

en plaques, tabes, syringomyélie, tumeur cérébrale, etc.), névroses (neurasthénie, épilepsie, tics, chorée, maladie de Basedow, maladie de Parkinson, etc.), psychoses (dégénérescence mentale, manie, mélancolie, délires systématisés, démence précoce, etc.). Ces maladies gardent leurs symptômes et évoluent pour leur propre compte, ce qui complique singulièrement le diagnostic.

Évolution. — Pronostic. — Le tableau clinique de l'hystérie est excessivement variable. L'hystérie peut ne se manifester que par un seul symptôme (hystérie mono-symptomatique), mais souvent les troubles les plus variés se succèdent et s'accumulent, quelquefois avec la collaboration inconsciente de l'entourage. Tantôt elle se présente comme une maladie accidentelle de durée limitée, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle évolue comme une affection chronique qui s'attache au malade jusqu'à l'âge le plus avancé, avec des périodes de rémission plus ou moins longues, la cause la plus futile pouvant être l'occasion de nouvelles rechutes.

Deux formes méritent une mention spéciale : l'hystérie traumatique, généralement associée à la neurasthénie (v. c. m.) et l'hystérie des enfants dont le somnambulisme naturel, l'attaque de délire, les terreurs nocturnes, la pseudo-méningite, la pseudo-coxalgie constituent les manifestations les plus habituelles.

Le pronostic variera avec chaque cas particulier; il ne pourra guère être porté qu'après examen du sujet, de la cause occasionnelle et de la manifestation de la maladie.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'hystérie se fera surtout par exclusion. Ce n'est qu'après avoir éliminé toutes les affections organiques qu'on sera autorisé à conclure à un accident hystérique. La recherche des signes physiques indépendants de la volonté, dont la présence impose le diagnostic d'affection organique, est plus importante que la constatation des stigmates.

On devra se souvenir que l'existence de l'hystérie n'exclut nullement la possibilité d'une affection organique associée et, dans ce dernier cas, on s'efforcera de préciser ce qui, dans les symptômes présentés par le malade est sous la dépendance de chacun de ces deux éléments.

Médecine légale. — On a mis sur le compte de l'hystérie beaucoup de méfaits qui appartiennent en réalité à d'autres états morbides. La suggestibilité extrême de l'hystérique, son aboulie, son amnésie peuvent l'entraîner à des actes délictueux; mais il est à remarquer que c'est surtout quand la névrose s'accompagne de dégénérescence qu'elle donne lieu à des actes médico-légaux. » Les *dégénérés hystériques*, dit Régis, représentent à eux seuls les deux tiers des inculpés que j'ai eu à examiner dans ma carrière d'expert. »

Les plus fréquents des actes médico-légaux, dans l'hystérie isolée ou associée sont : « les imputations et revendications mensongères, soit hétéro-dénonciations, soit aussi auto-hétéro-dénonciations (Dupré), les simulations de vols, d'attentats, de blessures, les escroqueries, les abus de confiance, les vols, les vols à l'étalage surtout, les incendies, les attentats aux mœurs, les violences et les homicides par revolver, vitriol, empoisonnement, l'infanticide et les rapt d'enfants, etc. » (Régis). La responsabilité est excessivement variable, pouvant, suivant les circonstances, être complète, atténuée ou nulle (délire, état second).

Le médecin pourra encore avoir à jouer le rôle d'expert dans l'hystérie traumatique, dans le cas d'accident du travail, d'accident de chemin de fer par exemple (V. NEURASTHÉNIE, NÉVROSES TRAUMATIQUES).

Traitement. — *Traitement prophylactique.* — Cette partie du traitement comprend la réglementation de l'éducation et du genre de vie des sujets prédisposés.

La question du mariage se pose souvent. On peut le conseiller à la jeune fille n'ayant eu que des manifestations légères : on l'écarte ainsi du milieu familial et il est permis d'espérer qu'elle trouvera dans son mari l'aide morale qui lui est nécessaire. On sera plus réservé pour les hystériques vraiment ancrées dans la névrose. Gilles de la Tourette défend absolument le mariage aux hystériques hommes. Le même auteur proscrit l'allaitement, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Traitement général. — La *psychothérapie* tient naturellement la première place.

