par la mise en œuvre d'une zone hystérogène, ce symptôme n'est pas d'ordre organique.

Cela est d'une grande importance, car l'hystérie n'est pas seulement la grande simulatrice que nous avons rencontrée presque à chaque pas de notre étude symptomatologique, elle est aussi très souvent la compagne d'une affection organique ou d'une autre névrose. Et nous avons justement insisté, dans le cours de cette étude, sur ce point très capital, que l'hystérie va se trouver dirigée par l'affection concomitante, que ses réactions seront superposées aux troubles organiques ou fonctionnels de la maladie sous-jacente.

Il ne faudra donc pas se contenter ici de reconnaître l'existence de l'hystérie, il faudra encore savoir quels sont les accidents qui lui appartiennent en propre au milieu du complexus morbide. Jamais, en effet, deux maladies ne fusionnent ensemble; elles sont juxtaposées, mais elles gardent chacune leurs symptômes, si semblables qu'ils soient, et elles évoluent pour leur propre compte : ainsi se départagent les crises hystériques et les accès épileptiques qui coïncident souvent chez le même sujet. Les manifestations de la maladie de Basedow, celles de la maladie de Parkinson, de la neurasthénie, de la dégénérescence mentale, qui pour être voisines n'obéissent pas aux mêmes lois que les manifestations hystériques, seront plus délicates à séparer que les accidents organiques d'une sclérose en plaques, d'une tumeur cérébrale, d'un mal de Pott ou d'une syringomyélie.

Enfin il ne faut pas tomber dans la faute contraire et prendre pour de l'hystérie une maladie organique réelle compliquée de quelques troubles nerveux plus ou moins vagues, voire de quelques phénomènes hystériques vrais mais légers. S'il est regrettable d'exposer de purs hystériques à manifestation d'épilepsie partielle ou de pseudo-mal de Pott aux dangers d'une trépanation cranienne ou rachidienne, des sujets présentant de la céphalée hystérique aux inconvénients d'un traitement spécifique intensif, il est non moins regrettable de priver un malade atteint véritablement de syphilis cérébrale ou médullaire, d'épilepsie bravais-jacksonienne symptomatique, etc., des ressources merveilleuses d'un traitement approprié, il est regrettable de soumettre à une mobilisation intempestive un coxo-tuberculeux sous prétexte qu'il a seulement de la contracture hystérique. Nous renvoyons le lecteur aux lignes que nous avons consacrées à ce sujet au chapitre des *Arthralgies* (p. 218).

TRAITEMENT. — Pour bien traiter l'hystérie, il serait indispensable d'en connaître la nature; heureusement, si suivant les théories les traitements ont varié, certains ont fait leurs preuves qui sont acceptés par tous les auteurs : il est vrai qu'ils y trouvent justement la confirmation de leurs doctrines, si contraires qu'elles soient. Il est, en somme, deux points importants à considérer: c'est d'une part que,

en matière d'hystérie, les troubles de la sensibilité tiennent en grande partie la scène morbide sous leur dépendance, que faire disparaître ces troubles équivaut à annihiler les accidents qui se superposent à eux; le rétablissement des diverses sensibilités perverties ou disparues est une méthode que l'empirisme a depuis longtemps employée comme la plus efficace : faradisation de Duchenne (de Boulogne), de Briquet, électricité statique, aimant, massage, hydrothérapie, etc. C'est, d'autre part, que l'émotion, l'idée — même si elle n'est pas l'intermédiaire indispensable des accidents, même si elle est habituellement l'effet et non la cause des phénomènes hystériques — a le pouvoir incontestable d'agir à son tour sur ces phénomènes ou, pour mieux dire, sur le trouble physique dont ils dépendent. La méthode psychologique du traitement de l'hystérie qui découle de cette remarque remonte également à la plus haute antiquité, elle se résume d'un mot: la suggestion, et certains pensent que c'est toujours elle que nous mettons en œuvre, quelles que soient les pratiques auxquelles nous soumettons les malades.

