a signalé le refroidissement relatif et la teinte violacée du membre, liés à l'œdème bleu dont nous reparlerons.

On a fait plusieurs fois l'amputation du membre malade (désarticulation de la hanche, amputation de la cuisse). L'articulation a toujours été trouvée absolument saine et normale. Aussi est-il nécessaire d'en faire l'examen pendant le sommeil chloroformique poussé à fond jusqu'à disparition de la contracture. Non seulement cet examen permet de constater l'absence de toute adhérence, mais il permet aussi d'assister ensuite au mode très caractéristique de réapparition des phénomènes douloureux. C'est la peau qui est d'abord hyperesthésiée, puis les muscles se contracturent et seulement alors l'articulation devient douloureuse, ainsi qu'on peut s'en assurer par la percussion des parties profondes, grâce à l'intermédiaire des leviers osseux qui y aboutissent (pour la hanche, par exemple, percussion du grand trochanter, du talon).

Cela suffirait au diagnostic si nous ne connaissions l'association de l'hystérie aux maladies organiques. Cette association existe pour la coxalgie, soit que la hanche soit véritablement touchée, soit que la lésion tuberculeuse siégeant au genou ou au pied s'accompagne de contracture et de douleur de l'articulation coxale. La douleur provoquée par les premières lésions articulaires ou périarticulaires développe le nervosisme du sujet, aussitôt tous les phénomènes réactionnels prennent un caractère d'intensité particulier peu en rapport avec les lésions minimes et encore inconstatables de l'articulation. Rien n'est plus délicat que de rester ici dans la juste appréciation des faits. Une si grande exagération des phénomènes réactionnels ne paraît pouvoir être mise que sur le compte de l'hystérie ; souvent même, quelques troubles légers de la sensibilité objective semblent donner un point d'appui au diagnostic de la névrose. Ce sont justement ces troubles de sensibilité superposés à la région atteinte qui nous serviront de critérium : ils sont peu accentués, ils ne sont pas en rapport avec l'intensité des manifestations fonctionnelles comme ils le sont toujours dans les cas d'hystérie pure. Il est alors prudent de réserver l'avenir.

Les arthralgies hystériques sont parmi les symptômes les plus tenaces de la névrose. Le malade de Bœckel qui a été désarticulé souffrait depuis six ans ; d'autres souffrent plus longtemps encore. Parfois la guérison semble acquise, lorsque des récidives viennent tout remettre en question. Ces récidives peuvent être prévues jusqu'à un certain point par l'examen de la sensibilité. Tant qu'il persiste des troubles anesthésiques ou hyperesthésiques de la région, il faut craindre un retour offensif de l'affection. La guérison peut être subite comme celle de tous les accidents hystériques ; on en trouve plusieurs exemples dans les récits miraculeux. Elle est facile à obtenir si l'on traite l'arthralgie dès son apparition. C'est

une de ces maladies qu'il ne faut pas laisser traîner, comme le disait Charcot.

Troubles sensoriels. — Les troubles sensoriels s'accompagnent souvent de troubles sensitifs généraux des parties correspondantes des téguments cutanés et muqueux ; nous étudierons ceux-ci en même temps que les troubles des fonctions spéciales.

Goût. — La sensibilité générale au tact et à la douleur au niveau de la muqueuse buccale peut être supprimée d'un côté ou des deux côtés. Lichtwitz a étudié la sensibilité au courant électrique, soit galvanique, soit faradique ; il a constaté que cette sensibilité était indépendante des autres sensibilités et que la salivation à l'excitation galvanique était souvent diminuée et même abolie surtout sur les deux tiers antérieurs de la langue.

La sensibilité spéciale de la muqueuse buccale, le *goût*, peut présenter des troubles qui constituent un des stigmates sensoriels les plus fréquents de l'hystérie. Cliniquement, l'exploration portera surtout sur le tiers postérieur de la face dorsale de la langue ; elle se fera à l'aide de solutions sucrées, amères, acides ou salées, déposées à l'aide d'un pinceau sur les parties latérales du V lingual. La langue sera gardée hors de la bouche pour ne pas répandre le liquide sur toute sa surface, et le malade indiquera la perception du goût par un signe de tête. Le goût peut être supprimé d'un seul côté, ce qui est fréquent, ou des deux à la fois. Il peut y avoir disparition complète du sens spécial, obnubilation ou retard simple de la perception ; parfois il y a diminution du champ gustatif, et cette diminution n'est pas toujours égale pour chacune des quatre sensations fondamentales ; le goût peut n'être aboli que pour une seule d'entre elles.