Un accident hystérique a souvent pour origine un événement de la vie du malade, un choc, une émotion, dont la connaissance sera très utile, puisqu'elle permettra de lutter directement contre cet accident. Malheureusement le rapport qui unit cet événement au symptôme n'est pas toujours très évident et comme il s'agit fréquemment d'idées fixes, subconscientes sur lesquelles par conséquent le malade ne peut donner que peu de renseignements, tout au moins à l'état de veille, cette recherche sera souvent infructueuse.

La *persuasion*, qui est la base du traitement de l'hystérie, « consiste non pas à imposer au sujet une volonté brutale et inconséquente, mais à faire appel à sa saine raison, à lui démontrer que ses troubles sont imaginaires, pourquoi et comment ils sont apparus, et pourquoi la volonté, les ayant fait naître, doit également les faire disparaître » (Dutil et Laubry). Elle sera aidée par l'*isolement*, c'est-à-dire par la séparation du milieu habituel, qui est presque indispensable dans l'hystérie confirmée. Il sera souvent utile de conseiller le repos au lit et de faire faire ainsi une cure de Weir Mitchell plus ou moins mitigée.

L'*hypnotisme*, qui donne des résultats brillants en apparence, est en réalité plutôt mauvais, puisqu'il ne fait qu'augmenter la suggestibilité du sujet; on le réservera à des cas exceptionnels.

L'*hydrothérapie* (surtout sous forme de douches froides; douches écossaises, drap mouillé chez les malades trop sensibles; bains tièdes en cas d'agitation), l'*électricité* (bain statique, bain hydro-électrique), le *massage*, la *mécanothérapie* seront d'utiles adjuvants au traitement psychique. On évitera autant que possible les médicaments.

Traitement spécial. — Quelle que soit la manifestation hystérique, on devra mettre en œuvre le traitement général (persuasion et isolement).

Dans les attaques convulsives, l'éloignement de l'entourage, la suggestion verbale, l'aspersion avec l'eau froide sont souvent suffisants. On pourra recourir à la compression des zones dites hystérogènes, et, dans le cas de crises subintrantes et d'état de mal, au sommeil hypnotique.

Contre l'anesthésie, on préconisera l'électrisation faradique; contre les

contractures, le massage et la mobilisation; contre les paralysies, l'électrisation faradique, le massage et surtout la rééducation motrice; contre l'anorexie, le gavage. Les différentes hyperesthésies seront surtout justiciables du traitement général: les anesthésiques généraux et locaux, les révulsifs non seulement sont sans effet, mais ne font souvent que les augmenter. BRÉCY.

HYSTÉRIE (TROUBLES OCULAIRES). — On trouve dans l'œil hystérique les mêmes troubles de sensibilité et les phénomènes de paralysie et de contracture que dans les autres organes.

Les paupières et les conjonctives sont le siège d'une anesthésie tactile et douloureuse, d'*ecchymoses*, *ecchymoses spontanées* qui mettent bien en vue

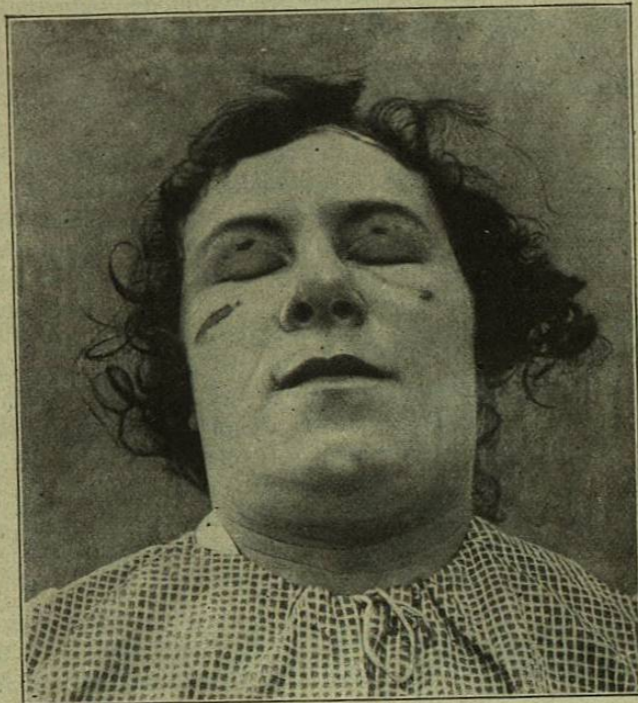


Fig. 251. — Pemphigus hystérique de la face (paupières et pommettes) à topographie symétrique chez une jeune fille de 17 ans. (Dejerine.)

