

S'agit-il de manifestations bénignes, l'isolement absolu n'est pas indispensable : il suffit de changer les malades de milieu et de recourir à l'hydrothérapie et à l'électrothérapie, comme complément. Dans les formes graves, l'hypnose peut rendre des services, surtout si les accidents sont encore récents.

L'attaque convulsive peut être arrêtée par la suggestion verbale, les inhalations d'éther, la compression des zones spasmo-frénatrices, etc... Il est souvent préférable de laisser passer un orage qui amènera une détente générale. Contre les monoplégies brachiales, on a recours à la Salpêtrière au procédé dit du dynamomètre. Le sujet presse, en le fixant du regard, le dynamomètre avec la main normale, puis avec la main paralysée, deux fois par jour, pendant cinq minutes, et tient lui-même la notation de ses progrès. On cherche surtout par là à agir psychologiquement et à réveiller les images motrices. Contre les contractures et les paralysies, divers procédés, tels que le massage, l'aimant, le transfert à deux, l'hypnotisme, peuvent donner de bons résultats. Il est surtout ici indispensable d'intervenir de bonne heure, de traiter les contractures à l'état naissant, sous peine de les voir devenir permanentes et rebelles à toute thérapeutique.

Enfin les agents provocateurs de l'hystérie, les intoxications en particulier, demanderont une prophylaxie variable selon les cas, mais toujours utile, du moins pour prévenir les récidives.

Quant au *traitement chirurgical*, nous avons vu comment il fallait procéder dans les rétractions fibro-tendineuses. En dehors de ces faits, la chirurgie est inefficace, pour ne pas dire dangereuse. Tœlken a pourtant préconisé récemment les appareils inamovibles contre les accidents hystériques locaux. Charcot les considère comme plus nuisibles qu'utiles. Pour l'ovariotomie, dont on a tant usé et abusé et dont nous avons souligné plus haut les inconvénients, on ne saurait être taxé de trop de sévérité en disant que de pareilles opérations sont tout au moins inutiles.

A. SOUQUES.

HYPNOTISME

Historique. — L'histoire de l'hypnotisme commence en réalité avec Mesmer, qui publia en 1779 son mémoire sur la découverte du *magnétisme animal*. La vogue qu'eurent dès l'abord ses

procédés, malgré les conclusions défavorables de la Commission nommée par le roi pour les examiner, attira immédiatement de nombreux chercheurs à sa suite. Parmi eux, il faut citer Puysegur, qui découvrit le somnambulisme provoqué et s'en servit pour la guérison des malades.

Après un temps d'arrêt pendant les événements de la Révolution française, ces études reprennent un nouvel essor avec les ouvrages de Deleuze, de Bertrand, du général Noizet. Puis vient la période des discussions académiques. Un premier rapport, de Husson, conclut à l'examen des faits de magnétisme animal (1831). Six ans plus tard, l'Académie vote les conclusions d'un autre rapport, de Dubois (d'Amiens), mettant hors la science le magnétisme et les magnétiseurs, et, quelque temps après, à la suite des discussions provoquées sur le même sujet par les candidats au prix Burdin (lecture à travers les corps opaques), décide enfin de ne plus s'occuper de ce qui touche au magnétisme animal.

Avec Bräid et son livre (*Neurypnologie; traité du sommeil nerveux ou hypnotisme*, 1843), où le mot hypnotisme est prononcé pour la première fois, la question entre dans une phase nouvelle, véritablement scientifique, la théorie ancienne du fluide magnétique étant définitivement détruite. Après un certain temps d'arrêt, les études reprennent avec MM. Azam (1860), Liébault (1866), etc... En 1878, Charcot publie le résultat de ses investigations sur cette question, et c'est, on peut le dire, grâce à ses recherches et à celles de ses élèves que l'étude de l'hypnotisme est réhabilitée définitivement au point de vue scientifique.

