

L'aphasie est presque toujours provoquée par une lésion nettement appréciable de l'encéphale ; le ramollissement en est de beaucoup la cause la plus fréquente, viennent ensuite les tumeurs cérébrales, surtout les syphilomes (Fournier), l'hémorragie, les traumatismes et la méningo-encéphalite (1).

## ARTICLE IV. — TROUBLES DU SOMMEIL.

Le cerveau éprouve chaque jour, comme tous nos organes, un besoin impérieux de repos ; ce besoin se traduit d'ordinaire par de six à huit heures de sommeil : la durée de cette période varie suivant l'état physique et mental de l'individu.

Le cerveau, pendant le sommeil, subit dans sa configuration des changements qui, bien qu'imparfaitement connus, méritent cependant l'attention. Caldwell, chez une femme dont la voûte crânienne avait été partiellement enlevée, a pu constater que cet organe restait inclus dans le crâne et sans mouvement pendant le sommeil, tandis qu'il venait faire saillie à la surface pendant la veille. Blumenbach a observé également, chez un malade, l'affaissement du cerveau pendant le sommeil et son expansion avec turgescence au réveil. Bruus a reconnu, à l'aide d'un appareil enregistreur, chez une femme qui présentait une perte de substance osseuse, que les mouvements du cerveau étaient, pendant le sommeil, d'une amplitude moindre que pendant la période de veille.

Les physiologistes qui se sont occupés de cette question sont d'accord pour admettre que le sommeil coïncide avec une diminution notable dans l'activité de la circulation cérébrale ; et Durham en conclut que tout ce qui augmente l'activité de la circulation cérébrale tend à assurer la veille, et que tout ce qui diminue cette activité et en même temps n'altère pas la santé générale tend à amener le sommeil. M. Hénoque fait remarquer cependant qu'il ne faudrait pas considérer cette anémie relative de l'encéphale comme la cause même du sommeil, car on peut provoquer cet état par l'action de substances notoirement vaso-dilatatrices, telles que l'opium et le chloroforme ; la condition prochaine du phénomène serait, pour d'autres, la dimi-

(1) On a observé exceptionnellement le même symptôme dans la fièvre typhoïde, dans la variole et dans l'infection puerpérale, sans qu'il ait été possible de déterminer quelle en était alors la condition prochaine. Charcot a décrit une *aphasie de la migraine* qui se rattache certainement à une extension aux vaisseaux encéphaliques des troubles d'innervation qui caractérisent cette affection.

Pour les cas très rares où l'on ne trouve pas de lésions, il faudrait admettre des troubles fonctionnels dans l'innervation de l'encéphale ; on peut interpréter dans le même sens les faits absolument exceptionnels dans lesquels on a trouvé une lésion éloignée de la troisième circonvolution.

nution de la quantité d'oxygène qui se trouve emmagasiné dans l'encéphale ou apporté par les vaisseaux ; il se produirait là une sorte d'asphyxie du cerveau. Cette impuissance fonctionnelle est-elle due à l'encombrement des tissus par les matériaux de dénutrition ou à l'épuisement des matériaux nécessaires au jeu de l'organe ? Les deux hypothèses ont été vivement soutenues ; peut-être les deux causes agissent-elles concurremment ? M. Bouchard a reconnu que l'urine recueillie pendant l'état de veille endort les animaux chez lesquels on l'injecte, tandis que l'urine recueillie pendant le sommeil provoque des convulsions : il résulte de ces faits que le travail de désassimilation provoqué pendant la veille par l'exercice des fonctions de la vie de relation donne lieu à la production d'une substance narcotique dont l'accumulation peut expliquer la production du sommeil.

Mais une nouvelle théorie du sommeil est née des connaissances nouvelles que nous avons prises de la constitution cellulaire nerveuse. Cette *théorie histologique* du sommeil suppose un mode de fonctionnement particulier des *neurones*. On sait ce que sont ces neurones, histologiquement isolés par les travaux de Ramon y Cajal : ce sont les unités de tissu nerveux, corps cellulaire prolongé en fibres. Du centre à la périphérie, un nerf est composé de plusieurs neurones, qu'on dit articulés, mais qui ne font en réalité que prendre contact. Le sommeil succéderait à la *désarticulation des neurones*, au retrait de ces fibres nerveuses considérées comme des sortes de pseudopodes protoplasmiques (Mathias Duval) (1).

