

marchent, ils ploient dans leurs articulations, se mettent à trembloter, commencent à respirer rapidement et convulsivement, et ne font pas le moindre effort pour se servir de leurs jambes. S'il n'y a qu'une jambe de paralysée, les malades marchent quelquefois d'une allure particulière et très caractéristique. Ils font un grand pas avec la jambe saine, tandis que la jambe paralysée, maintenue entièrement raide, est entraînée après l'autre en faisant sur le sol un bruyant tracé. Les *bras* sont beaucoup plus rarement atteints de paralysies hystériques, qui d'ailleurs ne se rencontrent presque jamais dans les *muscles de la face*. Une fois nous avons pu observer de la diplopie hystérique.

En ce qui concerne la nature intime de la paralysie, il peut se présenter dans l'hystérie des *paralysies flasques*, de même que des *paralysies spastiques*. Dans beaucoup de paraplégies hystériques les réflexes tendineux sont tellement exagérés, il se produit même, ainsi que nous avons eu l'occasion de le constater, un clonisme du pied tellement fort, qu'à première vue on serait tenté de croire à une véritable paralysie spinale. En d'autres circonstances, comme par ex. les paralysies du bras, le membre frappé pend dans un état de flaccidité complète. En même temps les parties paralysées sont parfois entièrement anesthésiées (ce qui, au point de vue du diagnostic, est quelquefois un caractère décisif), dans d'autres cas au contraire, elles possèdent leur sensibilité normale, à moins qu'elles ne soient hyperesthésiées.

La *paralysie hystérique des cordes vocales* est excessivement fréquente. Les malades perdent d'ordinaire subitement la voix, de manière à ne pouvoir plus que chuchoter (*aphonie hystérique*). Si on les examine au laryngoscope (notons en passant qu'en ce cas le pharynx est atteint d'une anesthésie et d'une non-excitabilité réflexe remarquables), on ne découvre aucune trace de lésion anatomique aux cordes vocales, mais seulement un état de parésie, une occlusion incomplète de la glotte ou même un écartement des cordes vocales à chaque intonation. Les malades alors ne savent plus que *parler bas à l'oreille*. — A l'aphonie hystérique vient assez rarement s'ajouter la *mutité hystérique*. Les malades sont complètement destitués de l'empire de la volonté sur les organes de la parole et finissent par devenir entièrement *muets*.

La *paralysie pharyngée hystérique* est beaucoup plus rare que la paralysie des cordes vocales. Toutefois, on a parfois de la peine à distinguer si la dysphagie hystérique tient à une paralysie ou à un *état spasmodique* des muscles du pharynx.

3. Contractures hystériques. Les contractures hystériques se présentent tantôt isolément, tantôt combinées avec des paralysies, des anesthésies et d'autres symptômes hystériques. Elles sont le résultat de contractions

toniques musculaires extraordinairement puissantes. Le point de départ de l'excitation est incontestablement de nature centrale. Ces contractures sont parfois passagères, mais souvent elles se distinguent surtout par leur intensité et leur excessive opiniâtreté. Ce sont principalement les membres qui en sont atteints, plus rarement les muscles du tronc et de la nuque. Aux mains et aux pieds, surtout aux orteils, ce sont les contractures en flexion qui prédominent; dans les grandes articulations, ce sont les contractures en extension qui constituent la règle. Bien qu'à cet égard il y ait de grandes variétés, il y a pourtant certaines formes de contractures et d'attitudes qui sont particulièrement caractéristiques.

Nous avons signalé plus haut la relation qui existe entre les contractures hystériques et les névralgies articulaires (p. 38). Elles se présentent d'ailleurs sous forme hémiplegique, paraplégique et monoplégique. Quelquefois elles succèdent à une attaque d'hystérie convulsive (v. plus bas). Pendant le *sommeil chloroformique* et même pendant un profond sommeil naturel, les contractures hystériques se dissipent complètement.