Depuis cette époque, les travaux se multiplient, et aujourd'hui la bibliographie de l'hypnotisme est certainement une des plus chargées de la littérature médicale¹. Les discussions n'ont d'ailleurs pas cessé d'être fort vives et l'accord est loin d'être fait, tant s'en faut, entre les auteurs².

Description. — Les principaux *procédés d'hypnotisation*, ou moyens employés pour plonger un malade dans le sommeil hypnotique, sont : la fixation du regard, l'occlusion des paupières, avec ou sans pression sur les globes oculaires, la production d'un bruit soudain (coup de gong), d'une lumière vive (lumière électrique, projection des rayons solaires à l'aide d'un miroir, etc.), enfin la suggestion (commandements énergiques, persuasifs et répétés de « dormir »).

Charcot décrit, dans la forme qu'il qualifie du nom de *grand*

1. On peut se faire une idée de ce fait en parcourant le livre de M. MAX DES-
SOIR, *Bibliographie des Hypnotismus*, Berlin, 1887. Depuis cette époque le nombre
des travaux publiés, loin de décroître, n'a fait qu'augmenter.

2. Voir la revue de J. BABINSKI (*Arch. de neurologie*, n^{os} 49 et 50).

hypnotisme, trois états hypnotiques distincts : 1° l'état léthargique ; 2° l'état cataleptique ; 3° l'état somnambulique.

Dans l'état *léthargique*, le malade, inerte comme une bûche, les yeux clos, est anesthésique total. On peut lui piquer, lui percer la peau avec des épingles sans qu'il manifeste aucune sensation, produire les bruits les plus violents à son oreille sans qu'il sorte de sa léthargie. C'est dans cet état que l'on observe le phénomène décrit par Charcot sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, qu'il en considère comme le signe somatique distinctif. Il consiste en ceci : lorsqu'on excite directement par le pincement, la pression, un muscle quelconque, ce muscle entre en contracture et, pour défaire cette contracture, l'opérateur doit exercer la même manœuvre sur son antagoniste, s'arrêtant au point mort pour ainsi dire, au moment où l'excitation du second, n'en ayant pas encore produit la contracture, a cependant vaincu le spasme du premier. Tous les muscles sont soumis à ce caractère, ceux des membres comme ceux de la face. Le même phénomène se produit lorsqu'on excite d'une manière analogue un nerf moteur quelconque (membres, face, etc.). Les muscles qui sont sous la dépendance de ce nerf, et ceux-là seulement, entrent en contracture, de façon à mettre en évidence, selon les lois strictes de l'anatomie descriptive, le domaine de distribution de ce nerf (griffe cubitale, médiane, etc.). Cette précision est un des éléments qui permettent de se mettre en garde contre la simulation chez l'immense majorité des sujets, non versés dans la connaissance de l'anatomie.

L'état *cataleptique* se manifeste quelquefois d'emblée, lorsque le malade est surpris par un bruit inopiné (coup de gong, coup de tonnerre), une lumière vive brusquement projetée dans ses yeux. On peut le faire à volonté succéder à l'état léthargique en soumettant la rétine à l'impression de la lumière, c'est-à-dire en ouvrant brusquement les yeux du sujet, qui a, en léthargie, les paupières closes. Dans l'état cataleptique, le phénomène somatique le plus important consiste dans la flexibilité musculaire, comparée à la souplesse de la cire (*flexibilitas cerea*) et qui permet au sujet de garder sans effort les positions que l'on donne à ses membres ou à son corps, dans les limites des lois de la pesanteur, bien entendu.