Les médicaments, surtout les médicaments calmants, sont tous à rejeter; ils sont inutiles toujours, ils peuvent être dangereux, soit qu'ils augmentent l'état hystérique, soit qu'ils donnent au sujet une maladie nouvelle, la morphinomanie, par exemple. Il ne faut jamais employer une thérapeutique banale de symptôme contre des accidents hystériques : c'est à l'oubli de ce précepte que nous devons tant d'opérations chirurgicales inutiles ou funestes. Toute thérapeutique de complaisance doit être rejetée : avec l'hystérique il ne faut jamais mentir, ni jamais céder. Le médecin doit enfin se rappeler que tout ce qu'il dit devant l'hystérique, même en état de crise, est recueilli par le malade et peut être le point de départ d'association d'idées, de réflexion, de jugement: à lui de surveiller toutes ses paroles pour que le malade en tire profit et non dommage.

Nous étudierons successivement le traitement de la cause de l'hystérie, le traitement général de la névrose, le traitement particulier de quelques accidents.

Il est rare qu'on puisse agir sur la cause réelle de l'hystérie, puisque celle-ci est presque toujours l'hérédité mise en œuvre par des éléments accessoires : intoxication, émotion, traumatisme, affection organique. Nous nous sommes cependant élevés contre la rigueur d'une telle conception et nous pensons que dans certains cas la suppression de ces causes peut réellement transformer le sujet; nous pouvons le soustraire à l'intoxication, l'aider à surmonter l'effet persistant d'une émotion à laquelle il ne rattache pas lui-même le trouble général dont il souffre, — c'est souvent un gros secret que la simple confession rendra plus léger; — nous pouvons parfois guérir la maladie organique; nous pouvons enfin, en cas de traumatisme, lutter contre les conséquences qui sont souvent plus terribles que le choc nerveux

lui-même, demander avec Gilles de la Tourette ces postes d'attente où l'ouvrier, l'employé traumatisés seront néanmoins soustraits à l'inaction, où ils trouveront un travail suffisamment rémunérateur, à la portée de leur faiblesse physique et intellectuelle; il faut aussi faire trancher tout de suite la question d'indemnité, car les procès énervent inutilement les sujets et donnent des préoccupations morales qui entravent toute guérison. Dans bien des cas, comme disait Briquet, le vrai remède à l'hystérie, c'est le bonheur.

Quand l'hérédité est en cause, on peut tout au plus essayer de prévenir ses effets. Que faut-il faire en face d'un enfant né d'une mère hystérique, par exemple? Si c'est un garçon, prescrire l'internat en ayant soin d'avertir les maîtres de l'état spécial du jeune enfant qu'on leur confie, modérer l'excitation intellectuelle, le conduire de préférence vers l'étude des sciences exactes, la géographie, l'histoire naturelle, etc. Si c'est une fille, l'internat loin de la mère s'impose davantage encore; il faut surveiller surtout les parties de l'éducation qui entretiennent et développent l'émotion : la musique, la danse, les pratiques religieuses exagérées; il faut éviter à l'enfant l'effroi de la première menstruation, etc. Tout cela est très vague et très difficile à mettre en pratique. Ce qui est plus important, c'est d'être à l'affût des premiers accidents : la céphalée, le somnambulisme nocturne, la toux quinteuse, et tout de suite imposer le traitement sévère de l'hystérie adulte.

La question de mariage se pose souvent; quand elle n'est pas une des formalités de la dernière heure, un simple acte de déférence envers le médecin, il faut s'opposer au mariage d'une jeune fille qui présente actuellement des accidents hystériques, et la guérir d'abord; mais une fois guérie, et à plus forte raison si elle n'est que prédisposée, rien n'empêche de lui permettre de se marier et d'avoir des enfants. Souvent c'est un bien : elle quitte le milieu familial, elle trouve dans le mari, s'il est bien choisi, l'aide, le soutien, le directeur qui lui est nécessaire. Quant à l'homme hystérique, Gilles de la Tourette lui défend absolument le mariage.

