d'un moment à l'autre. Elle est contradictoire aussi, attendu que la sensation est perçue, sinon consciente. En effet, Regnard, faisant tourner un disque formé de rayons rouges et verts devant l'œil d'un sujet hystérique qui ne voit pas le vert, reconstitue cependant pour lui la couleur blanche, preuve que les rayons verts ont été perçus, puisqu'ils se sont fusionnés avec les rayons rouges pour former la teinte blanche enregistrée.

Par un phénomène d'ordre analogue, l'œil qui ne voit pas dans la vision monoculaire retrouve sa perception dans la vision binoculaire (1) et n'empêche pas le sujet d'apprécier le relief au stéréoscope, de se tromper dans la boîte de Flees, d'accuser de la diplopie, si à l'aide d'un prisme on sépare les deux axes visuels ou si plus simplement on exerce une pression latérale sur un œil. On comprend combien facilement dans ces cas l'accusation de simulation paraît fondée. Il y a des malades dont les deux yeux sont séparément achromatopsiques et qui cependant voient très bien les couleurs dans la vision binoculaire.

Il ne faut pas aller trop loin dans cet ordre d'idées. Retenons que Parinaud a écrit que chez quelques malades l'amaurose ne disparaissait pas dans la vision binoculaire, — et Harlan (2) vient d'en citer un nouvel exemple, — que certains employés de chemins de fer devenus hystériques à la suite de collisions ne peuvent plus reconnaître la couleur des signaux, que l'amblyopie bilatérale, enfin, peut aller jusqu'à l'amaurose absolue, subjective cette fois, et qu'il faut distinguer ici comme partout l'anesthésie-stigmate de l'anesthésie-accident.

Rarement l'anesthésie est limitée à un seul côté du champ visuel. Janet (3) a toutefois rapporté un cas d'hémianopsie hystérique, particulièrement bien discutée : on la rencontre transitoirement dans la migraine ophtalmique hystérique.

Le diagnostic de l'amblyopie hystérique est très important, car elle ne comporte pas un pronostic sérieux et le médecin doit pouvoir affirmer la bénignité de ce symptôme très émotionnant. L'amblyopie alcoolique est caractérisée par un scotome central et la dyschromatopsie ici portera d'abord par conséquent sur le rouge et le vert, respectant le bleu et le violet.

Dans l'ataxie, le champ visuel est rétréci, mais irrégulièrement et non plus concentriquement ; l'atrophie papillaire se constate facilement à l'ophtalmoscope ; la dyschromatopsie débute là aussi par le rouge, enfin l'acuité visuelle disparaît avant la perception lumineuse. La sclérose en plaques a les mêmes signes, et aussi la choroïdite syphilitique.

(1) Cas récents de Ballet, *Presse méd.*, 18 novembre 1897 ; de Plant (de Stuttgart). *Clinique ophtalmologique*, 25 juin 1898 ; de Valude, *France méd.*, 7 janvier 189 .
(2) Harlan, *Journ. of nervous and mental Diseases*, avril 1900, vol. XXVII, p. 209.
(3) Janet, Névroses et idées fixes. Paris, Félix Alcan, 1898, p. 263.

Cependant, il ne faut pas ignorer que toutes les affections organiques, la sclérose en plaques en particulier, peuvent coïncider ou s'associer avec l'hystérie, ce qui rendra singulièrement difficile le diagnostic. Un examen approfondi du fond de l'œil et des muscles oculaires vaudra mieux pour l'interprétation que la constatation d'une dyschromatopsie qui, souvent variable, pourrait induire en erreur, et le rétrécissement concentrique régulier permanent du champ visuel reste pratiquement seul pathognomonique de l'hystérie.

Les membranes de l'œil peuvent être non seulement anesthésiques, mais encore hyperesthésiques. Elles peuvent devenir alors le siège de zones hystérogènes, lesquelles sont autant spasmo-frénatrices que spasmogènes, d'où le procédé communément employé pour arrêter les attaques et qui consiste dans la compression des globes oculaires. C'est de cette zone oculaire que part le syndrome migraine ophtalmique, dont le rapport avec l'hystérie, mis en lumière par Charcot, fit le sujet d'un mémoire de Babinski. Il peut s'agir alors ou d'un accès fruste caractérisé par le scotome central et quelques phénomènes douloureux, ou, au contraire, d'une migraine associée, avec crise apoplectique, aphasie transitoire, hémiopie également passagère.