Il ne faut pas confondre avec cette catalepsie vraie (*cataleptia attonita*) les pseudo-catalepsies dans lesquelles les membres gardent la position qu'on leur donne, non plus à cause de la flexibilité cataleptique des muscles, mais à cause d'un état particulier de contracture spontanée ou provoquée. Dans ces cas il y a un certain degré de raideur qui n'existe jamais dans la catalepsie vraie. D'autre part il est facile de se mettre en garde contre les simulations de ce phénomène. Un athlète d'une grande force est incapable de garder le bras

levé par exemple, pendant un certain temps, sans un effort considérable, caractérisé par l'accélération des mouvements respiratoires et par des secousses dans le membre, deux phénomènes qu'il est facile de constater, même à leur moindre degré, à l'aide des appareils enregistreurs. Chez le cataleptique, la respiration, toujours superficielle et de peu d'amplitude, n'est pas troublée après un long temps de pose et, après un délai qui varie suivant les cas, le bras finit par retomber sans secousses, la ligne enregistrée par les appareils inscripteurs restant toujours parfaitement rectiligne.

De plus, dans la catalepsie, l'élément suggestif commence à entrer en scène, mais d'une façon spéciale. La suggestion semble provoquée tout d'abord par le sens musculaire. Faire exécuter un geste des membres à une cataleptique semble lui suggérer l'idée correspondante à ce geste, car l'expression de physionomie qui exprime cette idée se produit immédiatement sur sa face, et réciproquement. Des suggestions se produisent également sous l'influence de l'excitation des sens ; mais cette excitation doit être simple (un bruit et non un mot, une couleur et non un objet défini), et en tout cas la suggestion produite, qui varie pour chaque sujet, est toujours indépendante de la volonté de l'opérateur¹.

Nous ne nous occuperons point ici en détail de l'état *somnambulique*, le plus complexe de tous les états hypnotiques, devant le décrire dans le chapitre suivant, avec les autres somnambulismes (voir p. 364). Il nous suffira de dire ici, pour l'intelligence de ce qui va suivre, que son signe somatique distinctif, suivant Charcot, est ce qu'il appelle la *contracture somnambulique* par frôlement des muscles (même procédé opératoire que pour l'hyperexcitabilité de la léthargie, en remplaçant la pression des muscles par un simple frôlement de la peau à leur niveau), et que, de plus, dans cet état, l'opérateur peut provoquer à peu près toutes les suggestions : dans la sphère motrice, paralysies, contractures, mouvements quelconques, depuis le geste le plus simple jusqu'à des actes très complexes ; dans la sphère sensitivo-sensorielle et intellectuelle, hallucinations de toute espèce, changements de personnalité, etc... Le caractère commun à tous ces phénomènes, c'est la passivité *presque* complète du sujet et l'oubli absolu au réveil. On peut en outre reporter dans l'état de veille des suggestions données dans l'état somnambulique. Par exemple, on donnera à un somnambule une suggestion d'acte en lui prescrivant de l'exécuter, lorsqu'il sera réveillé, au bout de quelques minutes, quelques heures, quelques jours. L'acte sera exécuté en général dans les conditions prescrites sans que le malade s'y puisse

1. GEORGES GUINON et SOPHIE WOLTKE (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891).

opposer (*suggestions post-hypnotiques*). Ce sont précisément les suggestions de ce genre que l'on utilise au point de vue thérapeutique. On suggère pendant l'hypnose la disparition d'une paralysie par exemple, en ajoutant que la guérison se maintiendra après le réveil. Tel est en deux mots le procédé de la thérapeutique hypnotique.

A côté de cette forme typique de l'hypnotisme, Charcot admet également un grand nombre de formes frustes pour ainsi dire, dans lesquelles la séparation en trois périodes n'existe pas et où les phénomènes somatiques et psychiques se trouvent mélangés soit en totalité, soit en partie (*petit hypnotisme*).

La description de Charcot est loin d'être admise par tous les auteurs qui se sont occupés de ces questions (Liégeois, Bernheim, Beaunis, Forel, etc.). Les divergences d'opinion portent sur divers points : la nomenclature et la classification des états hypnotiques, — le rôle de la suggestion dans leur production et, par suite, la question de la nature de l'hypnotisme, — la soumission plus ou moins complète du sujet à toutes les suggestions, même criminelles, et, question connexe, l'importance de l'hypnotisme en médecine légale, — la valeur thérapeutique de la suggestion hypnotique dans les diverses maladies nerveuses ou autres.