Le traitement général de l'hystérie est surtout un traitement psychique. Au premier rang de ses agents thérapeutiques nous étudierons l'*hypnotisme* et son corollaire obligé, la *suggestion*, qui s'adressent d'ailleurs aussi aux accidents en particulier. Voici un sujet porteur d'une paralysie : nous l'endormons; pendant le sommeil nous lui suggérons que sa paralysie doit disparaître; elle disparaît en effet. Est-il besoin d'aller chercher d'autres moyens de traitement des accidents hystériques? Et cependant Gilles de la Tourette dit très expressément que c'est le dernier à mettre en œuvre, il montre quels effets peuvent résulter de l'hypnose, vrai paroxysme hystérique provoqué : apparition d'accidents nouveaux plus graves que ceux à traiter, et tendance du sujet à retomber spontanément dans

l'état hypnotique. N'est-ce pas développer la maladie qu'on prétend guérir? Aussi l'hypnose n'est-elle justifiée que chez les grands hystériques où l'on n'a rien à perdre de ce côté. D'ailleurs, même dans l'hypnose, il n'est pas toujours habile de s'attaquer d'emblée à un symptôme capital; la suggestion directe et brutale est souvent inefficace; il faut bien se garder, disait Charcot, d'annoncer avec fracas un résultat qui ne se produira peut-être pas. Il vaut mieux procéder par suggestions d'abord très simples, puis de plus en plus compliquées, il vaut mieux surtout se servir de l'hypnose uniquement pour réveiller les sensibilités, pour rééduquer l'attention, pour refaire la volonté, pour rendre le sujet, en un mot, moins suggestible. La suggestion directe, c'est-à-dire faite uniquement contre l'accident, loin d'aboutir à ce résultat, diminue l'activité consciente du sujet, puisqu'elle substitue la volonté d'autrui à la sienne. Aussi doit-on redouter le développement de la suggestibilité qui en résulte, la disparition de toute volonté qui peut être telle qu'il est des hystériques qu'on doit suggestionner chaque jour, à intervalles réguliers; ce ne sont plus alors que des automates; heureux quand ils tombent entre bonnes mains. Il n'en est pas de même de la suggestion à l'état de veille qui n'est en réalité, comme le remarque Babinski, que la persuasion et fait appel à la saine raison du malade.

Janet se sert de l'hypnose d'abord pour connaître l'idée fixe subconsciente, qui est pour lui à la base de tous les accidents hystériques; sans généraliser autant, il est certain qu'il y aura souvent avantage à connaître le fond de la pensée des malades; mais où il est plus difficile de le suivre, c'est quand il se sert ensuite de la suggestibilité accrue par le sommeil non seulement pour dissocier les idées fixes, mais encore pour défigurer le souvenir d'événements réels en y mêlant par la « méthode de substitution » des événements étrangers qu'il impose; nous retrouvons là tous les inconvénients, au moins, de la suggestion directe.

Avec ces réserves, la suggestion — la suggestion hypnotique et surtout la suggestion à l'état de veille qui devrait en réalité s'appeler la persuasion — reste un des plus puissants agents thérapeutiques de la névrose. Aussi le médecin qui soigne un hystérique doit-il avoir une grande autorité sur son sujet. Cette autorité, il ne l'aura que s'il connaît bien l'hystérie, s'il le montre par sa patience à écouter les récits les plus singuliers sans moquerie ni raillerie, par sa pénétration, par sa divination souvent. Ce sont des qualités qu'on ne peut acquérir que par la fréquentation répétée de ce genre de malades. Dans aucune autre affection l'action personnelle du médecin ne sera mise à contribution autant que dans l'hystérie, c'est véritablement lui et lui seul qui fait la guérison.

Le traitement psychique ne se borne pas à l'hypnose et à la suggestion, il consiste encore dans la mise en jeu de l'attention. L'attention

de l'hystérique est éveillée par le changement de milieu, et c'est là un des facteurs importants de l'isolement; remarquons que le voyage n'agit pas toujours de même : on peut voyager en somnolant, dans la plus complète indifférence; on n'entre pas dans une maison d'hydrothérapie sans une certaine révolte, une certaine curiosité tout au moins. L'attention est éveillée aussi par des lectures choisies, par des travaux qui ne peuvent se faire automatiquement comme des traductions, des analyses, comme le dessin, la peinture; par des exercices qui demandent de la part du sujet une certaine participation : la bicyclette, l'escrime, la gymnastique suédoise, etc. La constante préoccupation du médecin doit être, en somme, de développer l'initiative, la volonté propre du malade et non pas du tout de lui substituer la sienne.