4. Troubles vasomoteurs. Troubles de la sécrétion. Phénomènes ayant pour théâtre les organes internes. Indépendamment des phénomènes sensoriels et moteurs décrits jusqu'ici, il se produit encore dans l'hystérie des symptômes qui sont du domaine des nerfs vasomoteurs et sécréteurs. Avouons que l'interprétation à donner à la plupart de ces symptômes est encore très obscure.

C'est aux influences *vasomotrices* qu'il y a lieu d'attribuer les états *d'anémie* et *d'hyperémie* anormales *de la peau* (peau pâle, froide d'une part, peau injectée et chaude de l'autre). Et comme il est admis que les nerfs vasculaires réagissent à un haut degré sous l'action des émotions morales, il est naturel aussi d'assigner aux phénomènes susdits une origine centrale. Il est plus difficile d'expliquer les *hémorragies d'organes internes* qui certainement compliquent assez souvent l'hystérie et qu'on a l'habitude de mettre également sur le compte d'« influences névroso-vasomotrices ». Nous estimons qu'il importe de se tenir sur une extrême réserve en ce qui regarde cette dernière manière de voir. L'hémorragie qu'on rencontre le plus fréquemment, c'est le *vomissement de sang* ou *l'hémoptysie* hystérique, c.-à-d. l'expulsion de sang hors de la bouche, tantôt à la faveur d'une secousse de toux, tantôt de préférence avec des mouvements de régurgitation. Il est même arrivé que des médecins peu expérimentés ont été ainsi conduits à admettre l'existence d'une maladie grave du poumon ou d'un ulcère de l'estomac. Cependant en examinant les choses de près on ne tarde pas à s'apercevoir que le sang rejeté se fait remarquer par sa teinte

d'un rouge framboisé clair, par l'abondance de mucus et de salive qui s'y mêle et par la fluidité de sa consistance. L'ensemble de son volume mesure rarement au delà de 50 à 80 gr. En recherchant plus minutieusement la source d'où il provient, on découvre le plus souvent qu'il sort de la gencive, de la muqueuse buccale ou pharyngée. Ce sont parfois des mouvements spasmodiques de régurgitation ou le hoquet qui par une action purement mécanique font saigner la muqueuse. Il est certain d'autre part que dans beaucoup de cas c'est à des supercheries intentionnelles de la part des malades qu'il faut attribuer les pertes de sang. Sous ce rapport les hémorrhagies par les voies génitales et les hémorrhagies cutanées doivent surtout inspirer de la réserve.

A la suite des troubles vasomoteurs, il nous reste à mentionner encore un phénomène dont la signification, à notre avis, n'a pas encore reçu d'explication suffisante — nous voulons parler de la *fièvre hystérique*. Dans l'hystérie grave, principalement au moment des grandes attaques et des commotions morales, nous avons noté à diverses reprises, conjointement avec plusieurs autres observateurs, de fortes exacerbations thermiques (allant à 41° et au delà) qui se déclarent d'une façon tout à fait irrégulière. Cependant dans aucun des cas nous appartenant, nous n'avons pu exclure entièrement la possibilité de la simulation, c.-à-d. la surélévation de la colonne mercurielle par frottement ou compression du thermomètre ; toutes les fois que nous avons pris la température dans le rectum, la chaleur était normale, et la forte fièvre se manifestait constamment en notre absence. A ce point de vue encore nous recommandons la plus grande circonspection.

On a observé aussi chez les hystériques des *anomalies des organes de sécrétion et d'excrétion*. Beaucoup de malades se plaignent d'avoir la peau excessivement sèche, chez d'autres il y a une abondante *sécrétion sudorale*. La *sécrétion salivaire* présente des variations analogues. Il existe quelques exemples très remarquables d'*ischurie* hystérique, où pendant plusieurs jours l'urine n'était évacuée qu'en quantité très minime et où la vessie n'en contenait non plus que quelques gouttes. Dans un cas semblable, dû à CHARCOT, il existait en même temps de violents vomissements, et dans la matière vomie on découvrit une proportion assez forte d'urée (élimination vicariante d'urée). Plus fréquemment que l'ischurie, on rencontre la *polyurie hystérique*, ou l'émission d'une grande abondance d'urine claire et de faible pesanteur spécifique. Cette polyurie pourtant dépend en beaucoup de cas des masses d'eau qu'ingèrent les malades. La *polydipsie* (exagération de la soif) est un symptôme très fréquent chez les hystériques, surtout à la suite d'un accès convulsif.