la diathèse vaso-motrice des hystériques. Les troubles de la sensibilité peuvent s'étendre jusqu'à la cornée et celle-ci peut être troublée dans sa nutrition dans le cas d'hémorragies internes ou externes du globe oculaire. Les éruptions cutanées d'origine hystérique et dont le pemphigus est le type, ont parfois pour siège les paupières (fig. 251).

La *mydriase hystérique* peut exister isolément et former un type d'hystérie monosymptomatique, être alternante et intermittente, due soit à la paralysie du sphincter (la pupille reste sensible à l'ésérine), soit à l'irritation du sympathique (mydriase spastique). Associée à du nystagmus ou à d'autres symptômes cérébraux, elle peut faire penser à une affection organique.

Le *champ visuel est rétréci* concentriquement; il peut être très accusé alors que les troubles de sensibilité générale sont peu accentués. Ce rétrécissement est mobile dans ses dimensions qui sont variables d'un moment à l'autre et pendant le cours même d'un examen. On a observé deux scotomes excentriques (scotome annulaire).

L'*altération du sens chromatique* se traduit par un défaut de perception (achromatopsie) ou par une perception défectueuse des couleurs (dyschromatopsie) (v. c. m.) ou encore par l'inversion des champs des couleurs, inversion qui est un véritable désordre physiologique.

Dans l'amblyopie hystérique les couleurs sont visibles, mais à condition d'être vues sous un plus grand diamètre par l'œil amblyope que par l'œil sain.

Le pincement de la peau sur une région anesthésique ou l'application d'un corps chaud peuvent faire naître la sensation d'une lumière verte ou rouge. A ces phénomènes de *sensibilité colorée* on doit joindre les *hallucinations de la vue et surtout des couleurs*. L'*érythropsie* est un phénomène psychique subjectif qu'il ne faut pas confondre avec la vision rouge due à des causes physiques d'éblouissement et à l'aphakie, bien que l'opération de la cataracte puisse développer des accidents hystériques (hystéro-traumatisme opératoire) et par conséquent une véritable érythropsie. Les objets sont vus rouges avec un bord bleu. L'érythropsie peut être unilatérale (hémérythropsie) ou bilatérale.

Les phénomènes de *micropsie* et de *macropsie* qui résultent d'une conception cérébrale fournie par l'effort accommodatif, s'associent souvent à la *photopsie* (vision d'étincelles lumineuses), à la vision de *mouches volantes* (ne pas confondre avec vision de points noirs mobiles et due à des corps flottants du vitré) et à une certaine *photophobie*. Cette photophobie, sans lésion oculaire, est une forme d'hyperesthésie hystérique rétinienne.

La *polyopie monoculaire* est un signe précieux pour le diagnostic de l'hystérie. La diplopie est la variété habituelle. Elle est d'origine centrale; c'est un trouble psychique. Elle ne provoque pas un trouble visuel comme la diplopie consécutive à la paralysie ou à la contracture d'un muscle moteur oculaire et permet à celui qui en est atteint de travailler sans gêne. Elle est intermittente, fugace, dure quelques secondes (V. POLYOPIE).

L'*amblyopie* hystérique est presque toujours bilatérale, plus ou moins accentuée, mais allant rarement jusqu'à l'amaurose. Malgré l'amblyopie, il y a persistance de la vision binoculaire. Le trouble visuel ne gêne pas l'hystérique; ce dernier ne remarque pas de changements à sa vue tant qu'il laisse les deux yeux ouverts. Au contraire les amblyopes ou amaurotiques monoculaires par cause organique ont conscience de ce trouble visuel. L'œil amblyope ne se dévie pas parce que le réflexe rétinien de convergence continue à se produire. Il concourt à donner la vision stéréoscopique. Certains sujets peuvent lire les lignes ou les numéros composés alors qu'ils fusionnent difficilement les figures: la vision binoculaire n'est plus sollicitée que par des mots ou des chiffres, il y a dissociation de la vision binoculaire. La conservation du réflexe papillaire, l'absence de toute lésion oculaire, l'intégrité du fond de l'œil, la micropsie, la coexistence d'autres symptômes hystériques et, d'une façon générale, le défaut de concordance dans les divers symptômes du trouble visuel, suffisent à assurer le diagnostic de cette variété d'amblyopie. On fera bien entendu le contrôle

