

Bibliothèque numérique

medic@

Gilles de la Tourette, Georges. - Les zones hystérogènes de l'oeil et la migraine ophtalmique d'origine hystérique

In : Annales d'oculistique, 1891, t. VI, p. 266-274



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/hist-med/medica/cote?90161x1891x266_274

Je ferai remarquer qu'après la naissance, les enfants, chez lesquels la vision binoculaire n'est pas encore bien établie, louchent assez facilement quand ils commencent à fixer, sans qu'on doive en conclure que c'est un strabisme qui s'établit. Toutefois, si nous supposons un enfant immobilisé dans son maillot et que les objets qui sollicitent habituellement son attention soient dans une position latérale telle qu'il ne puisse, sans difficulté, les voir binoculairement, nous trouvons réalisée une condition favorable à la production du strabisme. Encore faut-il, sans doute, que l'enfant y soit prédisposé.

Mauthner pense que les efforts volontaires de convergence que font quelquefois les enfants peuvent favoriser le développement du strabisme, ce qui n'est pas invraisemblable. D'autre part, Schweigger cite le cas d'un jeune garçon qui, par les mêmes efforts volontaires, se serait guéri d'un strabisme convergent.

LES ZONES HYSTÉROGÈNES DE L'ŒIL ET LA MIGRAINE OPHTALMIQUE D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

Par M. **GILLES DE LA TOURETTE** (1).

Non seulement les membranes de l'œil peuvent être anesthésiques ou hyperesthésiques, mais encore elles sont parfois le siège de *zones hystérogènes*.

Ces zones sont spasmogènes ou frénatrices, ces dernières étant connues, depuis longtemps, de par l'expérimentation clinique. On sait, en effet, que c'est un des procédés communément employés pour arrêter les attaques, que de comprimer les globes oculaires.

La notion des zones spasmogènes, pour être moins courante, n'en est pas moins réelle. Nous avons observé, à la Salpêtrière, deux malades chez lesquels la fixation du regard, ou la pression des globes oculaires, déterminait des attaques convulsives. Nous avons rapporté ailleurs (2) de nombreux

(1) Extrait d'un *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, d'après l'enseignement de la Salpêtrière (préface de M. J.-M. Charcot), qui paraîtra le 5 novembre 1891, chez Plon et C^{ie}, Paris.

(2) GILLES DE LA TOURETTE. *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. In-8°, Plon et C^e, 2^e éd., 1890.

exemples dans lesquels les manœuvres hypnotiques — qui s'adressent directement aux yeux, le plus souvent — avaient produit des attaques d'hystérie au lieu de l'hypnotisme qu'on comptait obtenir. Il n'est pas douteux que, dans ces cas, on avait mis en action des zones hystérogènes. Celles-ci siègent-elles sur la cornée, la conjonctive, ou dans les autres parties constituant de l'organe de la vision. Cela est difficile à dire.

Lichtwitz cite un cas où « la conjonctive, la cornée et le conduit lacrymal inférieur étaient occupés par des zones hypnogène, léthargogène et spasmogène. » L'état local de ces membranes, anesthésie ou hyperesthésie, peut être variable; nous savons, d'ailleurs, qu'en matière d'hystérie, ces troubles de sensibilité, en apparence différents, ont la même signification nosographique.

Dans le cas de Lichtwitz, lequel est fort intéressant, car il nous montre les rapports intimes qui unissent l'hystérie et l'hypnotisme, la conjonctive palpébrale supérieure de l'œil gauche était insensible; la conjonctive de la paupière inférieure et la sclérotique faiblement sensibles donnaient des réflexes peu vifs; la cornée était très sensible.

Or, « la conjonctive et la cornée, les conduits lacrymaux inférieurs et les sacs lacrymaux sont le siège de zones hystérogènes... l'introduction d'une sonde dans les conduits lacrymaux inférieurs provoque, à droite, un état cataleptoïde; à gauche, un état léthargique. Si on essaye de franchir le sac lacrymal et d'entrer dans le canal nasal, on voit, aussitôt, éclater une crise convulsive qui vient se greffer, à droite, sur l'état cataleptoïde; à gauche, sur l'état léthargique.