Les *troubles digestifs* que beaucoup d'hystériques accusent, ressemblent en grande partie aux *affections nerveuses de l'estomac* que nous avons décrites dans le tome I. Le complexe symptomatique de la dyspepsie nerveuse et les troubles similaires du canal intestinal (coliques, constipation opiniâtre, diarrhées intercurrentes) sont des épiphénomènes assez fréquents de l'hystérie. Il faut y ajouter le *météorisme hystérique (tympanite)*, ballonnement parfois très considérable de l'abdomen par suite d'une forte accumulation d'air et de gaz intestinaux. Ce symptôme est dû en partie à un état de paralysie des muscles de l'estomac et des intestins ; mais très souvent il est provoqué par la grande quantité d'air que les malades ont avalé (intentionnellement ou sans y prendre garde). La distension et la dureté du ventre peuvent devenir telles qu'elles simulent des maladies graves (péritonite, tumeurs) ou la grossesse. Dans le doute, l'examen pratiqué pendant le sommeil chloroformique résout immédiatement le cas. En exerçant une compression sur l'abdomen, ou en introduisant un tube dans l'intestin, etc. on évacue en peu de temps l'air accumulé.

Enfin il nous reste à signaler brièvement les *troubles des organes génitaux*. Nous avons dit que les relations qui existent entre les maladies des organes sexuels et l'hystérie ont été fortement exagérées autrefois et fausement interprétées. Cependant il faut convenir que les *organes génitaux*, comme presque tous les autres organes, peuvent, par les troubles nerveux dont ils sont le théâtre, *prendre part* à la scène morbide de l'hystérie. Des douleurs, des hyperesthésies, peut-être encore beaucoup d'anomalies de la menstruation et de la sécrétion, sont susceptibles d'être expliquées de cette manière. Il est en outre facile de comprendre comment, chez les natures hystériques possédant une impressionnabilité vive, les conditions sexuelles jouent parfois un rôle qui n'est pas sans importance, comme cela se traduit si souvent par le caractère des délires et des hallucinations hystériques.

5. Constitution générale des hystériques envisagés au point de vue physique et moral. Étant donné que l'hystérie, et c'est le seul moyen de s'en faire une notion correcte, est avant tout une maladie du moral, il n'est pas étonnant que l'ensemble de la constitution et le tempérament moral du malade présentent un cachet spécial. Aussi bien dans nombre de cas la manière d'être des hystériques, au point de vue psychique, est tellement frappante que le médecin, rien qu'en considérant la physionomie et la façon de procéder du malade, peut tirer une induction sur la nature de la maladie.

Les hystériques sont irritables, prompts à se passionner, d'humeur changeante, impressionnables, ombrageux, toujours ballottés d'un extrême à l'autre.

Ils sont portés à exagérer leurs souffrances, importunent sans cesse leur entourage et leur médecin, et se complaisent à exciter la compassion. Si d'un côté ils sont pusillanimes et sans énergie, de l'autre ils sont rusés et opiniâtres, quand il s'agit d'atteindre un but ou d'exécuter un plan. Cependant, pour peu qu'ils veuillent, ils savent aussi être très affectueux et attrayants. Presque jamais ils ne manquent d'esprit. L'hystérie se rencontre rarement chez des personnes peu douées et stupides.

