

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.

## SOMNAMBULISMES<sup>1</sup>

**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*



mologie du mot, aux gens qui, se levant la nuit, pendant leur sommeil, accomplissent inconsciemment dans ces conditions des actes quelconques dont ils ont perdu le souvenir au réveil. A la fin du dix-huitième siècle, à la suite des travaux de Mesmer et principalement du marquis de Puységur, apparaît une nouvelle forme de somnambulisme : le *somnambulisme provoqué ou artificiel*, qu'on appela, après Braid, *hypnotique*. A partir de ce moment, pendant une longue période de temps, cette forme de somnambulisme seule attire et retient l'attention<sup>1</sup>. Ce n'est qu'en 1860 que M. Mesnet envisage un *somnambulisme pathologique*, dont il fixe un certain nombre de caractères.

Mais, à la faveur de la nouvelle voie ouverte dans l'étude de l'hystérie par Charcot, on commença un peu plus tard à attribuer à cette maladie un certain nombre de cas de somnambulisme, sous le nom de *somnambulisme hystérique* (Chambard, Gilles de la Tourette, etc.). D'autre part, les travaux de M. Azam sur sa malade Félicité firent connaître un état de somnambulisme particulier qu'il appelle dédoublement de la personnalité et pour lequel M. Egger propose le nom de *vigilambulisme*. Enfin, Charcot, un peu plus tard, fixait définitivement la description détaillée d'une sorte d'état somnambulique d'origine épileptique, l'*automatisme comitial ambulatoire*.

Mais tous ces états divers, sans lien les uns avec les autres, sans différences assez définies non plus, semblaient constituer autant de types divers, sans compter que le somnambulisme le premier décrit, celui des gens qui se lèvent la nuit et se promènent tout endormis, persistait comme un type à part sous le nom de *somnambulisme naturel*. Pour voir mettre de l'ordre dans cette question et essayer une tentative raisonnée de classification au point de vue clinique et pathologique, il faut arriver à des travaux tout à fait récents (Charcot, Georges Guinon, Stéphanie Feinkind). D'après ces travaux, on peut distinguer aujourd'hui quatre états somnambuliques distincts :

- 1° L'automatisme comitial ambulatoire;
- 2° Le somnambulisme hypnotique ;
- 3° Le somnambulisme hystérique ;

*direction de GEORGES GUINON, Paris, 1893, t. II, n° XXVII, Des somnambulismes; et n° XXIX, Du vigilambulisme hystérique. — GEORGES GUINON, Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes; du somnambulisme hystérique (Progr. méd., 1891) et : Du dédoublement de la personnalité d'origine hystérique; vigilambulisme hystérique (Progr. méd., 1892). Ces deux travaux sont publiés dans l'ouvrage ci-dessus cité de Charcot (t. II, n°s XXVIII et XXX). — Enfin, du même auteur : Les somnambulismes (Biblioth. méd. Charcot-Debove).*

1. Voir à ce propos, au chapitre de l'*Hypnotisme*, les diverses vicissitudes que subirent les études sur ce sujet à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci.

#### 4° Le vigilambulisme hystérique.

Comme on le voit, hormis l'automatisme comitial, tous les autres états somnambuliques se rapportent à l'hystérie.

### I. — AUTOMATISME COMITAL AMBULATOIRE

Cet automatisme est une sorte de forme prolongée du *petit mal* épileptique, dans laquelle les malades présentent une tendance marquée à la déambulation, aux voyages. L'automatisme peut durer de quelques heures à plusieurs jours et pendant ce temps, fait important à noter, ils sont absolument inconscients ou, en d'autres termes, lorsqu'ils rentrent dans l'état normal, ils ont totalement perdu le souvenir de ce qu'ils ont accompli pendant la période d'automatisme. Ce fait les distingue tout d'abord des impulsifs, portés à accomplir, en dépit de leur volonté, mais en pleine possession d'eux-mêmes et parfaitement conscients, des marches ou des voyages plus ou moins prolongés (dipsomanes, aliénés voyageurs : Tessié).