Isolement. — L'obstacle le plus sérieux à la mise en œuvre de ces procédés est l'obsession pernicieuse de l'entourage : aussi l'élément le plus important du traitement psychique consiste-t-il dans l'isolement. C'est Charcot qui a le premier prescrit systématiquement l'isolement et mis en pleine lumière tous ses bienfaits.

Isolement ne veut pas dire claustration du malade dans une chambre isolée, mais seulement éloignement du malade de son milieu habituel, soustraction à tout rapport avec son entourage et soumission à la direction absolue du médecin. L'isolement peut se faire dans une maison particulière avec un personnel sûr, mais c'est généralement dans des établissements hydrothérapiques spéciaux que l'on isole les hystériques. L'entrée dans une maison d'isolement provoque presque toujours une réaction violente qui est de bon augure, c'est pourquoi l'isolement doit être brusque, complet dès le début. Le malade non seulement met en jeu son attention, mais encore comprend que ses doléances ne sont plus des ordres; il se sent vaincu et devient obéissant; pour la première fois il considère sa maladie comme grave, et de ce sentiment de crainte le médecin doit profiter pour imposer sa volonté. L'isolement devient ainsi une sorte de punition qui excite l'hystérique à se guérir. Il a encore l'avantage de simplifier la vie des malades, de les débarrasser de tous leurs soucis quotidiens, tout en facilitant beaucoup les pratiques adjuvantes du traitement et le traitement particulier de chaque accident.

Bien que le préjugé de la maison de santé tende à disparaître, il n'est pas toujours facile d'obtenir des parents une séparation dont la durée ne saurait en aucune façon être précisée, mais qui se compte, en général, par quatre, six et même douze mois. On réservera donc l'isolement pour les cas particulièrement graves.

Repos au lit. — Avec Sollier, nous dirons que le repos au lit est une bonne pratique qui calme les nerfs surexcités, empêche les malades d'éparpiller leur attention sur les mille impressions qui viennent les assaillir dans le milieu ordinaire et de perdre inutilement à des occupations futiles et trop souvent automatiques le peu de force dont elles disposent. Gilles de la Tourette, Janet préconisent dans le même ordre d'idée le sommeil hypnotique prolongé pendant plusieurs jours, pratique que Wetterstrad a élevée à la hauteur d'une méthode.

Alimentation. — L'alimentation sera l'alimentation normale : le gavage, le régime lacté absolu paraissent peu utiles, bien que le ralentissement considérable des actes nutritifs pendant les périodes d'acuité entraîne toujours un certain état d'amaigrissement et que l'hystérique, pour être guéri, doive regagner son poids normal.

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie vient au premier rang des agents physiques. Pour Gilles de la Tourette, la douche froide agit de deux façons, d'abord par son action tonique affirmée par Quinquaud, Robin, Fleury, puis et surtout par son action sur les troubles sensitifs. La dilatation réflexe des vaisseaux sanguins au moment de la réaction entraîne toujours avec elle des modifications de la sensibilité cutanée. Pour avoir cette réaction, la douche à pression élevée, avec de l'eau froide à 7 ou 8° centigrades, d'une durée très courte de dix à quinze secondes, administrée en jet brisé, provoquant une véritable pluie piquante, est celle qu'il faut prescrire.

Il faut éviter de doucher la tête, les zones hystérogènes, et lutter contre la céphalée, l'oppression par un pédiluve chaud ou la percussion à jet plein sur les membres inférieurs.

Chez certains sujets, pour activer la réaction, on aura recours à la douche écossaise sans transition qui, débutant par une douche à 40 ou 45°, se change brusquement en une douche à 7 ou 8°, ou plus simplement on aura recours à la marche, à l'exercice, à la friction précédant immédiatement la douche froide.

La douche écossaise avec transition, le drap mouillé ne sont que des moyens d'arriver à cette dernière sans effaroucher le sujet.