Il n'y a pas toujours concordance entre l'anesthésie au tact, à la piqûre, et l'anesthésie sensorielle : la première peut être complète et la perception gustative persister, mais jamais la sensibilité d'ordre général n'est conservée quand la sensibilité spéciale est abolie.

Nous devons rappeler ici ce que nous avons dit à propos de l'anesthésie cutanée. Souvent sous forme de stigmate vrai, l'anesthésie buccale n'est pas soupçonnée des malades et c'est le médecin qui la découvre ; les réflexes sont conservés et l'application d'un corps irritant sur la langue est suivie de la sécrétion d'une quantité notable de salive. Mais il y a des cas où les malades se plaignent eux-mêmes de leur agueustie : les aliments ont le goût de terre, de cendres, de plâtre ; dans ces cas, l'anesthésie est ordinairement bilatérale (elle peut être plus accentuée, d'ailleurs, d'un côté que de l'autre). De là, la propension de certaines hystériques à faire usage des condiments et des épices les plus relevés, ou, si elles perçoivent mieux certaines saveurs, leur goût exclusif pour les citrons, les pom-

mes vertes, les oignons, etc. On trouve parfois chez les hystériques des perversions du goût comme le pica, la malacia, mais il s'agit alors de phénomènes surajoutés, indépendants de la névrose et liés à la perversion mentale, aux phénomènes dits *de dégénérescence* qui peuvent s'associer, comme nous l'avons vu, à l'hystérie proprement dite.

Odorat. — La *muqueuse pituitaire* est, suivant Lichtwitz, moins souvent anesthésiée que les autres muqueuses. Cependant Briquet avait noté cette anesthésie comme un symptôme fréquent de la névrose. L'anosmie n'est pas rare non plus, mais fréquemment localisée à une narine ; elle passe, elle aussi, presque toujours inaperçue et ne gêne en aucune façon les malades.

Ouïe. — Nous retrouvons les mêmes phénomènes en ce qui regarde l'organe de l'ouïe ; on note l'anesthésie au tact, à la piqûre, à la température, des téguments cutanés ou muqueux de tous les organes de la fonction auditive depuis le pavillon de l'oreille, le conduit auditif externe, le tympan jusqu'à la caisse, où Walton l'a étudiée à l'aide de l'insufflation. Le plus souvent elle coïncide avec l'anesthésie sensorielle : diminution ou suppression de l'ouïe. Les troubles de l'acuité auditive se recherchent en plaçant une montre à une certaine distance du pavillon de l'oreille d'un côté et en la portant comparativement à la même distance du côté opposé. On constate facilement ainsi s'il existe du rétrécissement du champ auriculaire et de quel côté, qui est presque toujours celui où siège l'hémianesthésie. L'épreuve de Rinne permet de reconnaître si la surdité est d'origine centrale ou si elle est liée à l'appareil de transmission des ondes sonores dans l'oreille externe et l'oreille moyenne. Voici en quoi elle consiste : chez les sujets sains, le son est mieux perçu par la voie aérienne que par la voie cranienne. Un diapason vibrant appliqué sur la mastoïde, par exemple, et ne donnant plus de sensation, est perçu sans être amorcé de nouveau lorsqu'il est porté devant le conduit auditif externe. Le Rinne dans ce cas est positif ; il est négatif quand les mêmes vibrations sont perçues plus longtemps par la voie cranienne que par la voie aérienne, et l'on peut en inférer que l'obstacle à la perception siège justement dans l'appareil transmetteur du son et non dans l'appareil récepteur. Le Rinne est toujours positif dans les troubles de nature hystérique. Enfin Gellé a introduit dans l'étude de ces troubles l'exploration du réflexe biauriculaire, lequel est conservé chez l'hystérique comme tout réflexe dans les anesthésies-stigmates.

La surdité peut être unilatérale ou bilatérale, complète ou incomplète, mais la perte absolue de l'ouïe est très rare.