par les épreuves de la simulation. Cette amblyopie peut guérir rapidement, mais le plus souvent elle est de longue durée.

L'hémianopsie hystérique a été contestée, mais il y a des faits absolument probants. Dans certains cas, l'hémianopsie a succédé à l'amblyopie comme s'il s'agissait d'une équivalence hystérique et le champ hémioptique peut donner des sensations subconscientes malgré l'anesthésie rétinienne.

La notion de l'intégrité du fond de l'œil dans l'amaurose hystérique n'exclut pas certains troubles vaso-moteurs simulant une papillite qui accompagnent parfois l'amblyopie. Il s'agit d'*hyperémie papillaire*; c'est une pseudo-papillite qu'il importe de reconnaître, car elle peut se compliquer de pseudo-méningite hystérique et en imposer pour une lésion oculaire liée à une méningite tuberculeuse.

Le larmoiement hystérique est intermittent, surtout provoqué par la lumière, généralement unilatéral, coïncide souvent avec la contracture de l'orbiculaire, l'anesthésie conjonctivale, le spasme accommodatif et quelquefois avec l'hémihyperhidrose faciale. Cet épiphora ne s'accompagne d'aucune lésion organique des voies lacrymales, aussi devra-t-on éviter les injections et les cathétérismes. L'épiphora et l'hémihyperhidrose faciale peuvent constituer un type d'hystérie monosymptomatique.

Les spasmes des muscles oculaires sont plus fréquents que les paralysies et peuvent apparaître chez un sujet hystérique à l'occasion de causes multiples, (carie dentaire, névralgie sus-orbitaire, saturnisme, alcoolisme, troubles menstruels, etc...). La forme tonique du spasme est la plus commune; la forme clonique est passagère et c'est presque seulement dans les attaques que se produisent les mouvements cloniques des globes oculaires et des paupières. Dans la forme clonique on observe une série de contractions brusques et répétées, espèce de tremblement hystérique des paupières. Le blépharospasme tonique (ptosis-spastique) peut être assez intense pour déterminer de l'entropion; parfois il cesse pour être remplacé par un *ptosis paralytique* et ici nous constatons la combinaison et l'alternance de parésies et de spasmes que nous retrouverons dans les muscles moteurs de l'œil. Dans la blépharoptose, le sourcil est élevé parce que le malade contracte le muscle frontal, pour suppléer à l'insuffisance du releveur; dans le blépharospasme le sourcil est abaissé (fig. 252).

Le blépharospasme se complique souvent de *contracture des muscles droits internes*, contracture donnant lieu à un *strabisme convergent* et à une diplopie spéciale, caractérisée par une mobilité constante, des oscillations continuelles, les images se rapprochant et s'écartant pendant l'examen et aussi par son intermittence. Cette diplopie est donc bien distincte de la diplopie liée à une paralysie. Les muscles obliques peuvent être contracturés comme les muscles droits. On observe également la contracture simultanée de plusieurs muscles associés pour la fonction du regard dans une certaine direction (déviation spastique associée).

La contracture peut s'étendre aux muscles de la langue et de la face et l'on a l'*hémispasme facial oculo-glosso-labé*. Cet hémispasme simule la paralysie opposée de la face, comme le blépharospasme (ptosis spastique) simule le ptosis paralytique, comme le spasme des muscles oculaires simule la paralysie d'un muscle antagoniste

Le *nystagmus*, type du tremblement oculaire hystérique, est horizontal ou rotatoire, variable d'intensité pendant le cours d'un même examen.