Pendant qu'ils marchent et voyagent (à pied, en chemin de fer, etc.), les automates épileptiques exécutent comme des personnes normales les actes de la vie ordinaire (manger, boire, coucher à l'hôtel, etc.). Cependant ceux qui les observent au passage leur trouvent quelquefois un aspect un peu particulier, un air hagard, qui peut, dans certains cas, attirer sur eux l'attention. En général, ils ne commettent pas d'actes délirants, en dehors du voyage lui-même, qui constitue cependant un acte intempestif, illogique et hors de tout rapport avec leur profession et leurs habitudes. Néanmoins, on en a vu qui volaient ou se laissaient voler avec une simplicité tout à fait anormale. D'autres exécutent des actes insensés, tel cet homme, cité par Charcot, qui, dans l'état d'automatisme, passant en chemin de fer sur un viaduc, se jeta de son wagon dans la rivière et revint à lui sur la berge, entre les mains des agents de police.

Mais, bien qu'ils ne commettent pas souvent d'actes répréhensibles, ces malades se trouvent quelquefois avoir maille à partir avec la justice, dont l'ignorance en pareil cas peut conduire à de très regrettables erreurs. Il leur arrive, en effet, de reprendre connaissance dans des endroits inconnus d'eux et fort éloignés de leur domicile, et de se remettre entre les mains de la police, qui les prend facilement pour des gens sans aveu, des vagabonds ou des voleurs. Aussi, en pratique, est-il bon de munir les malades de ce genre d'une sorte de certificat médical, qu'ils porteront toujours sur eux et qui leur servira à se faire reconnaître comme malades dans leurs diverses fugues et leur évitera souvent bien des désagréments (Charcot).



Notons enfin que les malades portent souvent le cachet de l'épilepsie, en ce sens qu'ils ont eu autrefois, ont actuellement, ou auront dans l'avenir des accès convulsifs francs.

## II. — SOMNAMBULISME HYPNOTIQUE

On peut prendre comme type de description celle de M. Charcot, dans laquelle il est facile de faire rentrer, à peu de chose près, les différentes descriptions des auteurs dont les classifications varient.

Le somnambulisme hypnotique proprement dit est tout d'abord un état provoqué (somnambulisme artificiel de Puységur). Le malade qui y est plongé présente au premier abord tous les caractères d'un individu dans l'état normal. Mais il est facile de voir en observant attentivement que le somnambule manque presque totalement d'initiative et est jusqu'à un certain point attaché à celui qui l'a hypnotisé, attendant ses ordres pour agir. Il ne délire point et n'accomplit point *spontanément* d'actes intempestifs ni illogiques. Il est facile de se rendre compte également qu'il n'y a pas chez lui trace d'hallucinations spontanées quelconques. Si on lui parle, il répond avec justesse suivant son éducation, son instruction, etc. Il reconnaît et nomme sans se tromper les objets qu'on lui présente et qu'il connaît, ainsi que les personnes.

Le somnambulisme est l'état hypnotique dans lequel la suggestibilité est la plus étendue et les suggestions peuvent être les plus variées. En ce qui concerne les limites de la suggestibilité, la nature des suggestions, leur exécution pendant ou après l'hypnose, etc., et les discussions auxquelles ces divers points ont donné lieu, nous renvoyons au chapitre *Hypnotisme*. Qu'il nous suffise de dire ici que les suggestions de tout ordre (hallucinations, actes, etc.) ont besoin, pour se réaliser, d'être formulées soit par des paroles, soit par la mimique, d'une façon toujours nette et précise, et que sur ce canevas fourni par l'observateur le somnambule hystérique en général brode peu. Mais que l'on se souvienne aussi que les somnambules sont de véritables appareils enregistreurs, d'une grande sensibilité, et que bien souvent dans les expériences, des phénomènes plus ou moins merveilleux, prétendus spontanés, ne sont dus simplement qu'à des suggestions inconscientes fournies par l'opérateur à son malade, à l'aide d'une parole, d'un geste, qui lui auront échappé, et qui peuvent fournir au somnambule des indications suffisamment précises en rapport avec l'expérience en cours (action des médicaments à distance, etc.).

La caractéristique somatique du somnambulisme hypnotique est, d'après Charcot, ce qu'il appelle la *contracture somnambulique* pro-

duite par le simple frôlement de la peau à l'aide des doigts ou du souffle (*hyperexcitabilité cutané-musculaire*).