La surdité peut être réduite aussi par rapport à la nature du son ; c'est-à-dire que tel hystérique aura perdu la perception de la voix ou du tic tac de la montre, ou du bruit de sifflet isolément. Cette existence de la surdité spécialisée est fort importante au point de vue médico-légal ; elle est rare cependant, mais tout à fait particulière à l'hystérie. Nous mettons à part la surdité verbale, qui fait partie du syndrome aphasie (1) et qui de fait n'a rien à voir avec l'appareil d'audition. La surdité hystérique peut être absolument ignorée des malades et ne pas les gêner, ou bien, au contraire, peut s'accompagner de phénomènes subjectifs tels que bourdonnements, sifflements, tension douloureuse, mais surtout de perte réelle de la perception habituelle des sons ; elle peut s'allier au mutisme, ce qui constitue la surdi-mutité hystérique (2).

L'hyperesthésie des téguments cutanés ou muqueux de tous les organes de la fonction auditive a été signalée et peut être le point de départ d'une attaque spasmodique hystérique vulgaire. Mais ce qui est plus intéressant, c'est qu'une zone hystérogène de ces régions peut mettre en jeu tout le système auriculaire aussi bien dans les fonctions du nerf auditif que dans celles du nerf de l'espace. Son excitation donne alors lieu à un *paroxysme à forme de vertige de Ménière*, décrit pour la première fois par Gilles de la Tourette. Le début s'accompagne, comme dans celui-ci, de bourdonnements d'oreille et de sifflements aigus, puis survient un vertige giratoire plus ou moins marqué, allant jusqu'à renverser les malades, les projeter brusquement à terre, avec accompagnement de nausées et même de vomissements. Alors la scène devient différente de celle du vertige auriculaire, car elle se termine le plus souvent par des rires ou par des pleurs comme dans le paroxysme hystérique le mieux caractérisé. Si, malgré cela, le diagnostic présentait des difficultés qu'on a toujours intérêt à résoudre, il faudrait recueillir les urines des vingt-quatre heures et chercher la formule chimique de l'attaque, comme vient de le faire encore Rybalkin (de Saint-Pétersbourg) (3).

Vue. — Les troubles hystériques de l'appareil de la vision sont d'une importance capitale dans la symptomatologie de la névrose. Celle-ci frappe l'œil tout entier, non seulement le sens de la vision, mais encore la musculature oculaire dans laquelle nous comprendrons l'orbiculaire des paupières, et nous réunirons dans une même description les phénomènes sensitifs, moteurs et sensoriels de l'œil hystérique.

La connaissance que nous en avons est de date relativement récente, bien qu'on ait pu interpréter en faveur de l'hystérie quelques lignes de Celse où il est exclusivement question de troubles oculaires inhérents à l'attaque, « qu'elle soit comitiale ou autre ». Lepois rapporte l'observation d'une hystérique sourde et aveugle au

(1) Voy. p. 294.
(2) Lemoine, *Méd. moderne*, 31 mai 1893. — Schultze, *Deut. med. Wochenschr.*, 1901, nº 3. — Antony, *Soc. méd. des hôp.*, 3 mars 1899.
(3) Rybalkin, *Deüt. Zeitschr. für Nervenheilk.*, 1900, Bd. XVII.

moment de l'attaque. Carré de Montgeron cite quatre cas de guérison miraculeuse d'affections oculaires diverses. Des mémoires spéciaux sont publiés par Hocken, Landouzy, Gaussail, Szokalski. Briquet signale les particularités de l'œil hystérique, mais sans y insister. Charcot, en 1868, reprend la question d'abord avec Galezowski, puis Landolt, Borel, Parinaud et Gilles de la Tourette en fixent les détails (1).

La sensibilité générale des paupières, de la conjonctive et de la cornée disparaît souvent dans l'hystérie, si bien que Briquet regardait l'anesthésie de ces régions comme tellement constante qu'il en faisait un signe caractéristique de la névrose. L'anesthésie peut être assez profonde pour amener la perte du réflexe oculo-palpébral. Il faut avoir soin, pour le rechercher, de pratiquer l'attouchement de la cornée en dehors de la région pupillaire, car le réflexe rétinien provoqué par la vision du doigt excitateur amène la fermeture des paupières indépendamment de toute excitation directe de la cornée. D'après Féré, l'anesthésie, même en cas d'hémianesthésie du corps, serait toujours proportionnelle au degré d'amblyopie, un léger rétrécissement du champ visuel s'accompagnant d'une anesthésie limitée surtout à la conjonctive, de sorte que la cornée ne serait insensible au contact que si le champ visuel était presque nul ou tout à fait disparu. Même alors, les réflexes vasculaires et glandulaires et le réflexe lacrymal restent conservés.