Ce portrait à grandes lignes s'adapte à un nombre considérable de cas, mais pas à la totalité. On l'observe le plus souvent chez des malades qui n'offrent pas de symptômes graves, mais qui se plaignent seulement de malaises de tout genre, tantôt de tel désagrément, tantôt de tel autre, et qui en somme peuvent vaquer à leurs occupations journalières. Quand il s'agit de symptômes hystériques plus sérieux et à siège fixe (paralysies, contractures, etc.), ces traits de caractère ne sont pas toujours aussi tranchés. Tantôt ils existent à peine, et tantôt le malade les dissimule au médecin.

Quant à l'état physique général des hystériques, nous avons dit plus haut que tout affaiblissement de l'organisme favorise l'éclosion de la maladie. Cependant l'hystérie n'atteint pas seulement les personnes mal nourries, débilitées et anémiques. Beaucoup d'hystériques sont au contraire d'aspect plantureux et rayonnants de santé. Dans les cas graves pourtant, l'hystérie ne manque pas de faire sentir son effet sur la nutrition. L'alimentation est réduite, le sommeil mauvais, des phénomènes névroso-dyspeptiques se montrent et les malades éprouvent finalement une grande déperdition de forces.

Attaques d'hystérie, états convulsifs, etc.

Si les manifestations que nous venons de décrire sont pour la plupart de nature continue, on voit très souvent se produire, au cours de l'hystérie, des symptômes nerveux qui se déclarent sous forme d'accès. Ce n'est parfois qu'à la vue de ce genre d'attaques hystériques, d'ordinaire très caractéristiques et qu'un médecin expérimenté n'a pas de peine à reconnaître, que le diagnostic de l'état morbide dans son ensemble est clairement établi. Il est vrai qu'il y a des cas d'hystérie complètement dégagés d'attaques et qui ne sont marqués que par quelques symptômes persistants (paralysies, contractures, anesthésies, etc.). En revanche il y a des malades chez lesquels les accès d'hystérie dominent tout le tableau morbide, chez lesquels même ils constituent pour ainsi dire la seule manifestation pathologique. Quelquefois un accès hystérique ouvre le cortège des symptômes, surtout quand la

maladie est provoquée par une frayeur et que l'attaque succède immédiatement à une forte émotion morale.

En ce qui concerne la violence et la nature des accès hystériques, il existe une si grande diversité, qu'il n'y a pas moyen de donner ici une description complète de tous les modes qui peuvent se présenter. Néanmoins les attaques possèdent certains traits propres et certaines particularités tellement caractéristiques et qui reviennent si fréquemment, que leur présence seule suffit pour affirmer le diagnostic.

Les formes les plus atténuées des accès d'hystérie consistent dans le développement d'un sentiment d'oppression, d'angoisse, de vertige et surtout dans la perte de l'empire de la volonté sur l'organisme, laquelle coëxiste déjà. Les malades s'affaissent sur leur lit, sur une chaise, ferment les yeux, sont incapables d'agir et de parler. Le plus souvent se produisent de légers phénomènes d'excitation motrice, de l'accélération de la respiration, un tremblement général, un clignotement des paupières, etc. De faibles états spasmodiques des muscles du pharynx et du diaphragme ne sont pas rares. Très fréquemment pendant l'accès il y a de violents battements de cœur. La face est tantôt vivement colorée, et tantôt pâle.

Les accidents moins accusés de l'espèce ont, pour un observateur non prévenu, toutes les apparences d'une tendance syncopale. En secouant légèrement les malades, en leur aspergeant vivement avec de l'eau froide la figure ou le dos, on ne tarde pas à leur faire reprendre l'empire sur eux-mêmes et à les remettre sur pied.