Certains hystériques, et surtout les grands hystériques, n'arrivent jamais à faire la réaction; dans ces conditions, la douche devra être proscrite, bien entendu : on n'en aurait que de très mauvais effets.

Électricité. — C'est aussi par son action æsthésiogène en allant exciter, disait Duchenne (de Boulogne), les centres nerveux par une sorte d'action réflexe qu'agit l'électricité. Aussi l'électricité faradique au pinceau en est-elle encore le meilleur mode d'application, ou encore l'étincelle statique.

Massage. Mécanothérapie. — Le massage donne, dans le même ordre d'idées, de bons résultats et ne mérite pas d'être rejeté d'une façon absolue comme le fait Sollier. Cet auteur attache, par contre, la plus grande importance à la mécanothérapie : elle constitue pour lui un moyen qui agit à la fois en activant la respiration et la calorification, en réveillant la sensibilité, et en mettant en jeu le sentiment de résistance, c'est-à-dire la personnalité du sujet.

Sollier provoque d'abord des mouvements forcés des jointures

qui excitent la sensibilité articulaire ; il est nécessaire que le sujet éprouve une douleur, soit que l'opérateur torde l'articulation sur elle-même, soit qu'il suffise de faire exécuter passivement les mouvements dans toute leur amplitude, celle-ci étant le plus souvent réduite chez l'hystérique. Il ordonne ensuite au sujet de résister passivement aux mouvements que le médecin s'efforce d'imprimer aux membres et arrive enfin à l'opposition active : le sujet doit vaincre une résistance ; cette résistance sera toujours l'effort du médecin qui, éminemment variable, peut s'adapter à tous les besoins, et non la résistance mécanique aveugle d'appareils plus ou moins perfectionnés.

On ne négligera ni la gymnastique respiratoire ni celle des muscles abdominaux.

C'est par ces moyens d'ordre général qu'il convient de traiter tous les accidents hystériques et bien peu d'indications résultent de leurs manifestations particulières.

En présence d'une grande *attaque convulsive*, il faut d'abord éloigner les personnes qui entourent le malade : ce simple fait suffit parfois à arrêter immédiatement la crise.

Si celle-ci continue, il faut se souvenir que le malade, conscient ou non, perçoit et retient chacune des paroles, chacun des gestes du médecin : celui-ci doit afficher le calme le plus parfait et au besoin faire quelques injonctions d'en finir. La flagellation de la face avec une serviette mouillée, la compression des zones frénatrices peuvent être aussi mises en usage, mais il n'y a pas toujours intérêt à couper l'attaque, elle peut amener une réaction favorable à certains accidents et il faut se borner à prendre quelques précautions contre les mouvements par trop désordonnés. En cas d'*attaque de spasme*, ou d'*état de mal* qui sont de gravité sérieuse, on peut, avec Gilles de la Tourette, conseiller la chloroformisation ; parfois il sera possible de provoquer l'hypnose et de modifier ainsi la forme de l'attaque dans un sens plus favorable. La fin de la crise réclame une surveillance particulière, car c'est à ce moment qu'apparaissent les paralysies et les contractures dont nous allons bientôt nous occuper.

Les *attaques syncopales* ou *apoplectiformes* sont plus graves à cause des reliquats qu'elles laissent, et elles nécessitent d'urgence le traitement général que nous avons exposé. La pression d'une zone hystérogène peut transformer un état léthargique en une crise convulsive, elle permet aussi d'interrompre un accès d'automatisme ambulatoire ou de ramener à l'état premier un sujet en état second.

Les zones spasmogènes ou frénatrices réclament souvent elles-mêmes l'intervention de la thérapeutique lorsqu'elles sont le siège de phénomènes hyperesthésiques ou douloureux revêtant un caractère continu ou paroxystique. Telles sont les manifestations décrites sous le nom de *pseudo-angine de poitrine*, de *clou hystérique*, de *pseudo-méningite* ; certaines zones hyperesthésiques de la colonne vertébrale