La sensibilité spéciale est atteinte très fréquemment ; il est néanmoins très rare que l'amaurose soit complète. On la rencontre parfois limitée à un côté, mais la cécité hystérique, l'amaurose bilatérale, est, nous le répétons, tout à fait exceptionnelle. Landouzy et Dejerine en ont vu chacun deux cas. Briquet en rapporte trois. On la note quelquefois à la suite des crises durant quelques heures ou au maximum quelques jours ; elle persista dix ans dans le cas de Haslam.

La plupart du temps, l'amaurose est incomplète et se limite à une partie du champ visuel. Le rétrécissement qui en résulte est, caractère de la plus haute importance, toujours concentrique. A l'état normal, le champ visuel est limité à 60° du côté nasal, alors qu'il s'étend à 90° du côté temporal ; pour le méridien vertical, il atteint 65° en haut et 70° en bas. Il peut se rétrécir chez l'hystérique à tous les degrés jusqu'au zéro : c'est alors qu'il existe de l'amaurose.

On l'explore rapidement en faisant fixer un point quelconque, la racine du nez de l'observateur, par exemple, à la malade dont on tient fermé l'œil inexploré. Le médecin alors, écartant horizontalement sa main à bout de bras, demandera au sujet s'il la voit et, la ramenant doucement vers la ligne médiane en agitant les doigts, notera le point où elle sera perçue. On pourra, pour rendre l'examen

(1) Parinaud, Les troubles oculaires de l'hystérie (*Ann. d'oculistique*, juillet et septembre 1900).

plus exact encore, se servir du campimètre et noter sur un schéma approprié les chiffres, les degrés ainsi obtenus. Il faut faire l'examen rapidement, car les limites du champ visuel varient d'un moment à l'autre chez les hystériques suivant le degré d'attention ou de fatigue du sujet, ce qui explique pourquoi le rétrécissement n'est pas toujours trouvé exactement concentrique, mais parfois disposé en spirale. Enfin ce rétrécissement est très souvent bilatéral, mais un côté est en général plus pris que l'autre.

Galezowski a montré que l'amblyopie hystérique s'accompagnait souvent de dyschromatopsie. Cette dyschromatopsie peut, elle aussi, se mesurer au campimètre, de sorte qu'il sera possible de vérifier la règle générale de la perte de la notion des couleurs dont la progression correspond justement à l'étendue du champ visuel physiologique pour chacune d'elles.

Le violet, qui n'est perçu normalement que par les parties centrales de la rétine, est la couleur la plus rapidement perdue pour les hystériques. Le vert, le rouge, l'orangé, le jaune et le bleu ont des champs de plus en plus larges. Remarquons en outre que le rouge persiste quelquefois dans une plus grande étendue que les autres couleurs. L'ordre de disparition serait donc : violet, vert, bleu et rouge. Enfin, il peut y avoir achromatopsie complète, tous les objets paraissant uniformément gris. Il peut même arriver que le champ visuel du rouge soit plus étendu que celui du blanc, et qu'un malade ne percevant pas une lumière blanche, la perçoive si l'on absorbe la plus grande partie de ses rayons à l'aide d'un verre rouge.

Il ne faudrait pas croire que ce rétrécissement du champ visuel pour la lumière blanche et les couleurs entrainât une diminution de l'acuité visuelle. Celle-ci reste le plus souvent normale chez l'hystérique, au contraire de ce qui arrive chez les malades atteints d'atrophie papillaire incomplète.

