait la castration chez des jeunes filles et des femmes hystériques à la fin du dix-neuvième siècle dans les services hospitaliers des grandes villes, que ce sont les victimes elles-mêmes qui la réclament! les chirurgiens profitent du droit que la Faculté donne à ses diplômés depuis Molière¹: le *jus*

¹ Le malade imaginaire.

coupandi, seignandi, perçandi, taillandi et occidendi impune per totam terram! M. Gilles de la Tourette fait justice de ces « hommes de l'art » dans son dernier volume¹ avec une grande autorité.

Les anciens y mettaient au moins de la logique; ils brûlaient les Urbain Grandier, les Gauffridi, les démoniaques et possédées qui étaient les mêmes hystériques, les mêmes malheureux que nous voyons de nos jours avec les mêmes stigmates, les mêmes souffrances, les mêmes hallucinations, la même symptomatologie; au moins comme cela pas une des zones hystérogènes ne pouvait en réchapper!

Les hystériques pourront dire: la médecine! plus ça change, plus c'est la même chose pour nous; et la médecine peut renvoyer à la chirurgie ce dicton qui doit nous rendre modestes: « Médecine, pauvre science; malades, pauvres victimes; médecins, pauvres savants », puisque Lourdes dame le pion à la Faculté! La meilleure médecine n'est-elle pas celle qui soulage, le meilleur médecin² celui qui guérit?

¹ *Op. citat*, 3^{me} volume, p. 530.

² Voir le travail remarquable de M. Charcot: La foi qui guérit, *Revue hebdomadaire* n° 28, 3 déc. 1892. M. Pitres a publié: Deux cas de paralysie hystérique traités et guéris par l'administration de pilules de bleu de méthylène, *Archives cliniques de Bordeaux*, juillet 1894. « C'est la foi qui guérit, dit-il, et c'est elle qu'il importe de savoir faire naître avec ou sans pilules. » Tout médecin sait l'influence immense qu'a la confiance que son malade possède en lui sur l'issue de toute intervention.

CONCLUSIONS

1^o Les hystérotraumatismes oculaires sont souvent méconnus et plus fréquents que les statistiques ne le font croire.

2^o L'érythropsie, l'hémiérythropsie, l'astigmatisme spastique, la diplopie monoculaire, le strabisme spastique, le nystagmus, la mydriase, l'épiphora avec hémihyperhidrose faciale, l'hémispasme oculo-glosso-labié, peuvent chacun exister isolément et constituer une forme d'hystérie traumatique monosymptomatique.

3^o Les phénomènes visuels tels que l'érythropsie, la diplopie monoculaire et les symptômes vaso-moteurs comme l'épiphora et l'hémihyperhidrose faciale, ne peuvent être compris qu'en leur donnant une origine centrale (corticale) et non rétinienne, cristalliniennne ou périphérique.

4^o Les hystérotraumatismes oculaires appartiennent le plus souvent aux formes graves de l'hystérie, même chez les individus n'ayant jamais présenté auparavant de symptômes nerveux. C'est surtout le cas des formes dues aux catastrophes, collisions de chemins de fer (Railway-Spine des Anglais).

5^o Le strabisme hystérotraumatique est le même que le strabisme artificiel provoqué par la suggestion hypnotique.

6^o On peut *reproduire artificiellement par la suggestion même les phénomènes vaso-moteurs des hystérotraumatismes*, puisque nous sommes arrivés à

déterminer un larmoiement abondant et une hémi-hyperhidrose tant par l'asthénopie provoquée (jet de lumière, lecture prolongée) que par la suggestion hypnotique (en disant au sujet que ce phénomène va se produire). Il vaut mieux ne suggérer que les phénomènes somatiques cités à la deuxième conclusion que d'essayer de reproduire les symptômes visuels et psychiques des hystérotraumatismes, les hypnotisés pouvant être dans ces derniers cas taxés de faire de la simulation et l'expérience accusée de jonglerie n'emportant aucune conviction.

7^o Un hystérotraumatisme oculaire minime peut donner lieu à une hystérie généralisée de longue durée, même chez l'homme (mâle) dans la force de l'âge.

Ces légers accidents oculaires, arrivés sans avoir même effrayé le malade, peuvent avoir pour conséquence une incapacité de travail de plus d'une année quand l'hystérie s'en mêle, surtout chez l'homme (mâle), et être suivis de perte du sens sexuel, de tremblement généralisé avec contractures diverses et anesthésies sensibles, sensorielles, perte du sommeil, testiculie, apparition de zones spasmogènes, myopie, mydriase et photophobie de longue durée.