Nous sommes forcés, pour ne pas scinder l'étude de l'œil hystérique, de traiter ici la difficile question des troubles de la musculature oculaire, et par *musculature oculaire* nous entendrons aussi bien les muscles de la paupière que les muscles extrinsèques et intrinsèques du globe, qui tous participent aux accidents moteurs de l'hystérie que nous étudions plus loin à un point de vue général.

L'orbiculaire des paupières est souvent touché isolément par la névrose, c'est alors toujours la contracture qu'on observe et non la paralysie.

La contracture de l'orbiculaire, ou blépharospasme, survient sous l'influence de divers facteurs. Elle peut se montrer subitement à la suite d'une attaque, ou bien être provoquée par une affection conjonctivale légère à laquelle elle survit parfois.

Elle peut se montrer par suite de l'excitation de certaines zones hyperesthésiques, souvent d'ailleurs également spasmo-frénatrices : ce sont les points d'émergence des nerfs sus- et sous-orbitaires, l'occiput, les vertèbres cervicales supérieures, etc.

Le spasme est tantôt clonique : on a noté cette forme dans les attaques de sommeil, c'est une vibration continue des paupières closes ou demi-closes, presque toujours bilatérale ; tantôt tonique : la paupière est énergiquement fermée, la peau est plissée, c'est avec peine que les doigts arrivent à entr'ouvrir la fente palpébrale. Dans ce cas, la contracture est douloureuse et alors toujours bilatérale, ou non douloureuse et alors ordinairement unilatérale.

Le blépharospasme peut se montrer sous une forme plus atténuée et trompeuse dans la variété que Parinaud a appelée *ptosis pseudo-*

paralytique. Ici la peau de la paupière n'est pour ainsi dire pas plissée; le sujet rejette la tête en arrière, comme s'il espérait lutter ainsi contre la pesanteur, et il contracte vigoureusement son muscle frontal. Cependant, en y regardant de près, on voit que la paupière soulevée par le doigt retombe avec énergie et non pas avec flaccidité, qu'elle est animée de frémissements convulsifs comme dans le spasme clonique, qu'enfin le sourcil est abaissé du côté où siège le spasme, tandis qu'il est toujours relevé dans le cas de ptosis par paralysie vraie du muscle releveur. Ce signe du sourcil est tout à fait caractéristique.

Mais il y a un autre signe, commun du reste à toutes ces formes, signe très important, car il n'est qu'une manifestation d'une loi générale des troubles moteurs hystériques. Nous voulons parler de la superposition exacte des troubles de la sensibilité à la contracture des divers muscles de la région oculaire. Dans le spasme non douloureux de l'orbiculaire des paupières, il existe une zone d'anesthésie superposée au spasme couvrant circulairement l'œil et la région périorbitaire dans une étendue d'environ 2 centimètres en dehors de l'orbite. Les conjonctives palpébrales et oculaires sont presque complètement insensibles; seule la cornée garde sa sensibilité, mais dans une partie seulement, le segment interne étant le plus souvent intéressé.

Dans le blépharospasme douloureux avec photophobie, on retrouve cette même zone circulaire avec troubles de la sensibilité de la conjonctive et de la cornée dans la totalité cette fois, mais l'hyperesthésie a remplacé l'anesthésie.

Il n'est pas rare que l'amaurose coïncide avec le blépharospasme unilatéral; plus souvent encore des paralysies ou contractures des membres, soit du même côté, soit du côté opposé, simulent le syndrome de Weber, mais il s'associe surtout avec des paralysies ou contractures des autres muscles oculo-moteurs dont le résultat est le strabisme, la diplopie, la myopie apparente, le myosis, la mydriase, etc., et dont nous allons nous occuper maintenant.

La question la plus délicate à trancher dans l'étude des déterminations hystériques sur les muscles oculaires est celle de savoir s'il s'agit de spasme ou de paralysie. Dans le spasme on observe des clignements involontaires, des contractions fibrillaires, une incoordination et une brusquerie inaccoutumée des mouvements, voire du nystagmus (1). Il en résulte une fatigue très grande dans la fixation et des douleurs périorbitaires violentes; il y a des variations considérables dans la diplopie; les images se rapprochent et s'écartent au cours d'un même examen. Tout cela n'existe pas dans la paralysie. Enfin, il faut considérer que la paralysie d'un muscle s'accompagne

(1) Sabrazès, *Sem. méd.*, 1894, p. 432.

assez souvent de spasme du muscle associé opposé, spasme qui s'exagère, lui aussi, sous l'influence de la fatigue oculaire.

La contracture fixe, isolée, d'un muscle est rare. Landouzy, Briquet en citent des exemples et Borel en a rapporté un certain nombre de cas auxquels il faut ajouter ceux de Lapersonne et de Landesberg; on peut également observer la déviation conjuguée de la tête et des yeux, toujours avec contracture.