Ces accès de forme légère passent par une série intermédiaire non interrompue aux formes graves dans lesquelles les troubles du sensorium sont plus profonds et les phénomènes d'excitation motrice plus violents. La perte complète de conscience telle qu'elle se présente dans les convulsions épileptiques, se rencontre rarement dans les attaques d'hystérie. Par contre des troubles considérables du sensorium sont très fréquents, et dans les formes graves (v. plus bas) on observe des changements morbides de l'intelligence. Si aux attaques d'hystérie viennent se mêler des convulsions qui ressemblent à celles de l'épilepsie (*hystéro-épilepsie*), il y a lieu de songer à la combinaison possible des deux maladies. D'ordinaire cependant la nature des convulsions hystériques diffère essentiellement de celle des convulsions épileptiques. Dans les premières les mouvements convulsifs sont beaucoup plus variés, plus étendus et plus compliqués que dans l'épilepsie. Les bras se jettent de tous côtés, frappent et se livrent parfois aussi à des gesticulations en apparence parfaitement coordonnées. Les malades avec le poing fermé battent leur lit, leur propre corps, saisissent des objets qui les

entourent, s'y cramponnent (par ex. leurs coussins, des meubles, etc.). Les jambes sont également animées de mouvements cloniques et toniques d'extension et de flexion. Les globes oculaires sont presque toujours convergents ou tournés en dehors, parfois ils roulent dans l'orbite. Les paupières sont spasmodiquement fermées, quelquefois aussi écarquillées. Presque toujours il y a du *trismus* et fréquemment du *grincement de dents*. Mais c'est le tronc qui se contourne et se ploie le plus fortement. Les malades frappent violemment de la tête contre la muraille ou le support sur lequel ils couchent. Le corps dans sa totalité peut prendre des positions telles qu'une personne saine ne saurait les imiter sans s'y être exercée particulièrement. A cet égard la position en *arc de cercle* est la plus connue et effectivement la plus fréquente et pour ainsi dire caractéristique.

Beaucoup de malades s'appuient pour un moment sur le sol avec la tête et la pointe du pied seulement. Puis ils déjettent leur corps de tous côtés, roulent sur eux-mêmes, tambourinent avec les jambes sur le parquet ou les jettent en l'air, etc. Quand on a assisté une fois à une « *grande attaque d'hystérie* » semblable, on ne l'oublie plus.

Une autre manière de convulsions hystériques, un peu différente, mais également fréquente, est celle qui se distingue par *la part* considérable qu'y prennent les muscles de la respiration. L'accès commence par une accélération convulsive de la respiration, les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus rapides et précipités. Il nous est arrivé d'en compter près de 200 par minute. D'autres convulsions encore des muscles respiratoires d'un caractère particulier et qui de la même façon ne se produisent que dans l'hystérie, se voient assez fréquemment : tels sont les *sanglots*, le *hoquet*, le *grognement*, etc. Pour former ces divers bruits l'appareil musculaire du pharynx entre également en action. Il est évident que toutes ces manifestations convulsives s'allient dans des proportions diverses aux spasmes du tronc et des extrémités.

Disons cependant que parmi les éléments qui impriment aux attaques de la grande hystérie leur cachet hautement caractéristique, un des plus essentiels c'est le rapport qui existe entre les accès convulsifs et certains états anormaux du sensorium actuellement existants. Pendant la durée de l'attaque le malade ordinairement n'a pas conscience de lui-même, il est sous l'empire de conceptions délirantes, et ce sont ces idées morbides intérieures qui se traduisent au dehors par des mouvements. Complètement dominé par un cercle déterminé de pensées, il est en proie à l'hallucination et assiste mentalement à quelque événement effroyable et empoignant. Tout cela se manifeste de la manière la plus expressive dans ses gestes et le jeu

de sa physionomie. De là vient que pendant l'accès les traits de la figure expriment l'effroi, la colère, la menace, la convoitise, la joie, etc. Très souvent encore l'excitation intérieure s'épanche en paroles, et il se déclare un délire hystérique formel, des démonstrations affectives les plus violentes, etc. Fréquemment les malades ne cessent de jaser, parfois avec une volubilité excessive et répétant constamment les mêmes mots ou les mêmes phrases. On réussit quelquefois, en les interpellant, à donner une direction déterminée à leur délire. Pendant l'accès on peut parfaitement s'entretenir avec eux. Mais entretemps les mouvements convulsifs purement moteurs ne tardent pas à se renouveler ou persistent un temps considérable sous forme tonique.