« Le chlorhydrate de cocaïne instillé dans les yeux rend insensibles les zones conjonctivale et cornéenne, mais il ne modifie pas les zones des conduits lacrymaux inférieurs (1). »

Ceci nous explique surabondamment la pathogénie de certains accidents convulsifs survenus pendant des opérations pratiquées sur l'appareil de la vision (2).

Dans le même cas de Lichtwitz, la pression légère de la paupière inférieure contre le bulbe déterminait l'état cataleptoïde

(1) LICHTWITZ. Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens, et les zones hystérogènes des muqueuses. Th. Bordeaux, 1887.

(2) DUM. *Convulsions hystériques à la suite de l'ablation d'un œil.* (Arch. of. ophth., XX, 1, 1891.)



ou léthargique. « Si on continue à irriter la conjonctive ou la cornée droite ou gauche, en pressant un peu plus fort, on provoque une crise convulsive. » Nous pourrions multiplier les citations de ces faits dans lesquels on note, la plupart du temps, un mélange presque inextricable de phénomènes hystériques et hypnotiques.

Mais, il en est d'autres plus intéressants peut-être encore et dont la pathogénie n'a été élucidée que dans ces dernières années; nous voulons parler du *syndrome migraine ophtalmique* dans ses rapports avec l'hystérie. Là encore, il paraît démontré que c'est la mise en action d'une zone hystérogène, siégeant, soit directement au niveau de l'œil, soit dans un autre point du corps, mais en correspondance directe avec l'organe de la vision, qui donne lieu à ces phénomènes.

La connaissance précise des rapports qui unissent la migraine ophtalmique avec l'hystérie date de 1888, époque à laquelle M. Charcot présenta à ses *Leçons du mardi* (1) un malade qui fait le sujet de l'observation de l'intéressant mémoire de M. Babinski (2), lequel fixa définitivement la valeur et l'interprétation de ce syndrome.

Avant MM. Charcot et Babinski, il n'est pas douteux que d'autres auteurs avaient signalé la coïncidence de la migraine ophtalmique et de l'hystérie; mais toute interprétation faisait défaut et aucun d'eux ne démontrait qu'il pouvait y avoir un lien étroit entre ces deux états; en un mot, que la migraine ophtalmique pouvait être une manifestation de la névrose.

M. Fink, dans sa thèse récente (3), a réuni les observations non interprétées, antérieures aux travaux de MM. Charcot et Babinski, et qui appartiennent plus particulièrement à Galezowski (4), Féré (5), Raullet (6), et Robiolis (7), auxquelles il

(1) CHARCOT. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1881-1888. (*Policlinique du 10 janvier 1888*, p. 10.)

(2). BABINSKI. *De la migraine ophtalmique hystérique*. (*Archives de Neurologie*, vol. XX, nov. 1890, n° 60, p. 305 et suiv.)

(3) FINK. *Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie*. Thèse de Paris, juillet 1891.

(4) GALEZOWSKI. *De la migraine ophtalmique*. (*Archives de médecine*, 1878.)

(5) CH. FÉRÉ. *Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique*. (*Revue de médecine*, 1881.)

(6) RAULLET. *De la migraine ophtalmique*. Thèse de Paris, 1883.

(7) ROBIOLIS. *Contribution à l'étude de la migraine dite ophtalmique*. Thèse de Montpellier, 1884, n° 4.

en a ajouté deux nouvelles inédites recueillies dans le service de M. Charcot et dans celui de notre maître, M. le docteur Raymond.

On sait en quoi consiste le syndrome. Quelques instants avant la douleur de tête apparaît, dans le champ visuel, du côté où la migraine siègera, un *scotome scintillant* qui revêt des formes très variées. Ce trouble visuel dure de quelques minutes à une demi-heure ou une heure; puis se montre la douleur; le globe de l'œil semble être poussé au dehors ou, au contraire, violemment enfoncé. La douleur peut gagner la moitié correspondante de la tête et irradier jusqu'au cou. Parfois, la céphalalgie précède les phénomènes oculaires; l'accès se termine généralement par des vomissements.

L'accès peut être *fruste* et consister simplement dans la présence du scotome avec quelques phénomènes douloureux.

Au contraire, la migraine ophtalmique peut être *associée*, comme le dit M. Charcot, avec des troubles qui rappellent l'épilepsie sensitive: engourdissement du bras, de la face, crises épileptiformes. De plus, on note, dans ces cas, une véritable *aphasie transitoire*, surtout lorsque l'engourdissement ou la parésie siègent du côté droit.