Parinaud a signalé le premier certains troubles particuliers de l'accommodation et de la réfraction qui accompagnent l'amblyopie hystérique. C'est la diplopie ou mieux la *polyopie monoculaire* : un objet tel qu'un crayon ou une allumette est placé près de l'œil et éloigné lentement. Il est d'abord vu simple. A 10 ou 15 centimètres une seconde image apparaît ; à mesure que l'objet s'éloigne de l'œil, les deux images s'écartent et il n'est pas rare qu'une troisième moins intense apparaisse à leur côté. On constate en même temps un grossissement ou un rapetissement de l'objet par son éloignement ou son rapprochement ; c'est la macropsie et la micropsie.

L'anesthésie rétinienne participe des caractères que nous avons assignés aux anesthésies hystériques en général.

Elle est discrète, c'est-à-dire qu'elle ne gêne pas les malades qui, malgré un rétrécissement considérable du champ visuel, se conduisent parfaitement au milieu des obstacles de leur chemin ; elle est variable

mes vertes, les oignons, etc. On trouve parfois chez les hystériques des perversions du goût comme le pica, la malacia, mais il s'agit alors de phénomènes surajoutés, indépendants de la névrose et liés à la perversion mentale, aux phénomènes dits *de dégénérescence* qui peuvent s'associer, comme nous l'avons vu, à l'hystérie proprement dite.

Odorat. — La *muqueuse pituitaire* est, suivant Lichtwitz, moins souvent anesthésiée que les autres muqueuses. Cependant Briquet avait noté cette anesthésie comme un symptôme fréquent de la névrose. L'anosmie n'est pas rare non plus, mais fréquemment localisée à une narine ; elle passe, elle aussi, presque toujours inaperçue et ne gêne en aucune façon les malades.

Ouïe. — Nous retrouvons les mêmes phénomènes en ce qui regarde l'organe de l'ouïe ; on note l'anesthésie au tact, à la piqûre, à la température, des téguments cutanés ou muqueux de tous les organes de la fonction auditive depuis le pavillon de l'oreille, le conduit auditif externe, le tympan jusqu'à la caisse, où Walton l'a étudiée à l'aide de l'insufflation. Le plus souvent elle coïncide avec l'anesthésie sensorielle : diminution ou suppression de l'ouïe. Les troubles de l'acuité auditive se recherchent en plaçant une montre à une certaine distance du pavillon de l'oreille d'un côté et en la portant comparativement à la même distance du côté opposé. On constate facilement ainsi s'il existe du rétrécissement du champ auriculaire et de quel côté, qui est presque toujours celui où siège l'hémianesthésie. L'épreuve de Rinne permet de reconnaître si la surdité est d'origine centrale ou si elle est liée à l'appareil de transmission des ondes sonores dans l'oreille externe et l'oreille moyenne. Voici en quoi elle consiste : chez les sujets sains, le son est mieux perçu par la voie aérienne que par la voie cranienne. Un diapason vibrant appliqué sur la mastoïde, par exemple, et ne donnant plus de sensation, est perçu sans être amorcé de nouveau lorsqu'il est porté devant le conduit auditif externe. Le Rinne dans ce cas est positif ; il est négatif quand les mêmes vibrations sont perçues plus longtemps par la voie cranienne que par la voie aérienne, et l'on peut en inférer que l'obstacle à la perception siège justement dans l'appareil transmetteur du son et non dans l'appareil récepteur. Le Rinne est toujours positif dans les troubles de nature hystérique. Enfin Gellé a introduit dans l'étude de ces troubles l'exploration du réflexe biauriculaire, lequel est conservé chez l'hystérique comme tout réflexe dans les anesthésies-stigmates.

La surdité peut être unilatérale ou bilatérale, complète ou incomplète, mais la perte absolue de l'ouïe est très rare.

La surdité peut être réduite aussi par rapport à la nature du son ; c'est-à-dire que tel hystérique aura perdu la perception de la voix ou du tic tac de la montre, ou du bruit de sifflet isolément. Cette existence de la surdité spécialisée est fort importante au point de vue médico-légal ; elle est rare cependant, mais tout à fait particulière à l'hystérie. Nous mettons à part la surdité verbale, qui fait partie du syndrome aphasie (1) et qui de fait n'a rien à voir avec l'appareil d'audition. La surdité hystérique peut être absolument ignorée des malades et ne pas les gêner, ou bien, au contraire, peut s'accompagner de phénomènes subjectifs tels que bourdonnements, sifflements, tension douloureuse, mais surtout de perte réelle de la perception habituelle des sons ; elle peut s'allier au mutisme, ce qui constitue la surdi-mutité hystérique (2).