8^o La kopiopie hystérique provoquée produit ses symptômes dans l'ordre d'intensité croissante suivante :

- A) *micropsie* ;
- B) *diplopie monoculaire à images bicolores de plus en plus séparées et de plus en plus nettes et de hauteur variable dans l'horizontale* ;
- C) *érythropsie ou hémiérythropsie* ;
- D) *amblyopie* pouvant finir par une *amaurose absolue* ;

- E) *épiphora* avec parésie des vaso-constricteurs cutanés du visage; commencement d'œdème bleu-rouge de Charcot;
- F) *hémihyperhidrose faciale* pouvant arriver au ruisseaulement de sueur;
- G) *la mydriase*, avec *parésie de la pupille*, peut arriver, mais n'est pas constante.

9^o Les phénomènes vaso-moteurs externes, causes de l'épiphora et de l'hémihyperhidrose faciale, peuvent gagner les membranes internes de l'œil et faire croire à une affection organique, surtout dans les cas d'ophthalmoplégie interne hystérique et dans la pseudo-méningite hystérique.

10^o Au point de vue thérapeutique, toute opération est contre-indiquée, et c'est la diathèse de contracture qu'il faut combattre, et non la localisation accidentelle qu'affecte la maladie.

APPENDICE

Ce travail, après avoir été soumis à la Société des sciences naturelles de Neuchâtel et à la Société médicale neuchâteloise, avec présentation de notre hystérique mâle, a été lu au Congrès international de médecine à Rome, le 3 avril 1894, et a été l'objet d'une discussion prolongée que nous résumons d'après le compte-rendu analytique que M. le Dr Sulzer, de Genève, en a donné dans les *Annales d'oculistique*, numéro de mai 1894, page 366 :

« M. le prof. Hirschberg, de Berlin, qualifie d'imaginaire le rétrécissement concentrique du champ

visuel des hystériques, car ce rétrécissement peut atteindre un très fort degré sans que les malades soient gênés dans l'orientation. Il nie également l'existence de la diplopie monoculaire d'origine nerveuse.

« M. Sulzer. — La diplopie monoculaire hystérique est due, d'après moi, à la contraction partielle du cristallin; c'est là un symptôme des plus caractéristiques et des mieux connus. En ce qui concerne l'achromatopsie totale, l'examen du sens coloré à l'aide des pigments devrait être complété par l'examen spectroscopique.

« M. le prof. Pflüger, de Berne, s'étonne également qu'on puisse nier la réalité de la diplopie monoculaire, du strabisme et des changements vaso-moteurs, comme symptômes de l'hystérie.

« M. de Bono, de Palerme, communique l'histoire d'une hystérie traumatique qui confirme les observations de Borel.

« M. Businelli, de Rome, cite également des observations personnelles qui montrent d'une manière irréfutable la justesse de vue de M. Borel.

« M. le prof. Parisotti, de Rome, trouve aussi que M. Hirschberg a été trop absolu en niant la possibilité d'une contracture du cristallin normal; il rappelle deux observations de M. Galezowski et une, qui lui est personnelle, de malades chez lesquels une diplopie monoculaire avec rétrécissement du champ visuel a disparu après les instillations d'atropine; ces faits sont trop concluants pour répondre à la négation de M. Hirschberg, parce qu'ils sont absolument objectifs et ne peuvent s'expliquer que par des troubles fonctionnels. Cela même en supposant que l'atropine ait pu agir simplement comme suggestion.

« M. Borel répond à M. le prof. Reymond, de Turin, qui avait nié l'origine centrale des manifestations hystériques, que la migraine ophtalmique — hystérique ou non — peut se présenter chez des amaurotiques à atrophie papillaire tabétique, et même chez des énucléés; il croit que l'érythropsie et la diplopie monoculaire hystériques ont probablement aussi leur siège dans le cerveau et non dans l'œil lui-même; le fait de la dissociation de cette diplopie monoculaire en deux couleurs différentes, le même œil ayant deux images, l'une rouge et l'autre blanche, rendrait cette hypothèse de localisation cérébrale déjà fort probable; en outre, nous avons ici une analogie avec l'*hémia-chromatopsie corticale* où le même œil perçoit la vision sans couleurs — en manière de vue photographique — sur la moitié du champ visuel hémioptique et ne perçoit les couleurs que sur l'autre moitié. Or, on sait que l'hémiachromatopsie, accompagnée de cécité verbale pure, a son siège dans l'écorce cérébrale du pli courbe, d'après un cas que nous avons étudié le premier à la clinique de M. Landolt et qui a fait le sujet de travaux très importants¹; l'autopsie du sujet en question, faite par M. Déjerine², est la première d'un cas de cécité verbale pure. Après avoir découvert ce cas, j'ai conduit ce malade à M. Charcot qui en a fait l'objet d'une clinique.