Notons que ce syndrome de *migraine ophtalmique accompagnée*, est loin de comporter un pronostic toujours bénin; il peut, par exemple, marquer le début de la paralysie générale (1). On comprend donc combien, en pareil cas, un diagnostic sévère est de rigueur.

Eh bien, il est certain que tous ces phénomènes, l'hystérie peut les simuler, ou mieux se les assimiler au point de rendre le diagnostic très hésitant.

Nous ne reviendrons pas sur la description générale, parce qu'il est entendu que les symptômes sont sensiblement les mêmes dans l'hystérie; nous nous contenterons d'insister sur les particularités qui appartiennent à la névrose.

La migraine ophtalmique survient, ainsi que l'a bien établi M. Babinski, sous forme d'un paroxysme aigu agissant pour son propre compte, ou sous forme de l'*aura* d'une attaque convulsive. Nous avons déjà signalé cette manière d'être pour les attaques de névralgie faciale (2). Outre les prodromes ordi-

(1) CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 3^e leçon.

(2) GILLES DE LA TOURETTE. Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu connus: attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière. (*Progrès Médical*, 1^{er} août 1891.)

naires de tous les paroxysmes quels qu'ils soient : battements dans les tempes, sensation de boule, etc., on note presque toujours l'existence d'une zone hystérogène dont la mise en action va directement faire naître le paroxysme. Cette zone peut siéger dans l'œil lui-même; la douleur débutera directement au niveau du globe oculaire ou encore, la zone se trouve au vertex, où elle donne lieu aux phénomènes du clou hystérique.

« Pendant un quart d'heure, dit M. Babinski, le malade ressent une douleur siégeant au niveau du vertex, qui semble se propager ensuite, par l'intermédiaire de fils, jusque au-dessus du rebord orbitaire gauche et devient très vive; en même temps, il éprouve une sensation de tremblement de l'aile gauche du nez. Puis, survient une vision lumineuse. »

Dans un autre cas il existait, au niveau de la sixième vertèbre dorsale, une zone hystérogène dont la pression faisait apparaître immédiatement le scotome. Enfin, dans l'observation III du même auteur, la pression d'une zone ovarienne gauche produisait le scotome comme, en d'autres circonstances, elle eût pu déterminer une attaque convulsive.

Le même malade peut présenter des attaques convulsives et des attaques de migraine ophtalmique séparées, le cas est plus rare; chacune des attaques procède alors par périodes distinctes.

Comment reconnaître si la migraine ophtalmique est d'origine hystérique? Lorsqu'elle constitue l'*aura* d'une attaque convulsive, le diagnostic s'impose; lorsque l'*aura* de la migraine ophtalmique, paroxysme spécialisé, part d'une zone hystérogène dument constatée et dont la pression suffit pour déterminer l'accès, la difficulté n'est encore pas grande.

Mais, si la migraine ophtalmique survient chez un sujet porteur de stigmates douteux, ayant déjà eu des migraines légitimes (1); comme manifestation première de l'hystérie, comment arrivera-t-on au diagnostic, et par là au pronostic qui, dans l'hypothèse hystérique, sera bénin alors que, dans toute autre, il pourra être fort grave, la migraine ophtalmique la plus simple étant toujours au moins une affection aussi tenace que douloureuse.

Nous croyons que, dans ces cas, l'examen des urines peut seul trancher la question : la migraine ophtalmique appar-

(1) FINK. *Thèse citée*, p. 26.

tient, comme la pseudo-méningite hystérique, aux paroxysmes douloureux. Dans ceux-ci, l'analyse, en déterminant la formule chimique que nous avons découverte et qui paraît être pathognomonique (1) permet de porter un diagnostic précis, là où la clinique semble échouer complètement.

Il est un phénomène fréquemment observé dans la migraine ophtalmique ordinaire que nous avons volontairement négligé : nous voulons parler de l'hémiopie, qui succède au scotome scintillant, atteint les deux yeux, est en général, homonyme et latérale, ne s'étend pas jusqu'au point de fixation et occupe, dans quelques cas, les moitiés supérieure ou inférieure du champ visuel (2).