produisant une violente *rachialgie* ; les zones cutanées de la région *épigastrique*, *hépatique*, *rénale* ou *ovarienne*, et celles beaucoup plus difficiles à atteindre qui siègent au niveau de l'*ovaire* lui-même ou de l'*utérus* ; les *hyperesthésies vaginale*, *rectale* ou *vésicale* productrices de ténesme ou de contracture *in situ*. Dans tous ces cas, si la douleur domine la scène, elle n'est, en somme, qu'une manifestation extérieure de l'état spécial du sujet. Il faut proscrire énergiquement les anesthésiques locaux ou généraux qui ne font qu'empirer le mal, les vésicatoires et les pointes de feu, et ne pas compter sur les aimants, le métallothérapie ou l'électricité, mais recourir exclusivement au traitement général. Les mêmes notions sont applicables aux arthralgies et en particulier à la coxalgie hystérique : loin de se laisser effrayer par la douleur, il faut mobiliser la jointure et ramener ainsi la sensibilité normale de la région.

Les *zones anesthésiques* sont non moins importantes : elles se superposent aux membres paralysés, à l'estomac anorexique, au blépharospasme, aux muscles contracturés de la face et du cou ; lorsqu'elles se localisent sur les appareils sensoriels, elles peuvent entraîner des perturbations fonctionnelles fort gênantes parmi lesquelles il faut faire une place spéciale à l'*amaurose* et à la *surdité* hystérique. C'est par l'électricité faradique, le massage, le pincement, qu'on peut le mieux réveiller ces sensibilités éteintes. L'*aphonie*, la *toux hystérique* se traitent également par l'électrisation de la zone cutanée anesthésique qui existe au-devant du larynx.

Lorsque la sensibilité ne peut être rétablie par l'électrisation, par l'injonction de sentir faite pendant la veille en attirant l'attention du malade sur les parties insensibles, on est en droit de la restaurer par la suggestion dans le sommeil hypnotique.

Les *contractures* nécessitent une intervention rapide si l'on veut se rendre maître d'accidents dont la ténacité est d'autant plus grande qu'ils durent depuis plus longtemps. Cette intervention consistera principalement dans la malaxation des muscles antagonistes de ceux qui sont contracturés et dans quelques frictions indifférentes qui rétablissent l'équilibre des masses musculaires. Mais il n'est pas toujours facile d'intervenir rapidement, nombre de contractures s'établissent insidieusement, et la contracture est déjà vieille quand on est appelé à y remédier : force est alors de recourir au traitement général. Ce qui est certain, c'est qu'il ne faut pas compter sur le sommeil chloroformique pour autre chose que pour un diagnostic précis. Certains auteurs profitent de la résolution musculaire pour appliquer un appareil plâtré fixant le membre en situation normale : cette thérapeutique est doublement défectueuse ; elle échoue toujours, car la contracture reparaît dès qu'on lève l'obstacle physique, elle crée souvent une nouvelle contracture plus difficile à vaincre que la première. Il en est de même de l'extension continue.

C'est contre les troubles de la sensibilité qu'on agira en face de la *paralysie* hystérique ; la faradisation, l'étincelle statique, les mouvements forcés de la jointure jusqu'à la sensation douloureuse seront mis en œuvre. On aura recours aussi à une rééducation qui aura pour point de départ l'attention portée sur le membre malade pendant que le membre sain exécute le mouvement prescrit que le sujet s'efforcera de reproduire symétriquement. Cette rééducation à faire pour chaque muscle en particulier demande une grande patience de la part du médecin.

Lorsque la paralysie ou la contracture est rebelle, on est autorisé, s'il existe un zone hystérogène, à provoquer une attaque qui peut à elle seule déterminer la guérison.

Le *tremblement*, l'*ataxie*, la *chorée*, les *spasmes*, surtout ceux des muscles respirateurs, phonateurs, etc., demandent exactement le même traitement, sans préjudice du traitement général.

Les *troubles trophiques* se traitent de même par la restauration de la sensibilité, soit directement, soit indirectement à l'aide des procédés généraux. On est cependant autorisé à combattre les hémorragies par les médicaments appropriés qui conservent leur action vaso-motrice. La *fièvre hystérique* n'est pas influencée par les antithermiques et réclame l'isolement et le traitement général de la névrose.