Tantôt et exceptionnellement permanente, le plus souvent transitoire, succédant ordinairement à l'attaque, la contracture frappe ordinairement plusieurs muscles ; l'œil se porte dans toutes les directions par une secousse rapide et de courte durée que remplace immédiatement une déviation dans le sens opposé; en même temps les pupilles sont soumises à des dilatations et à des contractions spasmodiques.

La paralysie est bien plus rare que la contracture, au moins la paralysie isolée d'un seul muscle. Ainsi la paralysie hystérique flasque de l'orbiculaire ne s'est jamais observée, même dans les cas très rares de paralysie faciale de même nature. Par contre, Jean Abadie (de Bordeaux) a publié une observation de ptosis intermittent hystérique dû à une insuffisance motrice passagère du releveur de la paupière et du muscle de Müller (1).

On a noté, en effet, quelques cas de paralysie de l'oculo-moteur commun, mais dans la plupart il s'agissait d'un ptosis isolé qui rentrait dans le cadre des ptosis pseudo-paralytiques dont nous avons parlé. Cependant Parinaud a observé un ptosis paralytique vrai avec paralysie de l'accommodation, paralysie incomplète du droit interne et du droit inférieur.

On observe plus souvent des paralysies associées. L'insuffisance de convergence est souvent notée dans l'hystérie, bien qu'elle ne lui soit pas particulière. On la rencontre en effet dans la maladie de Basedow, la sclérose en plaques, le tabes, la neurasthénie. Mais les paralysies intéressent surtout le mouvement des deux yeux vers un même point. Cette question a donné lieu à une intéressante discussion à la Société de neurologie (2), à propos d'un malade présenté d'abord par Crouzon, puis par Babinski. Une nouvelle observation de paralysie associée des muscles droits supérieurs vient d'être publiée (3). Parinaud a même signalé l'ophtalmoplégie totale : ptosis double, immobilité à peu près complète des deux globes oculaires.

Dans ces cas, tous les auteurs insistent sur ce fait que seuls les mouvements volontaires provoqués, sollicités par l'observateur, sont abolis, tandis que les mouvements irréfléchis, inconscients, s'exé-

(1) Jean Abadie, *Revue de méd.*, 1er janvier 1900.
(2) Crouzon, *Soc. de neurol.*, séances du 11 janvier et du 7 juin 1900.
(3) Noguès et Sirol, *Revue neurol.*, 1901, p. 290.

cutent facilement, et il faut conclure avec Raymond et Kœnig qu'à ce titre on ne saurait admettre une paralysie vraie.

Les muscles oculaires ne perdent pas seulement leur action motrice : ils peuvent aussi perdre leur sensibilité spéciale, et le sujet contraint à regarder à travers un tube étroit ne sait dire s'il regarde en bas, en haut, à droite ou à gauche.

La pupille donne peu de renseignements. La mydriase est fort rare dans l'hystérie ; le myosis n'est pas plus fréquent ; ces troubles s'observent surtout d'une manière transitoire dans les attaques ; parfois la mydriase succède au myosis ; elle peut être simplement la réaction paralytique d'un muscle qui est resté longtemps contracturé, ou être elle-même spasmodique.

Le muscle ciliaire, ou muscle de Brüke, est plus fréquemment intéressé. Sa contracture accompagne presque toujours celle des muscles du globe et de l'orbiculaire, mais elle existe aussi isolément. Elle passe souvent inaperçue, parce que le trouble visuel qui en résulte est habituellement dissimulé par l'amblyopie avec laquelle il se confond. La contracture de l'accommodation produit sur la vision des effets analogues à ceux de la myopie, mais ici, tant que la contracture persiste, l'œil reste adapté pour une seule distance ; il n'y a pas l'amplitude d'accommodation qui persiste chez les myopes même les plus accentués ; de plus, la contracture étant ordinairement excessive, le point où la vision est la plus distincte est très rapproché de l'œil.

Cette immobilisation du muscle accommodateur réalise les conditions les plus favorables pour la production de la diplopie monoculaire et de la micromégalopsie.

Beaucoup de cas d'asthénopie rapportés à des causes variables ont leur principe unique dans l'hystérie ; la myopie par contracture s'observe surtout chez les enfants nerveux ; de même celle qui succède à un traumatisme.