Cette hémiopie existe-t-elle dans la migraine ophtalmique hystérique, et, en généralisant plus encore, l'a-t-on jamais observée dans l'hystérie indépendamment de la manifestation migraineuse ?

La question ainsi posée ne date pas d'hier et est — ou mieux était, autrefois — une des plus controversées dans l'hystérie. Elle a été fort bien traitée, en 1882, dans la thèse de M. Féré (3) pour la partie indépendante de la notion d'une migraine ophtalmique hystérique que l'on ne possédait pas à cette époque.

M. Féré rappelle que, chez les hystériques hémianesthésiques, M. Charcot a toujours soutenu que les troubles de la vision consistaient en une achromatopsie et un rétrécissement concentrique du champ visuel sans hémiopie.

« Cette opinion, dit-il, a été longtemps acceptée sans conteste. Mais M. Bellouard, dans sa thèse (4), s'efforce de démontrer qu'on a observé l'hémianopsie dans l'hémianesthésie hystérique. Reprenons ses arguments :

» 1° Chez quelques hystériques, dit Briquet (5), l'amaurose n'intéresse qu'une partie de la rétine et, le plus ordinairement, l'une des moitiés latérales, soit l'interne, soit l'externe ; et alors les malades ne voient que les objets qui peignent leurs

(1) GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU. *La nutrition dans l'hystérie*. In-8° de 116 pages. Lecrosnier, éd., Paris, 1890.

(2) Voy. SARDA. *Des migraines*. Thèse d'agr. Paris, 1886, p. 37.

(3) FÉRÉ. *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales*. Thèse de Paris, 1882, p. 61 et suiv.

(4) BELLOUARD. *De l'hémianopsie, précédée d'une étude d'anatomie sur l'origine et l'entrecroisement des nerfs optiques*. Thèse de Paris, 1880.

(5) BRIQUET. *Traité de l'hystérie*, p. 294.

images sur son côté sain, tout un côté des corps qui se trouve dans le champ de la vision étant inaperçu. »

« Cette observation, qui paraît fort nette au premier abord, manque absolument de valeur, parce qu'on ne dit pas quel a été le mode d'examen. Si nous examinons les deux yeux ouverts d'une hystérique atteinte de rétrécissement concentrique d'un seul champ visuel, en la faisant regarder alternativement d'un côté et de l'autre, nous en obtenons à peu près les mêmes réponses que d'un hémianopsique examiné dans les mêmes conditions.

« 2° M. Galezowski s'est occupé de cette question, et l'on peut voir, soit dans ce qu'il a écrit lui-même, soit dans ce qu'il a fait écrire par ses élèves, que l'hémianopsie se rencontre assez fréquemment dans l'hystérie. Svykos (1) dit que l'hémiopie est plus fréquente à gauche, etc.

« Nous ne pouvons résister au désir de découper dans la thèse de Svykos une des observations les plus probantes de M. Galezowski en faveur de l'hémianopsie des hystériques... »

La critique à laquelle se livre alors M. Féré démontre péremptoirement, qu'il s'agissait là de rétrécissement concentrique du champ visuel. Puis il ajoute : « M. Rosenthal a parlé plusieurs fois d'hémianopsie dans l'hémianesthésie des hystériques. Mais on sera édifié sur cette hémianopsie quand on aura lu la lettre suivante que M. Rosenthal nous autorise à publier, et qui était adressée à M. Charcot... »

« En somme, il n'est nullement prouvé, jusqu'à présent, qu'on puisse trouver chez les hystériques autre chose qu'une amblyopie avec rétrécissement du champ visuel... Nous ne voudrions pas affirmer que l'hémianopsie ne peut pas se rencontrer chez une hystérique, car nous savons que les troubles sensitifs peuvent se trouver très localisés ou du moins très prédominants chez les hystériques. Mais il ne paraît pas que le fait ait été dûment observé jusqu'ici. Nous avons fait l'examen campimétrique de toutes les hystériques hémianesthésiques qui se sont présentées à la consultation de M. Charcot, à la Salpêtrière, pendant l'année 1881, et nous n'avons jamais trouvé que le rétrécissement concentrique du champ visuel. »

Depuis dix ans, depuis l'époque où écrivait M. Féré, les

(1) SVYKOS. *Des amblyopies et des amauroses hystériques*. Thèse de Paris, 1873.

nombreux examens pratiqués à la Salpêtrière n'ont fait que confirmer ces conclusions. Toutefois, il est telles malades atteintes de migraine ophtalmique due à la névrose, chez lesquelles ce phénomène paraît exister *cliniquement* sinon *physiquement*, mais toujours à l'état transitoire et non permanent, comme le rétrécissement concentrique, par exemple.