Nous n'insisterons pas davantage sur les nombreuses particularités qui distinguent les grandes attaques (la grande hystérie) et dont nous devons la connaissance approfondie aux observations de CHARCOT et de l'école de la *Salpêtrière à Paris* (BOURNEVILLE et REGNARD, P. RICHER). La description des auteurs français s'applique également à la grande hystérie qui s'observe quelquefois en Allemagne. Pour ce qui concerne le tableau d'ensemble de l'attaque, les neurologues français reconnaissent plusieurs périodes dans l'accès, lesquelles en général correspondent aux états décrits plus haut. La première période consiste en convulsions épileptiformes violentes accompagnées en apparence de perte de connaissance. Puis commence la période des « *contorsions et des grands mouvements (clownisme)* » ; enfin la période des *poses plastiques* et des « *attitudes passionnelles* ». Les termes concis et très significatifs de ce schéma ont de la valeur pratique, mais, d'après notre expérience, on aurait tort pour chaque cas de s'attendre à une délimitation exacte de périodes. Le plus souvent la grande attaque d'hystérie se compose de plusieurs des manifestations prémentionnées, combinées de la façon la plus variée.

Il ne nous reste plus qu'à compléter à un seul point de vue essentiel le tableau des accès hystériques. Nous voulons parler de la « *suggestibilité* » si particulièrement caractéristique de l'hystérie. Par « *suggestion* » on entend la production artificielle d'un état mental déterminé ou d'un état somatique donné dépendant de l'intelligence, production d'états qui s'opère par l'évocation d'idées qui s'y rapportent. Déjà en retraçant à grands traits la constitution intellectuelle de beaucoup d'hystériques nous avons dit combien ces malades se laissent facilement entraîner par leur *imagination*. La suggestion n'est rien que l'emploi artificiel porté à son summum de perfection de cette particularité psychique. Plus on s'attache à cultiver celle-ci artificiellement et à lui donner de l'aliment, plus on s'abstient de corriger les

conceptions erronées auxquelles les malades se complaisent, plus vite on parvient à les rendre complètement les jouets de leurs représentations mentales. C'est ainsi que l'expérience médicale de tous les jours apprend que les hystériques résistent de moins en moins aux tentatives renouvelées de suggestion, de manière qu'on finit en réalité par « pouvoir tout faire avec eux ». Quant à savoir si, au point de vue médical et moral, ce genre de pratique peut être autorisé sans restriction, il ne saurait à cet égard à peine exister une divergence d'opinion. Et même il faut dire que l'emploi de la suggestion dans un but thérapeutique est un glaive à deux tranchants, dont l'action ne dépend pas toujours de la main du médecin qui le gouverne.

La suggestion réussit le mieux pendant l'attaque hystérique même, surtout dans les formes qui n'empêchent pas les malades de parler, d'entendre et de répondre. Alors, du moment qu'on donne à leurs idées une direction déterminée, et qu'on leur expose en termes persuasifs qu'ils sont dans un jardin, par ex., dans un bois, qu'ils cueillent des fleurs et des fruits, qu'on les assaille, qu'ils sont enchaînés, qu'ils couchent au bord d'un abîme, d'un puits, etc. on s'aperçoit à leurs gestes et à leur langage que, dans leur rêve délirant et hallucinatoire, toutes ces représentations mentales sont pour eux des réalités. Les manifestations affectives de la terreur, de la crainte, de la joie, de l'aversion qui s'y associent, sont parfois d'une plasticité étonnante. On peut de la même manière suggérer aux malades des paralysies, des contractures et des anesthésies. Ce qu'il y a de plus intéressant en ces circonstances, c'est qu'après la cessation de l'accès, toute trace de ce qui s'est passé pendant l'accès, est perdue. Les mêmes malades qui tout à l'heure étaient sollicités avec une puissance irrésistible par un ordre d'idées déterminées, n'en savent absolument plus rien quelques secondes après que l'accès est terminé, soit de lui-même, soit artificiellement. Ils n'en ont pas tant qu'un souvenir confus, comme d'un rêve, même quand on leur rappelle avec insistance ce qu'ils viennent de faire et de dire. Mais quelque chose de plus remarquable encore c'est que, pendant l'accès subséquent, le souvenir de ce qui s'est passé pendant les accès antérieurs et des idées qui ont occupé l'esprit, est quelquefois parfaitement conservé. C'est le cas véritablement de la « double conscience ». D'autre part, des faits appartenant à l'état conscient de veille hantent quelquefois l'esprit pendant l'attaque, et ainsi on observe souvent que l'événement même (scène de terreur, etc.), qui a donné l'impulsion à la première attaque, se déroule plus tard de nouveau devant l'imagination délirante pendant les attaques ultérieures.