« Une autre raison du siège cérébral de ces symptômes oculaires, c'est que Charcot nous a appris que, dans l'hystérie, le siège vrai des sensations de ces

¹ *De la cécité verbale. Lésion isolée de l'image visuelle du mot.* Landolt, Borel et Viallet. Publication du Jubilé de Donders, Utrecht, 27 mai 1888; et Viallet. Thèse de Paris couronnée.

² Déjerine. *Etude anatomo-pathologique de la cécité verbale.* *Mémoires de la Société de biologie*, 27 février 1892.

malades est cérébral et non périphérique (paralysies, anesthésies, contractures, algies diverses, etc.)

« Répondre à M. Hirschberg, c'est impossible, puisque pour lui toute l'hystérie est de la simulation, et que toute la pathologie de la névrose, si merveilleusement débrouillée par l'école de Charcot, n'existe pas pour le professeur de Berlin. Je suis heureux d'être en si bonne compagnie avec tous les neurologistes et ne doute pas que les sceptiques ne finissent par ouvrir les yeux. M. le professeur Strümpell disait à ce sujet : « Il est très regrettable que les grands progrès que Charcot a réalisés dans la connaissance de l'hystérie ne fassent pas encore suffisamment partie du fonds commun des médecins allemands. Alors on verrait enfin disparaître cette fausse idée que les assertions de Charcot ne conviennent qu'à l'hystérie française, tandis qu'en Allemagne ¹ on n'observe rien d'analogue. »

« Je demanderais à M. le professeur Hirschberg, puisqu'il croit à la simulation, de vouloir bien simuler

¹ Dans le *Progrès médical*, 1887, n° 47, M. Pierre Marie, sous le titre : *L'Hystérie en Allemagne*, dit : On sait qu'un certain nombre de médecins allemands, et cela se voit du reste à leurs diagnostics, se refusent à admettre que l'hystérie soit une maladie véritable, ayant comme toute autre maladie nerveuse ou non, son histoire naturelle, ses lois, sa symptomatologie régulière. A les en croire, ce serait une sorte de *noli me tangere* dont tout nosographe un peu sérieux devrait soigneusement éviter le contact. Un autre sentiment semble se joindre encore à cet accès de pudeur scientifique, un orgueil de race curieux à enregistrer : « Vous, les Latins, que vous soyez hystériques, passe encore, mais nous, les Germains, nous ignorons ce qu'est l'hystérie. »

M. Gilles de la Tourette dit encore (*loc. citat.*, p. 120) : « L'importance accordée par les Allemands à la simulation montre qu'ils ont encore beaucoup à apprendre; car, en pathologie, cette idée de simulation ne hante guère avec autant d'instance que le cerveau de ceux dont l'éducation scientifique sur le point en litige est encore à compléter. »

un nystagmus, un épiphora, une hémihyperhidrose faciale, alors que je le défie bien de savoir simuler même un simple rétrécissement concentrique du champ visuel! »

Nous avons été stupéfait en entendant une autorité de premier ordre, comme M. le professeur Hirschberg, de Berlin, nier l'hystérie tout entière, comme il y a trente ans, et ne rien savoir des études si concluantes de la Salpêtrière.

Nous avons été heureux de nous sentir soutenu par les oculistes français et italiens et par notre excellent maître, M. le professeur Pflüger, de Berne. Ces objections partant de si haut démontrent, d'une part, combien l'hystérie est encore méconnue de bon nombre d'auteurs allemands, qui ouvrent lentement leur entendement à la compréhension de cette névrose, et, d'autre part, m'ont convaincu que j'avais touché un sujet neuf encore en étudiant des manifestations somatiques encore inconnues de l'hystérie oculaire.

Nous avons du reste été grandement récompensé en voyant que M. Gilles de la Tourette, dans son grand ouvrage du *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, donne à nos travaux une place considérable dans le chapitre des Affections hystériques des muscles oculaires (chapitre IX, pages 382 à 432 du tome I), question, dit-il, en pleine évolution, qui n'a pas de passé historique, si ce n'est les travaux entrepris à la Salpêtrière ou à la clinique de M. Landolt, duquel nous nous félicitons d'avoir été l'élève et le chef de clinique.