M. Fink, dans sa thèse, a publié onze observations, dont deux personnelles, recueillies, avons-nous dit, dans les services de M. Charcot et de M. Raymond. M. Babinski en a rapporté quatre, dont deux sont relatées par M. Fink.

En somme, il existerait, actuellement, treize observations publiées que l'on doit rapporter à la migraine ophtalmique hystérique. Dans quatre de ces observations, l'hémiopie est notée.

Dans l'observation I de Fink (personnelle), on lit : « Examen de l'œil, pratiqué par M. le docteur Kœnig. *Hémiopie transitoire à la suite des attaques*. Rétrécissement du champ visuel à cinquante-cinq degrés de chaque côté, amblyopie à forme transitoire, etc... »

Dans l'observation VI de Fink, qui appartient à M. Féré, il est dit : « M. le docteur Meyer constate une *hémiopie à forme spéciale*, en ce sens que la vision normale dépasse un peu le centre et que le champ visuel est généralement rétréci, mais surtout du côté gauche. »

Dans l'observation XI (Baron), on note : « Les objets et les personnes peuvent être vus à moitié, et la moitié qui a disparu correspond à l'œil gauche. » Deux jours après une attaque, l'examen des yeux, pratiqué par M. Galezowski donnait : « amblyopie avec dyschromatopsie très accentuée à gauche. Le champ visuel de cet œil est rétréci concentriquement, et l'anesthésie périphérique atteint en bas et en dehors le point central de la vision ».

Enfin, M. Babinski dit dans son observation IV : « La céphalalgie disparut et la malade recouvra la vision, mais d'une façon imparfaite : en effet, elle ne voyait plus que la moitié droite des objets qu'elle fixait... »

Cet auteur ayant pu provoquer par suggestion, chez sa malade hypnotisable, une attaque de migraine ophtalmique, M. Parinaud fit, séance tenante, l'examen des yeux « au moment où la malade ne voyait que la moitié des objets. Le champ visuel, d'après cet examen, est à ce moment encore plus rétréci qu'à l'état normal. Mais on ne constate pas les caractères objectifs de l'hémiopie permanente ». Il s'agit, nous le répé-

tons, d'un cas non pas spontané, mais provoqué par suggestion.

Quoi qu'il en soit, dans treize observations de migraine ophtalmique d'origine hystérique, quatre fois, cliniquement, l'hémiopie *temporaire* est notée.

Dans trois cas, l'œil examiné après l'attaque ne présente plus qu'un rétrécissement concentrique du champ visuel; dans un quatrième cas (Babinski-Parinaud), l'œil étant examiné au moment même où la malade ne voyait que la moitié des objets, « *on ne constate pas les caractères objectifs de l'hémiopie permanente* », mais bien la seule accentuation d'un rétrécissement concentrique existant normalement.

Que conclure de tout cela ? C'est que l'hémiopie peut accompagner le syndrome migraine ophtalmique d'origine hystérique. Dans ces cas, elle est toujours *transitoire*, comme le syndrome lui-même. De plus, elle paraît alors être due à l'exagération temporaire du rétrécissement concentrique du champ visuel, sans qu'il soit possible de préciser, étant donnée la rareté des cas observés (1).

Cette opinion sur la rareté de l'hémiopie est aussi partagée par M. Pitres : « Le scotome central et l'hémiopie, dit-il, sont extrêmement rares chez les hystériques. Le rétrécissement concentrique du champ visuel est, au contraire, un des troubles sensoriels les plus fréquemment observés. »

C'est, en résumé, ce rétrécissement concentrique pour la lumière blanche et les couleurs qui constitue, avec certains troubles secondaires de l'accommodation, l'amblyopie hystérique avec toutes ses variétés.

(1) Voy. GRECO (de Pise). *De l'hémianopsie hystérique*. — Morgagni, n° 8, 1891. (Anal. in. *Union médicale*, 16 mai 1891.)