L'hyperesthésie des téguments cutanés ou muqueux de tous les organes de la fonction auditive a été signalée et peut être le point de départ d'une attaque spasmodique hystérique vulgaire. Mais ce qui est plus intéressant, c'est qu'une zone hystérogène de ces régions peut mettre en jeu tout le système auriculaire aussi bien dans les fonctions du nerf auditif que dans celles du nerf de l'espace. Son excitation donne alors lieu à un *paroxysme à forme de vertige de Ménière*, décrit pour la première fois par Gilles de la Tourette. Le début s'accompagne, comme dans celui-ci, de bourdonnements d'oreille et de sifflements aigus, puis survient un vertige giratoire plus ou moins marqué, allant jusqu'à renverser les malades, les projeter brusquement à terre, avec accompagnement de nausées et même de vomissements. Alors la scène devient différente de celle du vertige auriculaire, car elle se termine le plus souvent par des rires ou par des pleurs comme dans le paroxysme hystérique le mieux caractérisé. Si, malgré cela, le diagnostic présentait des difficultés qu'on a toujours intérêt à résoudre, il faudrait recueillir les urines des vingt-quatre heures et chercher la formule chimique de l'attaque, comme vient de le faire encore Rybalkin (de Saint-Pétersbourg) (3).

Vue. — Les troubles hystériques de l'appareil de la vision sont d'une importance capitale dans la symptomatologie de la névrose. Celle-ci frappe l'œil tout entier, non seulement le sens de la vision, mais encore la musculature oculaire dans laquelle nous comprendrons l'orbiculaire des paupières, et nous réunirons dans une même description les phénomènes sensitifs, moteurs et sensoriels de l'œil hystérique.

La connaissance que nous en avons est de date relativement récente, bien qu'on ait pu interpréter en faveur de l'hystérie quelques lignes de Celse où il est exclusivement question de troubles oculaires inhérents à l'attaque, « qu'elle soit comitiale ou autre ». Lepois rapporte l'observation d'une hystérique sourde et aveugle au

(1) Voy. p. 294.
(2) Lemoine, *Méd. moderne*, 31 mai 1893. — Schultze, *Deut. med. Wochenschr.*, 1901, nº 3. — Antony, *Soc. méd. des hôp.*, 3 mars 1899.
(3) Rybalkin, *Deüt. Zeitschr. für Nervenheilk.*, 1900, Bd. XVII.

moment de l'attaque. Carré de Montgeron cite quatre cas de guérison miraculeuse d'affections oculaires diverses. Des mémoires spéciaux sont publiés par Hocken, Landouzy, Gaussail, Szokalski. Briquet signale les particularités de l'œil hystérique, mais sans y insister. Charcot, en 1868, reprend la question d'abord avec Galezowski, puis Landolt, Borel, Parinaud et Gilles de la Tourette en fixent les détails (1).

La sensibilité générale des paupières, de la conjonctive et de la cornée disparaît souvent dans l'hystérie, si bien que Briquet regardait l'anesthésie de ces régions comme tellement constante qu'il en faisait un signe caractéristique de la névrose. L'anesthésie peut être assez profonde pour amener la perte du réflexe oculo-palpébral. Il faut avoir soin, pour le rechercher, de pratiquer l'attouchement de la cornée en dehors de la région pupillaire, car le réflexe rétinien provoqué par la vision du doigt excitateur amène la fermeture des paupières indépendamment de toute excitation directe de la cornée. D'après Féré, l'anesthésie, même en cas d'hémianesthésie du corps, serait toujours proportionnelle au degré d'amblyopie, un léger rétrécissement du champ visuel s'accompagnant d'une anesthésie limitée surtout à la conjonctive, de sorte que la cornée ne serait insensible au contact que si le champ visuel était presque nul ou tout à fait disparu. Même alors, les réflexes vasculaires et glandulaires et le réflexe lacrymal restent conservés.