Les troubles de la convergence se traduisent par des phénomènes de contracture ou d'insuffisance qui rendent impossible la fixation d'un objet à n'importe quelle distance. Les malades ressentent, dès qu'ils veulent fixer un objet, une douleur frontale et occipitale à laquelle ne tarde pas à s'ajouter de la diplopie qui témoigne de la limitation de l'amplitude de convergence, cette dernière pouvant descendre à trois angles métriques. Les excursions de chaque œil mesurées séparément dans le champ de fixation monoculaire sont normales, mais la limitation arrive dès que les mouvements ont pour but la fonction de convergence. Certains malades souffrent de troubles très variés parce qu'ils sont dus à la fois au spasme de la convergence, à l'*insuffisance des droits internes*, au spasme et à la parésie de l'accommodation. L'instabilité de ces troubles oculaires, leur mobilité, l'association des troubles de la convergence aux troubles de l'accommodation qui revêtent tantôt la forme spasmodique et tantôt la forme paralytique, loin de dérouter dans la recherche du diagnostic ne font que confirmer leur nature névropathique.

Les paralysies oculaires, plus rares que les spasmes, sont presque toujours des paralysies associées, paralysie de la convergence, de l'accommodation, ou des muscles dirigeant les yeux dans les différentes positions du regard. On observe des paralysies isolées, paralysie du releveur (fréquente chez les enfants), des droits internes, des droits externes. Enfin on a signalé la paralysie de tous les muscles oculaires intrinsèques et extrinsèques et la paralysie des muscles externes seuls, cette dernière apparaissant seulement dans les mouvements conscients.

La paralysie faciale est caractérisée par sa mobilité (très marquée un jour, beaucoup moins accusée le lendemain ou quelques jours après), sa variabilité de degré d'un moment à l'autre, sa limitation au facial inférieur, la coexistence de l'anesthésie de la région paralysée, sa manifestation à l'occasion seulement des mouvements que nécessite la parole (paralysie systématisée de Ballet). Elle n'est jamais isolée, accompagne toujours la paralysie des membres, surtout l'hémiplégie; est quelquefois alterne, toujours associée à l'anesthésie de la peau et des organes des sens du côté où elle siège.

Les accidents paralytiques peuvent revêtir la forme de la *migraine ophtalmoplégique*. Souvent les hystériques se plaignent de ne pouvoir s'adonner à un



Fig. 252. — Blépharospasme hystérique avec hémianesthésie correspondante, chez une jeune fille de 17 ans. Remarquer l'abaissement du sourcil du côté du blépharospasme. (Dejerine.)

travail quelque peu prolongé; tout se couvre d'un brouillard et ils sont obligés de suspendre leurs occupations. A ces phénomènes d'*asthénopie* se joignent de violentes douleurs des paupières, du globe ou de la tête, une sensation de chaleur, de brûlure à la surface de l'œil, de tension, de douleurs térébrantes dans l'orbite et une extrême sensibilité à la lumière. On a désigné ces derniers troubles sous le nom de *copiopia*.

La *névralgie sus-orbitaire* est une complication fréquente.

Les *hémorragies intra-oculaires* dérivent de la diathèse vaso-motrice, ainsi que les *ecchymoses* des paupières et des conjonctives.

Le pronostic de ces troubles oculaires hystériques est sérieux en raison de leur longue durée habituelle. Dans les cas où ils ont été provoqués par un traumatisme et notamment chez les accidentés du travail, ces troubles ne se modifient pas sensiblement tant que les blessés subissent les attermoissements et les inquiétudes de la procédure, des enquêtes et des expertises. Une fois le procès terminé, il se produit généralement, grâce à une modification du psychisme de ces malades, une sédation marquée et quelquefois une guérison.

Le traitement oculaire n'a rien de spécial; on appliquera le traitement général de la névrose. Dans les cas de paralysie de la convergence et de l'accommodation, les verres convexes seront d'un utile secours. PÉCHIN.

HYSTÉRIE ET GROSSESSE. — Lorsque la grossesse survient chez une femme hystérique, rien n'est plus variable que son action sur la névrose qui est tantôt aggravée, tantôt atténuée, suspendue ou guérie. On a vu des femmes ayant les manifestations les plus variées et les plus accentuées de l'hystérie ne présenter aucune aggravation de leur maladie pendant la grossesse.

L'hystérie ne revêt pas de forme qui soit propre à la femme enceinte.