Tous ces phénomènes ne sont, en somme, que la localisation accidentelle de ce que nous étudierons plus loin sous le nom de *diathèse de contracture* ; ils naissent et disparaissent sous les mêmes influences que nous verrons présider au développement des contractures des membres ; ils restent d'autant plus tenaces qu'ils durent depuis plus longtemps ; ils ne doivent jamais être traités chirurgicalement et ne peuvent être combattus que par les moyens généraux qui s'adressent à l'hystérie ou à la cause — psychique le plus souvent — de sa localisation oculaire.

Troubles moteurs. — Les troubles moteurs peuvent être tout à fait ignorés du malade, ne les gêner en aucune façon et nécessiter, pour être reconnus, l'exploration du médecin, constituant ainsi de véritables *stigmates* : amyosthénie, diathèse de contracture, tremblements de certaines formes ; ils peuvent au contraire se montrer

sous forme d'*accidents* qui troublent la santé et le fonctionnement normal des organes et attirent forcément l'attention des malades : paralysies, contractures, tremblements.

Amyosthénie. — L'amyosthénie caractérisée par la diminution de la force musculaire sera donc recherchée de parti pris : on la constatera simplement en priant le sujet de serrer alternativement de chacune de ses mains la main de l'opérateur ou mieux le dynamomètre à échelle graduée ; pour ce qui est des autres segments des membres, on cherchera à vaincre la résistance du sujet à un mouvement donné.

La forme hémiplégique est fréquente ; la forme généralisée l'est aussi ; le plus souvent l'amyosthénie est limitée à un segment de membre, et c'est bien tout le segment qui est pris et non pas les extenseurs ou les fléchisseurs isolément. Du reste, il n'y a aucun signe extérieur objectif, aucune déformation ; les réactions électriques ne sont pas altérées ; les réflexes eux-mêmes sont normaux, plutôt diminués peut-être, quoi qu'en dise Pitres, qui a eu surtout en vue l'amyosthénie des contracturables. Mais le fait capital est la superposition de l'anesthésie et l'action des agents esthésiogènes qui déplacent en même temps l'amyosthénie et l'anesthésie. Les émotions et surtout les attaques ont une action analogue ; elles peuvent aussi transformer l'amyosthénie en paralysie complète. Dès lors, les malades n'ignorent plus l'existence de leur affection ; ce n'est plus un stigmate, c'est un véritable accident paralytique. Nous en étudierons plus loin en détail toutes les manifestations.

Diathèse ou opportunité de contracture. — Il s'agit ici d'un état qui ne se traduit extérieurement par aucun signe objectif, qui laisse au malade toute la liberté de ses mouvements et ne se manifeste que par la provocation du médecin. La contracture n'existe pas en réalité, mais seulement en puissance, toujours prête d'ailleurs à se manifester, les muscles étant, comme disait Charcot, en état d'opportunité de contracture.

Le plus souvent les malades ne se doutent pas que la diathèse de contracture existe chez eux, pas plus qu'ils ne se doutent de l'hémianesthésie, de la douleur ovarienne, de l'amyosthénie qui coïncident avec elle.

Pour mettre en évidence la diathèse de contracture, il suffi d'exciter le muscle ou le nerf soit directement : massage musculaire profond, choc sur le tendon, tiraillement ou flexion brusque, froissement du nerf, application du diapason vibrant, faradisation, etc. ; soit indirectement, par simple frôlement de la peau ou même par action psychique dans la suggestion à l'état de veille, etc. Le sujet qui serre de toutes ses forces le dynamomètre peut voir sa main rester contracturée sur l'instrument. L'application de la bande d'Esmarch à la partie moyenne de l'avant-bras agit de même, à con-

dition toutefois de ne pas produire l'ischémie complète, laquelle s'oppose au contraire à la contracture. La bande enlevée, la contracture peut disparaître, persister ou se généraliser; elle envahit alors et presque immédiatement soit les muscles du segment supérieur du bras, soit les muscles du côté correspondant de la face, du tronc, du membre inférieur; parfois même, la contracture gagne les quatre membres et la face. Il y a une sorte d'éducation inconsciente du sujet qui fait se généraliser plus facilement la contracture lorsqu'elle a été mise en œuvre à plusieurs reprises spontanément ou par excitation provoquée.

Notons avec Richer qu'il y a toujours dans ce cas de l'exagération des réflexes, qu'on a même signalé de la trépidation spinale (Déjerine).

La contracture disparaît d'elle-même ou sous l'action d'une friction légère, mais seulement lorsqu'elle est de date récente; les contractures qu'on laisse traîner, comme disait Charcot, deviennent au contraire horriblement tenaces.

