

A défaut de zone ovarienne spasmo-frénatrice, on comprime les testicules, les seins, etc.

Si les zones frénatrices n'existent pas, on peut essayer de provoquer le sommeil hypnotique, en pratiquant la *compression lente des globes oculaires* : on laisse le malade dans l'état de sommeil pendant un certain temps (7 à 8 heures en moyenne), puis on le réveille par l'insufflation sur les globes oculaires.

On peut parfois enrayer l'attaque avec une *injection sous-cutanée de morphine*, ou bien avec les *inhalations d'éther* ou de *bromure d'éthyle*. Quant au chloroforme, il vaut mieux s'en abstenir, à moins qu'il ne survienne des spasmes inquiétants.

Chez les malades hypnotisables, la suggestion peut supprimer les attaques pendant un certain temps.

Si l'on se trouve en présence d'état de mal comateux (léthargie), on cherchera une zone frénatrice; une pression exercée au niveau de cette zone pourra suffire à provoquer le réveil. En cas d'état de mal délirant, on cherchera à transformer cet état en simple attaque convulsive, s'il existe une zone spasmodique.

Le *traitement psychique* a une influence bien supérieure à celle des moyens physiques, dans le traitement des attaques convulsives. Bien que les malades, en état de crise, soient en apparence inconscients, étrangers à ce qui se passe autour d'eux, il n'en faut pas moins entrer en communication avec eux, leur adresser avec persévérance des paroles d'apaisement, d'encouragement, au lieu de se borner aux injonctions impérieuses un peu naïves, aux procédés d'intimidation qui constituaient jusqu'ici, pour beaucoup de médecins, les seules ressources de la psychothérapie. Certes, l'effet ne sera pas immédiat, mais c'est un germe que l'on sème et qui fructifiera. On tente d'autre part de calmer l'agitation somatique, en ayant soin de repousser tout moyen de force. On répète au malade, sans se lasser, que bientôt il va sentir ses membres se détendre, sa respiration se régulariser, son agitation se dissiper, etc.... On maintient la main sur la région frontale, on lui commande d'ouvrir les yeux, puis on exerce quelques légères frictions sur les parties de la tête qui sont le siège des douleurs, en répétant à plusieurs reprises que toutes les sensations douloureuses vont s'apaiser, qu'on le sent à certains signes. En somme, comme l'a dit judicieusement Paul-Émile Lévy (Traitement psychique de l'hystérie, *Presse médicale*, 29 avril 1905), il faut apprendre au malade à calmer son impressionnabilité, non pas en se contentant d'une suggestion générale et banale, mais en cherchant à opérer ce calme en détail, dans toutes les manifestations diverses qui sont la représentation extérieure de cette impressionnabilité.

Dans le traitement des paroxysmes, chercher à atténuer l'agitation physique ou somatique, sans calmer le trouble psychique originel, c'est peine perdue. On s'explique aisément l'inutilité en pareil cas des médicaments dits « calmants ».

Le traitement psychique comprend deux parties : l'une, négative, pour ainsi dire, consistant à supprimer toutes les causes d'excitation de l'appareil hystérique (éloignement de l'entourage, etc.); à obtenir le silence, l'obscurité, etc.; l'autre, active, qui est le traitement proprement dit et qui consiste à ranimer progressivement l'attention du malade, à se mettre en relation avec lui pour pouvoir exercer sur ses facultés et sur sa volonté en particulier une influence favorable.

Le délire est justiciable du même traitement psychique, lorsqu'on a obtenu l'*isolement* et l'*alitement*, conditions préliminaires indispensables à son succès.

L'*anesthésie*, l'un des symptômes essentiels de l'hystérie, doit être combattue avec persévérance. « Un hystérique n'est complètement guéri, disait Charcot, qu'au moment où toute trace d'anesthésie a disparu. » Il faut s'appliquer, moins à restaurer particulièrement une anesthésie limitée, qu'à rendre normales, d'une façon générale, toutes les sensibilités. L'anesthésie cède à l'*hydrothérapie*, aux *applications œsthésiogènes*, à l'*électrisation faradique* pratiquée avec le balai de Tripier ou avec le pinceau de Duchenne, ou encore à l'*électricité statique*.

Dans les cas rebelles, il faut essayer de créer une zone de sensibilité en un point quelconque de la région anesthésiée; dans ce but, on laisse un certain temps le pinceau à la même place et on donne le maximum d'intensité au courant. Dès qu'on a créé une zone sensible (ce que l'on constate avec l'épingle), on agrandit la zone progressivement en vérifiant au fur et à mesure les résultats acquis, au moyen de la piqure.

Les *paralysies* présentent une résistance des plus variables aux moyens thérapeutiques dirigés contre elles; on doit essayer les divers moyens déjà cités : transfert à l'aide de l'aimant, électrisation, suggestion hypnotique ou à l'état de veille. Aux malades atteints de monoplégie brachiale, le professeur Charcot recommandait de serrer plusieurs fois par jour le dynamomètre avec la main paralysée et de noter attentivement les plus minimes progrès qui se produisaient. On constate alors une courbe ascendante presque continue.

Parfois la guérison survient spontanément à la suite d'une crise convulsive ou bien d'un traitement purement psychique (pèlerinage à Lourdes), mais il ne faut pas compter sur de semblables moyens et dès le début on doit agir.

En pratique, la paralysie équivaut à l'oubli de la part du malade, des mouvements du membre paralysé; le traitement des paralysies ou de l'abasie consiste donc essentiellement à faire la rééducation des muscles paralysés.

Dans ce but, on peut utiliser à la fois l'électricité et les pratiques aujourd'hui classiques de la rééducation des mouvements, en commençant par rééduquer un groupe musculaire dont le fonctionnement produit un mouvement simple et ensuite des groupes de muscles dont le fonctionnement synergique produit des mouvements coordonnés.

Supposons une monoplégie brachiale : on placera d'abord deux tampons reliés à une bobine faradique actionnée par un trembleur lent sur les muscles fléchisseurs de l'avant-bras. Sous l'action du courant, les doigts se fléchissent sur la main et le médecin aura bien soin de faire remarquer au malade que ses muscles se contractent; au moment où l'on replace les électrodes sur les muscles, on l'invite à faire l'effort mental nécessaire pour produire le mouvement et l'on répète ainsi plusieurs fois cette manœuvre, en diminuant parfois l'intensité du courant. Finalement, on engagera le malade à exécuter le mouvement sans le secours de l'électricité. Les résultats s'obtiennent, cela se conçoit aisément, plus ou moins rapides, suivant les cas. Il est bien rare, qu'à son grand étonnement, le patient ne remarque pas que le mouvement qui était impossible, il y a un instant, est maintenant réalisable en totalité ou en partie.

Quand on a agi sur un groupe de muscles, on passe à un autre : aux exten-