Au réveil, naturellement, perte complète du souvenir, même dans le cas de suggestion post-hypnotique, à moins de suggestions contraires. Mais, sauf le cas où le médecin aurait fait, par des suggestions appropriées, qu'il en fût autrement, on peut dire qu'il n'existe pas, du fait des périodes somnambuliques, de lacunes dans le cours de la vie ordinaire du sujet.

## III. — SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUE

Suivant la description classique, on sait que la grande attaque d'hystérie se divise en trois périodes principales, sans compter l'aura : 1<sup>o</sup> période épileptoïde ; 2<sup>o</sup> période des grands mouvements ; 3<sup>o</sup> période des attitudes passionnelles. On sait également que dans certains cas, l'une de ces périodes peut l'emporter en intensité, en durée sur l'une des autres, ou même s'isoler, s'individualiser presque complètement, les autres périodes étant effacées, pour constituer par exemple : l'attaque à forme d'état de mal épileptique, l'attaque de sommeil, la petite attaque convulsive vulgaire, etc. (voir à ce sujet l'article *Hystérie*). Si c'est la période des attitudes passionnelles qui prend un développement exagéré, ne se bornant plus à de simples attitudes, mais allant jusqu'au délire actif avec hallucinations et actes très variés et complexes, on sera en présence de la forme somnambulique de l'attaque (somnambulisme hystérique : Charcot). Dans cette modalité de la crise, quelque effacées que soient les autres périodes, on en retrouvera toujours quelques vestiges permettant de diagnostiquer la véritable nature du somnambulisme. Ce fait est fort important à noter.

Mais, en dehors de cela, le somnambulisme hystérique présente par lui-même un certain nombre de caractères assez nets et que l'on peut opposer à ceux des autres somnambulismes. Tout d'abord, à l'inverse du somnambulisme hypnotique, il est le plus souvent spontané. Lorsqu'il est provoqué, c'est par des manœuvres spéciales nullement hypnogènes, mais au contraire convulsigènes : l'excitation des zones hystérogènes. Mais il est une zone hystérogène peu connue et dont l'excitation ressemble à s'y méprendre à une manœuvre d'hypnotisation. C'est le point hystérogène rétinien ou oculaire (Charcot). En agissant comme pour provoquer l'hypnose par la fixation du regard, le malade tombe en attaque et, dans notre cas particulier, en somnambulisme. Il est donc bon de se mettre en garde contre l'erreur qui pourrait facilement se produire alors et risquerait de faire prendre



pour hypnotique un phénomène qui relève exclusivement de l'attaque hystérique, ainsi que cela est arrivé à certains auteurs.

Loin de ressembler au somnambule hypnotique, tranquille, dénué d'initiative, le somnambule hystérique est avant tout un délirant, quelquefois très violent, d'autres fois tranquille et présentant, dans ce dernier cas, si on ne l'observe pas attentivement, quelque ressemblance avec l'individu normal. Son délire est toujours commandé et dirigé par des hallucinations de tous les sens, en particulier de l'organe visuel, hallucinations très nombreuses, très variées, en rapport le plus souvent avec ses habitudes, son genre de vie, sa profession, etc... En outre le malade est profondément concentré dans son délire ; il ne paraît voir, entendre, sentir que ce qui y a rapport et laisse de côté le reste, sauf pour l'y incorporer d'une manière quelconque (Mesnet, Georges Guinon). En général le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, à moins qu'elles n'aient rapport à son délire et, dans le cas contraire, il les y ramène toujours plus ou moins. A noter la présence constante, au milieu des hallucinations diverses, des visions terrifiantes, en particulier d'animaux (zoopsie), qui portent au suprême degré le caractère hystérique.