Les modifications électriques des muscles en état d'opportunité de contracture sont fort importantes; l'excitation faradique portée sur un muscle se propage souvent aux muscles voisins; les secousses produites par des interruptions lentes finissent par se confondre en une tétanisation analogue à celle produite par la faradisation à interruptions rapides. Mais il faut savoir que le muscle en état de contracture peut encore donner des secousses musculaires sous l'influence de l'électrisation. La contracture n'est donc pas le raccourcissement maximum du muscle. Du reste, Brissaud et Regnard ont constaté au microphone qu'on n'avait pas le bruit de roulement régulier et sonore des muscles vraiment contractés, mais seulement un bruissement faible et inégal.

La diathèse de contracture frappe surtout les muscles des membres, mais elle n'épargne ni ceux de la tête et du cou, ni ceux du tronc; elle atteint même les muscles de la vie végétative, sous forme de spasmes de l'œsophage, du sphincter vésical, etc.

Elle peut subir des variations d'intensité, c'est-à-dire que la contracture n'est pas toujours provoquée avec la même facilité; il y a une guérison, comme il y a une aggravation, dont les étapes sont l'apparition de contractures spontanées et finalement la contracture permanente.

Nous avons déjà noté la superposition de l'anesthésie et de l'amyosthénie. C'est souvent, en effet, sur des membres considérablement affaiblis et dont l'affaiblissement confine parfois à la paralysie qu'on peut rencontrer la diathèse de contracture, mais, par contre, c'est souvent après la contracture que se montre l'amyosthénie, comme si les forces restaient épuisées quelque temps après l'excitation excessive.

Paralysie et contracture. — La *paralysie* et la *contracture* sont

très fréquemment associées : c'est pourquoi nous sommes autorisés à réunir les principaux chapitres de leur description.

Leur histoire remonte à la plus haute antiquité, les exemples en abondent dans maints auteurs, mais c'est Macario, élève de Piorry, qui en 1844 les rattacha franchement à la névrose; elles sont dès lors décrites de tous côtés et leurs caractères admirablement résumés dans le livre de Briquet; Charcot a donné à leur étude une ampleur et une précision remarquables.

Parmi leurs causes, il faut citer d'abord les paroxysmes convulsifs : c'est souvent à leur suite que se déclarent les paralysies ou les contractures. Ces troubles moteurs peuvent même précéder l'attaque. Au moment où celle-ci va éclater, il se produit en effet une exaltation très marquée de tous les stigmates permanents dont le sujet est actuellement porteur : l'amyosthénie, si fréquente, ne fait pas exception; la faiblesse musculaire augmente et peut aller jusqu'à la paralysie; d'autres fois c'est la contracture qu'on observe; elles n'ont que peu de durée, quelques heures, quelques jours au plus, et disparaissent dans le tumulte des convulsions de la grande attaque hystérique. Mais, l'attaque terminée, paralysie et contracture peuvent rester comme témoins de l'orage qui vient de se passer.

La forme des attaques n'influence pas d'une manière générale la forme qu'affecteront les troubles de la motilité, et ce n'est pas du tout la violence des convulsions qui favorise, par la dépense exagérée de force musculaire, l'apparition de la paralysie. Notons en effet que les crises de léthargie ou d'apoplexie hystérique sont, plus que toutes les autres, suivies de la forme hémiplégique de la paralysie.

Mais il y a d'autres facteurs étiologiques que l'attaque, et Briquet insistait beaucoup sur ce fait que la moitié des cas observés par lui s'étaient développés chez des femmes qui n'avaient pas encore eu d'attaques ou qui n'en avaient plus depuis longtemps.

Les émotions morales vives ont la plus grande influence. « Une de mes malades, dit Briquet, reçoit à l'improviste la nouvelle de la mort de sa mère; à l'instant ses jambes tremblent, fléchissent sous elle, et on la relève paraplégique. Une jeune fille montait, le soir, un escalier non éclairé; un homme déguisé se précipite sur elle; dans son effroi elle chancelle, tombe, et on la rapporte paralytique dans sa chambre. » Charcot cite le fait d'un jeune garcon de douze ans qui éprouva, un jour de distribution de prix, une très forte émotion au moment où il devait réciter une pièce de vers devant ses supérieurs. Dans la journée il se plaignit de vives douleurs de tête; le lendemain il était dans l'impossibilité de faire un pas.

Féré a rapporté un cas de paraplégie survenue à la suite d'un rêve de course prolongée. J'en ai observé un second exemple.

Ces faits rentrent dans la catégorie de ce qu'on a appelé les *paralysies psychiques*, paralysies dépendant d'une idée (*P. dependent on*