Les *déterminations viscérales* sont, en général, graves, indiquent une forme profonde de la névrose et ne peuvent guérir entre toutes que par l'isolement ; aussi n'est-il pas besoin de les passer successivement en revue ; nous dirons cependant un mot de l'*anorexie*, la plus sévère de ces manifestations, puisqu'elle peut être une cause de mort.

Ici plus qu'ailleurs (Sollier), le principe de ne faire aucun sacrifice à l'apparence symptomatique s'impose : il ne faut donner ni régime spécial, ni médicament d'aucune sorte, pas plus calmants qu'excitants. Les douleurs provoquées par l'ingestion des aliments sont de règle, il faut en prévenir le sujet et surtout ne pas être arrêté par cette apparence d'aggravation. La surveillance de la zone anesthésique cutanée superposée montrera d'ailleurs les modifications obtenues dans le viscère même. L'anorexie nécessite, impose l'isolement. La présence du médecin est également indispensable au moins pour les premiers repas, qu'il fera prendre devant lui sans se laisser ébranler par aucune considération de douleur, de répulsion, ni par l'argumentation du malade, ni par ses supercheries. Il faut que tout le repas, un repas complet, soit pris et gardé, et s'il est vomi, il faut immédiatement en faire ingurgiter un second, qu'on tiendra tout préparé.

L'isolement devra être maintenu rigoureusement non seulement jusqu'à ce que les malades mangent seules de leur plein gré, mais aussi jusqu'à ce qu'elles aient augmenté de poids, jusqu'à ce qu'elles aient retrouvé le sommeil, seuls signes qui permettent au médecin de ne pas se laisser abuser par l'affirmation spontanée des malades

qui se disent volontiers guéris et absolument guéris, pour pouvoir échapper au traitement.

Le *sommeil* est toujours troublé dans l'hystérie, il est constamment diminué et souvent interrompu par des rêves et des cauchemars. Les narcotiques n'ont aucune influence sur cette insomnie. Janet l'a vue liée à une idée fixe qu'il a pu faire disparaître, mais le plus souvent l'insomnie guérit lorsque l'hystérie elle-même guérit : il semble, comme le remarque Sollier, que chez ces malades dont le cerveau est toujours engourdi en quelques points, il suffise d'obtenir un réveil complet, soit par le traitement général, soit même par injonction pendant l'hypnose, pour que le sommeil naturel retrouve ensuite sa durée et sa profondeur.

C'est du reste également de cette manière qu'on peut lutter contre les *troubles mentaux*, l'*amnésie*, l'*aboulie* et l'*idée fixe*, sans préjudice d'une sorte de rééducation, d'entraînement de l'esprit et du caractère que les pratiques æsthésiogènes aideront considérablement.

HYPNOTISME

PAR

GILLES DE LA TOURETTE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux,

ET

GEORGES GASNE

Ancien chef de clinique des maladies nerveuses
à la Faculté de médecine de Paris.

HISTORIQUE. — La science magnétique semble avoir fleuri dès la plus haute antiquité, les fakirs hindous, les prêtres égyptiens hypnotisaient, mais, à vraiment parler, il faut arriver à Mesmer en 1779 pour voir le magnétisme animal prendre figure de doctrine. Mesmer, « entreprenant, audacieux, avide de renommée et de fortune et peu scrupuleux sur le choix des moyens qui devaient le conduire à son but, fut surtout un exploiteur du magnétisme ». Sa théorie, renouvelée de Paracelse, que le magnétisme animal est la propriété des corps animés qui les rend susceptibles de l'influence des corps célestes et de l'action réciproque de ceux qui l'environnent, ne devait pas aider à débrouiller le chaos des phénomènes qu'il observait chez ses sujets. Un de ses élèves, Puységur, découvrit en 1784 le somnambulisme artificiel et chercha à éviter les crises que Mesmer considérait comme salutaires. L'influence des astres n'était déjà plus la base du magnétisme, mais on se rattachait à l'hypothèse d'un fluide qui, parti de l'expérimentateur, allait influencer l'expérimenté.

L'abbé Faria, prêtre portugais, brahmine, comme il s'intitule lui-