La suggestibilité est nulle ou très vague dans le somnambulisme hystérique. En tout cas, les suggestions (hallucinations, actes, etc.) ne sont, ni produites par des ordres verbaux ou mimiques précis, ni conformes à la volonté de l'observateur. Au contraire, elles ne sont jamais provoquées que par des indications plus ou moins vagues (impressions sensorielles simples, de couleurs, de sons, etc..., mots isolés) que le malade interprète ou transforme à son gré, absolument en dehors de la volonté du médecin (Georges Guinon). Cela est bien différent de ce qui se passe dans le somnambulisme hypnotique. Au contraire, cette sorte de suggestibilité se rapproche beaucoup plus de celle qui existe dans la catalepsie<sup>1</sup> (voir l'article *Hypnotisme*).

Il n'existe pas dans le somnambulisme hypnotique de phénomènes somatiques nets, tels que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire ou la contracture somnambulique. Notons cependant que ces phénomènes ont été observés dans quelques cas, dans lesquels, à vrai dire, on pouvait sans invraisemblance les rapporter tout simplement à la diathèse de contracture.

Au réveil la perte du souvenir est complète. Mais les malades ayant déliré et accompli des actes en général tout à fait en dehors de ceux de la vie de tous les jours, on peut dire qu'il n'existe pas dans le cours de leur vie ordinaire de lacunes appréciables du fait des pé-

1. GEORGES GUINON et SOPHIE WOLTKE (*Arch. de neurol.*, 1891).

riodes somnambuliques. Accidentellement, cependant, il peut en être autrement, lorsque par exemple, le somnambule aura dans son délire accompli quelque acte répréhensible (vol, tentative de meurtre, etc... : Garnier). Mais le fait est relativement rare.

#### IV. — VIGILAMBULISME HYSTÉRIQUE (*dédoublement de la personnalité d'origine hystérique*<sup>1</sup>).

Cet état ne serait, d'après les études de Charcot, autre chose qu'une modalité anormale et assez rare de la phase des attitudes passionnelles de la grande attaque hystérique. On retrouve, en effet, le plus souvent, soit au début, soit à la fin de l'état vigilambulique, des phénomènes convulsifs ou autres ressortissant à l'une des autres périodes de l'attaque normale. Seulement ces phénomènes sont plus ou moins effacés et attirent au premier abord fort peu l'attention.

Le vigilambulisme est le plus souvent spontané et, lorsqu'il est provoqué, on peut faire à son sujet les mêmes remarques que nous faisons plus haut à propos du somnambulisme hystérique, en particulier en ce qui concerne sa provocation par l'excitation du point hystérogène oculaire ou rétinien.

Les vigilambules présentent, à s'y méprendre, toutes les apparences de l'individu normal, au point que des médecins expérimentés ont pu, ainsi que cela est arrivé à Charcot, passer des années auprès d'eux sans remarquer ce dédoublement de la personnalité qui les caractérise au premier chef.

Un exemple pris parmi un des cas connus les plus caractéristiques donnera, mieux que toute description théorique, une idée de ce dédoublement (cas de Marie H... : Charcot). Une femme est tombée, en 1884, dans l'état vigilambulique où elle est restée depuis lors d'une façon à peu près continue, sauf de très courtes périodes de retour à l'état normal. Dans cet état vigilambulique (état second, deuxième personne, etc...) elle ne connaît que les faits, relatifs à elle-même ou aux autres, qui se sont produits depuis 1884, et ignore totalement ceux antérieurs à cette date : son lieu de naissance, ses parents, sa vie antérieure, les événements politiques, etc. Elle a en outre acquis, dans cet état second, des notions nouvelles : lecture, écriture, couture, etc... Dans l'état normal qui reparait soit spontanément à de très longs intervalles, soit artificiellement, elle ignore tous les événements postérieurs à 1884 et se croit réellement à cette année, se

1. AZAM, *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité*, Paris, 1887. — BOURRU et BUROT, *Variations de la personnalité*, Paris, 1888. — RIBOT, *Maladies de la personnalité*, Paris, 1886. — CHARCOT, GEORGES GUINON, *loc. cit.*



disant âgée de l'âge qu'elle avait alors, ne sachant rien des modifications quelconques produites en elle et autour d'elle depuis ce moment. Elle ne possède aucun rudiment des connaissances qu'elle a acquises dans l'état second (lecture, couture, etc...). On peut donc dire que la malade est nettement dédoublée en deux personnes, totalement ignorantes l'une de l'autre.