En ce qui concerne la nomenclature des états, diverses classifications ont été admises, fondées sur différentes considérations. Celle de M. Liébault comprend six états, dont le premier est dit sans catalepsie, et les autres avec catalepsie : 1° somnolence ; 2° sommeil léger ; 3° sommeil profond ; 4° sommeil très profond ; 5° sommeil somnambulique léger ; 6° sommeil somnambulique profond. On peut, dans ces conditions, multiplier les états à l'infini, en considérant les mille et une petites différences qui se produisent de l'un, à l'autre.

Mais, ce qui est bien plus important dans cette divergence d'opinions, c'est que les auteurs ne reconnaissent pas la légitimité des signes somatiques (hyperexcitabilité neuro-musculaire, contracture somnambulique), qu'ils considèrent comme créés de toutes pièces par la suggestion. En effet, pour eux, dans l'hypnose, tout vient de la suggestion, le sommeil lui-même. Tandis que Charcot et ses élèves admettent que l'hypnotisme est une véritable maladie, une névrose proche parente de l'hystérie, et qu'en dehors des hystériques il y a peu de sujets hypnotisables, les auteurs en question affirment que l'hypnotisme est pour ainsi dire une fonction de l'homme normal, et qu'il suffit de la suggestion pour le faire naître, avec tous les phénomènes qu'il présente. On comprend que l'accord est difficile entre des avis aussi différents, qu'il est impossible de discuter, ni même de mettre en parallèle, les points de départ ne pouvant coïncider. A la

vérité, les uns entendent par hypnotisme tout autre chose que les autres.

En ce qui concerne la possibilité des crimes commis par suggestion hypnotique, les avis sont également partagés. MM. Liégeois, Bernheim, etc., se fondant sur un certain nombre d'exemples à la vérité fort discutables, prétendent que toute suggestion se réalise et que le sujet est absolument passif entre les mains de l'hypnotiseur. Au contraire, MM. Charcot, Ballet, Babinski, Gilles de la Tourette admettent qu'il persiste toujours chez l'hypnotisé un certain degré de personnalité fondée sur l'éducation, le milieu social, etc., qui lui fait, malgré toute sa passivité, refuser certaines suggestions, ou ne les accepter que lorsqu'il garde au fond la conscience qu'il ne s'agit là que d'expérimentation, de crimes de laboratoire.

Quant à la *valeur thérapeutique* de la suggestion hypnotique (il est bon d'ajouter le mot hypnotique, car la vieille invention des pilules de *mica panis* montre bien que de tout temps on a eu égard au rôle thérapeutique de la suggestion au sens vulgaire de ce mot), elle ne paraît pas s'exercer dans tous les cas avec la sûreté que lui attribue en particulier M. Bernheim. La discussion des exemples présentés tend à montrer qu'elle ne vaut guère que chez les hystériques — et encore, dans ces cas, elle est loin de réussir toujours. En tout cas, on peut donner comme règle de conduite qu'on ne doit, chez un hystérique, tenter l'hypnose et le traitement par suggestion que lorsqu'on a affaire à un cas absolument rebelle et que tous les autres moyens ont échoué. On sait, en effet, que les tentatives d'hypnotisation répétées sont loin d'être sans danger et peuvent provoquer l'hystérie lorsque celle-ci est simplement latente, et l'aggraver lorsqu'elle existe (Charcot, Georges Guinon, Séglas).

GEORGES GUINON.

SOMNAMBULISMES¹

Historique. — Dès l'origine et jusqu'à la fin du siècle dernier, le terme de *somnambules* était appliqué, ainsi que l'indique l'éty-

1. Consulter, en ce qui concerne les études récentes sur les somnambulismes : CHARCOT, *Clinique des maladies du système nerveux; leçons du professeur, mémoires, notes et observations parus pendant les années 1889-90 et 1890-91 et publiés sous la*