Au moment du travail les malades souffrent souvent d'une manière exagérée, d'autres, par contre, n'ont que peu de douleurs. Ces deux formes de travail peuvent s'observer chez la même femme, lors d'accouchements successifs. Pendant l'accouchement la plupart des hystériques deviennent très résistantes à l'hypnotisme.

L'hystérie peut apparaître pour la première fois pendant la grossesse ou pendant le travail.

Le *diagnostic* d'hystérie au cours de la grossesse, pendant ou après le travail, peut présenter des difficultés particulières, par suite d'une confusion possible avec l'éclampsie.

Dans l'éclampsie on trouve, sauf de rares exceptions, beaucoup d'albumine dans l'urine, les malades ont un œdème plus ou moins marqué, les mouvements convulsifs sont moins irréguliers et désordonnés que dans l'hystérie, enfin dans l'intervalle des crises les éclampsiques restent dans un coma plus ou moins profond.

Conduite à tenir. — L'existence de la grossesse ne change nullement le traitement dirigé contre l'hystérie. Les bromures sont sans action sur le fœtus, du moins aux doses thérapeutiques. On peut en donner 3, 4, 5 grammes sans inconvénients; on aura recours également à l'hydrothérapie. G. LEPAGE.

I

ICHTYOSE. — L'ichtyose est une difformité cutanée caractérisée par la sécheresse de la peau et la desquamation incessante de l'épiderme, sous forme d'écaillés adhérentes plus ou moins rudes, que l'on compare à celles des poissons. Sa lésion consiste en une hyperkératose, sans parakératose (pour ce mot, V. ECZÉMA) mais avec atrophie des couches profondes de l'épiderme. La plupart des auteurs y voient une malformation congénitale; Unna et Tommasoli n'acceptent pas cette opinion classique, et croient qu'il s'agit d'une véritable maladie inflammatoire.

Étiologie. — Le caractère héréditaire et familial est ce qui domine l'étiologie de l'ichtyose; il est rare qu'on n'en trouve pas plusieurs exemples dans une famille où elle existe, et ses formes très accentuées surtout peuvent frapper plusieurs générations successives. Les sujets atteints présentent souvent, mais non toujours, un développement quelque peu imparfait. Pourtant les autres malformations n'ont pas chez eux une fréquence anormale. On a recherché dans leur ascendance, avec des succès divers, des conditions tératogènes, notamment la syphilis (5 observations d'E. Fournier).

Description clinique. — Le premier signe de l'ichtyose est la *sécheresse* absolue ou relative du tégument, dont les glandes sébacées et sudoripares fonctionnent également mal, excepté dans les plis articulaires. D'autant plus marquée en général que l'état squameux est plus accentué, elle existe néanmoins dans des points où ce dernier est peu apparent (paume des mains) et persiste lorsqu'il est atténué par la thérapeutique. Elle existe à peu près seule dans les formes très légères (*xérodermie*).

Les *squames* sont absolument sèches; adhérentes par la plus grande partie de leur surface, elles sont difficiles à détacher. Souvent elles sont minces, lisses, séparées par de simples craquelures que les poussières colorent en gris sale. Leur couleur est blanche ou grisâtre. Elles sont très blanches dans l'*ichtyosis alba*; noirâtres dans l'*ichtyosis nigra*; minces et brillantes dans l'*ichtyose nacrée*; très fines et en partie détachées dans l'*ichtyose pityriasique*; elles sont plus larges et plus soulevées dans l'*ichtyose scutulaire*; volumineuses et dures dans l'*ichtyose cornée*: elles atteignent 1/2 à 2^{mm} d'épaisseur dans l'*ichtyose serpentine*, où elles deviennent de vraies écaillés larges, aplaties, polygonales; plus encore dans le *sauriasis*, comparé à la carapace d'un crocodile. Enfin dans l'*ichtyose hystrix* (porc-épic), elles forment des saillies verruqueuses irrégulières, de véritables piquants.

Le *derme* est aminci, son tissu élastique atrophié; les plis qu'on y fait s'effacent lentement. — Les *poils* sont atrophiés. La barbe est rare; les sourcils peu fournis, surtout à leur partie externe; les cheveux peu abondants, secs,