La sensibilité spéciale est atteinte très fréquemment ; il est néanmoins très rare que l'amaurose soit complète. On la rencontre parfois limitée à un côté, mais la cécité hystérique, l'amaurose bilatérale, est, nous le répétons, tout à fait exceptionnelle. Landouzy et Dejerine en ont vu chacun deux cas. Briquet en rapporte trois. On la note quelquefois à la suite des crises durant quelques heures ou au maximum quelques jours ; elle persista dix ans dans le cas de Haslam.

La plupart du temps, l'amaurose est incomplète et se limite à une partie du champ visuel. Le rétrécissement qui en résulte est, caractère de la plus haute importance, toujours concentrique. A l'état normal, le champ visuel est limité à 60° du côté nasal, alors qu'il s'étend à 90° du côté temporal ; pour le méridien vertical, il atteint 65° en haut et 70° en bas. Il peut se rétrécir chez l'hystérique à tous les degrés jusqu'au zéro : c'est alors qu'il existe de l'amaurose.

On l'explore rapidement en faisant fixer un point quelconque, la racine du nez de l'observateur, par exemple, à la malade dont on tient fermé l'œil inexploré. Le médecin alors, écartant horizontalement sa main à bout de bras, demandera au sujet s'il la voit et, la ramenant doucement vers la ligne médiane en agitant les doigts, notera le point où elle sera perçue. On pourra, pour rendre l'examen

(1) Parinaud, Les troubles oculaires de l'hystérie (*Ann. d'oculistique*, juillet et septembre 1900).

plus exact encore, se servir du campimètre et noter sur un schéma approprié les chiffres, les degrés ainsi obtenus. Il faut faire l'examen rapidement, car les limites du champ visuel varient d'un moment à l'autre chez les hystériques suivant le degré d'attention ou de fatigue du sujet, ce qui explique pourquoi le rétrécissement n'est pas toujours trouvé exactement concentrique, mais parfois disposé en spirale. Enfin ce rétrécissement est très souvent bilatéral, mais un côté est en général plus pris que l'autre.

Galezowski a montré que l'amblyopie hystérique s'accompagnait souvent de dyschromatopsie. Cette dyschromatopsie peut, elle aussi, se mesurer au campimètre, de sorte qu'il sera possible de vérifier la règle générale de la perte de la notion des couleurs dont la progression correspond justement à l'étendue du champ visuel physiologique pour chacune d'elles.

Le violet, qui n'est perçu normalement que par les parties centrales de la rétine, est la couleur la plus rapidement perdue pour les hystériques. Le vert, le rouge, l'orangé, le jaune et le bleu ont des champs de plus en plus larges. Remarquons en outre que le rouge persiste quelquefois dans une plus grande étendue que les autres couleurs. L'ordre de disparition serait donc : violet, vert, bleu et rouge. Enfin, il peut y avoir achromatopsie complète, tous les objets paraissant uniformément gris. Il peut même arriver que le champ visuel du rouge soit plus étendu que celui du blanc, et qu'un malade ne percevant pas une lumière blanche, la perçoive si l'on absorbe la plus grande partie de ses rayons à l'aide d'un verre rouge.

Il ne faudrait pas croire que ce rétrécissement du champ visuel pour la lumière blanche et les couleurs entrainât une diminution de l'acuité visuelle. Celle-ci reste le plus souvent normale chez l'hystérique, au contraire de ce qui arrive chez les malades atteints d'atrophie papillaire incomplète.

Parinaud a signalé le premier certains troubles particuliers de l'accommodation et de la réfraction qui accompagnent l'amblyopie hystérique. C'est la diplopie ou mieux la *polyopie monoculaire* : un objet tel qu'un crayon ou une allumette est placé près de l'œil et éloigné lentement. Il est d'abord vu simple. A 10 ou 15 centimètres une seconde image apparaît ; à mesure que l'objet s'éloigne de l'œil, les deux images s'écartent et il n'est pas rare qu'une troisième moins intense apparaisse à leur côté. On constate en même temps un grossissement ou un rapetissement de l'objet par son éloignement ou son rapprochement ; c'est la macropsie et la micropsie.

L'anesthésie rétinienne participe des caractères que nous avons assignés aux anesthésies hystériques en général.

Elle est discrète, c'est-à-dire qu'elle ne gêne pas les malades qui, malgré un rétrécissement considérable du champ visuel, se conduisent parfaitement au milieu des obstacles de leur chemin ; elle est variable