Aux processus de suggestion se rattachent par un lien étroit les phénomènes

de l'hypnose. Nous ne pouvons pas en cet endroit faire une étude approfondie de ce domaine qui dans ces derniers temps a été, comme on sait, l'objet de tant de recherches. L'amour de l'humanité pour tout ce qui est merveilleux et l'influence des suggestions qui, non seulement s'empare des malades, mais auquel les médecins explorateurs eux-mêmes ne savent pas se soustraire, sont la cause pour laquelle, dans l'étude de l'hypnose, le vrai et le faux s'entremêlent l'un avec l'autre dans des proportions multiples. Le seul progrès notable qu'il faille enregistrer comme étant définitivement acquis de nos jours, c'est que l'hypothèse si généralement admise autrefois d'une « force magnétique » particulière (magnétisme animal), par laquelle les « magnétiseurs » avaient le pouvoir de placer leurs « médiums » dans le « sommeil magnétique » ou dans d'autres états anormaux, est aujourd'hui absolument abandonnée par les gens instruits.

L'hypnose n'est pas autre chose par conséquent que la provocation artificielle et intentionnelle d'un accès d'hystérie, ou d'une psychose hystérique, à l'aide de la suggestion, c.-à-d. par l'influence de certaines représentations mentales sur le sujet à hypnotiser. Dès lors ne sont susceptibles d'être hypnotisées, que ce genre de personnes chez lesquelles l'empire des représentations mentales est assez puissant à cette fin. Nul homme auquel l'essence de l'hypnose est parfaitement connue, ne pourra jamais être hypnotisé. Le point essentiel de tous les procédés d'hypnotisation consiste uniquement dans l'évocation aussi vivace que possible de l'idée : il en arrivera ce que l'hypnotiseur a dit. Tout le reste, comme de regarder fixement des boutons blancs, les vibrations du diapason, etc., est purement accessoire et ne sert qu'à venir en aide à la suggestion. Chez toutes les personnes faciles à hypnotiser, il suffit de la simple occlusion des paupières et du commandement « endormez-vous », pour provoquer le sommeil hypnotique. Au surplus les malades (et il s'agit effectivement de « malades » en cette circonstance), ne parviennent à ce degré de suggestibilité qu'après qu'ils ont déjà fréquemment été hypnotisés : car, l'influence d'une idée se produit d'autant plus facilement qu'elle s'exerce plus souvent, loi qui découle également de beaucoup d'autres considérations tirées du domaine psychique. Les formes particulières de l'hypnose ne se distinguent en rien des divers états hystériques. L'hypnose est une hystérie artificielle, et de là seul qu'elles sont livrées à des mains ignorantes, on peut conclure au danger des pratiques hypnotiques. Mainte fois déjà on a vu d'ailleurs que les esprits qu'on avait évoqués ne lâchaient plus leurs victimes. Les médecins français (RICHER) décrivent quatre formes principales de l'état hypnotique qui se fondent l'une dans l'autre de la manière la plus diverse :