Ce dédoublement n'est pas toujours aussi prononcé; ainsi dans le cas célèbre d'Azam (Félida X...) la personne seconde connaissait toute la vie des deux personnalités; seule, la personne première, normale, ignorait totalement la personnalité vigilambulique.

Cette dernière perd, en général, un certain nombre de notions acquises dans l'état normal par l'éducation ou l'instruction. Il est rare de voir des vigilambules plus instruites dans leur état second, à moins qu'elles n'aient, comme ci-dessus, acquis cette instruction dans le second état. En général, les notions un peu complexes (orthographe, calcul, musique) sont perdues dans le vigilambulisme. Persistent au contraire, en général, les notions pour ainsi dire automatiques, réflexes (marche).

La distinction entre les deux états peut être marquée en outre par des phénomènes pathologiques existant dans l'un et pas dans l'autre. Une malade, par exemple, peut être paraplégique à l'état de veille et jouir du libre usage de ses membres dans le vigilambulisme (cas de Marguerite D... : Charcot).

Cet état peut durer pendant des mois et des années, ne laissant pour ainsi dire aucune place à l'état normal. D'autres fois les périodes alternantes des deux états peuvent revenir à de très longs intervalles. D'autres fois, enfin, l'alternance se fait d'une façon très régulièrement périodique, par exemple chez cette malade qui était vigilambule pendant le jour et normale pendant la nuit (cas de Marguerite D... : Charcot).

Ces malades, d'apparence en général absolument normale, vivent de la vie ordinaire, sans qu'on puisse la plupart du temps s'apercevoir qu'elles sont dans un état anormal. Elles accomplissent tous les actes en rapport avec leur métier ou profession, leur situation sociale, s'ingéniant précisément à masquer de leur mieux les défauts de mémoire qui peuvent survenir de temps à autre et leur causer souvent de grands embarras. Elles ne délirent nullement et n'ont aucune espèce d'hallucinations. Mais précisément en raison de ces morceaux séparés de vie courante vécus comme normalement par l'une et l'autre personne et totalement ignorés de chacune d'elles ou de l'une des deux, il résulte que, dans le cours de la vie ordinaire de ces malades, il existe des lacunes considérables. Cela s'explique facilement : supposons, par exemple, une modiste ayant vendu des cha-

peaux en vigilambulisme; lorsqu'elle reviendra à l'état normal, elle n'aura aucune notion des faits accomplis, des chapeaux vendus, de l'argent entré en caisse pendant la période d'état second. Ce caractère important est à opposer à ce qui se passe dans les somnambulismes hypnotique et hystérique.

Dans les deux cas rapportés par Charcot, les vigilambules présentaient les caractères somatiques et la suggestibilité du somnambulisme hypnotique (voir plus haut) qui n'existaient point chez elles à l'état normal.

#### V. — NOCTAMBULISME

Ce terme, préférable à celui de somnambulisme naturel, s'applique aux individus se levant dans leur sommeil et accomplissant tout endormis des actes quelconques (Georges Guinon). Il paraît difficile de considérer les noctambules comme des individus normaux. Et d'autre part il paraît démontré aujourd'hui (Charcot, Georges Guinon, Stéphanie Feinkind<sup>1</sup>) qu'ils ne doivent point constituer une classe à part.

Parmi ces cas, un certain nombre rentrent dans l'automatisme comitial ambulatoire nocturne (Hack Tuke), les autres dans la forme nocturne du somnambulisme hystérique et peut-être aussi du vigilambulisme (Georges Guinon, Stéphanie Feinkind).

Tels sont, au point de vue clinique, les caractères principaux des diverses espèces de somnambulismes. Nous avons à dessein laissé de côté tout un point de vue de la question, le point de vue psychique ou mieux psycho-physiologique, qui a donné lieu à de nombreux travaux dans ces dernières années, de la part des psychologues (Binet, Pierre Janet, etc...), mais qui ne saurait trouver sa place dans un livre de pure pathologie.

GEORGES GUINON.

1. STÉPHANIE FEINKIND, *Le somnambulisme dit naturel (noctambulisme); ses rapports avec l'hystérie et l'attaque hystérique somnambulique* (Thèse de Paris, 1893).