Quoi qu'il en soit, le sommeil est un acte nécessaire, et sa mise en jeu régulière est indispensable au fonctionnement normal de l'organisme.

Sa durée peut être exagérée ou amoindrie. Le premier de ces troubles est presque physiologique chez bien des sujets qui s'endorment après chaque repas sans préjudice d'un sommeil prolongé pendant la nuit.

*Narcolepsie*. — Le sommeil devient maladif quand il persiste presque constamment, se renouvelant spontanément dès qu'il n'est plus interrompu par une excitation ; on l'observe sous cette forme chez les polysarciques, les diabétiques et les cardiaques ; ils s'endorment, non seulement quand ils essayent de travailler ou de lire, mais aussi dans le cours d'une conversation et à table ; c'est la *narcolepsie*. On a noté des phénomènes analogues dans certaines formes de néphrite chronique, mais il faut prendre garde alors de confondre le sommeil avec les états comateux qui peuvent le simuler ; ceux-ci

(1) Pupin, *Le neurone*, thèse Paris, 1896.

ont pour caractères de persister, malgré toutes les excitations auxquelles peut être soumis le malade, et de s'accompagner souvent du trouble respiratoire que l'on appelle le *stertor*. Des attaques de sommeil peuvent se produire dans l'hystérie (1); elles ont été souvent signalées sous les noms de *léthargie* et d'*apoplexie hystériques*; elles diffèrent du sommeil physiologique par l'existence de contractions partielles ou généralisées, par leur durée qui peut atteindre plusieurs semaines, par leur résistance aux excitations sensitives; elles suivent ou précèdent le plus souvent des attaques convulsives. (Voy. l'article *Hypnotisme*.)

On observe, sur la côte occidentale d'Afrique, une maladie que l'on appelle *hypnosis* ou *maladie du sommeil*; elle se termine généralement par la mort; il s'agit vraisemblablement d'une infection de nature encore indéterminée.

La tendance invincible au sommeil ne paraît pas entraîner par elle-même de conséquences graves, mais elle est habituellement d'un pronostic fâcheux quand elle n'est pas liée à l'hystérie, ou provoquée artificiellement.

*Insomnie*. — C'est un symptôme des plus pénibles; elle entraîne la fatigue cérébrale.

**I. Causes.** — Des conditions multiples peuvent la produire. Elle est le *résultat de la volonté* chez les sujets qui se livrent à des travaux excessifs, soit manuels, soit cérébraux. Il faut ajouter le plus souvent, en pareil cas, une *influence médicamenteuse*, celle du café ou du thé. Dans le cas de tumeur intra-cranienne, elle est due le plus souvent à la douleur.

L'insomnie s'observe assez fréquemment dans diverses *maladies de l'encéphale* et en particulier dans celles qui donnent lieu à la *démence*; elle en est un des signes les plus fréquents.

C'est également un symptôme des *fièvres*; elle se produit au début des pyrexies exanthématiques, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde où on la voit se prolonger fréquemment pendant toute la période d'état: on l'a signalée dans les *affections de l'estomac* et, d'une manière générale, dans *toutes les maladies qui s'accompagnent de douleurs*; elle paraît résulter, dans les *maladies du cœur*, des troubles dans la circulation cérébrale ou de la dyspnée; elle est constante dans les *accès d'asthme*, pour peu qu'ils soient intenses.

Nous devons mentionner enfin, parmi ses causes, les excitations cérébrales violentes; nous l'avons vue se produire à la suite des

(1) Debove, *De l'apoplexie hystérique* (Bull. de la Soc. médic. des hôpit., 1880). — Achard, *De l'apoplexie hystérique*, thèse de Paris, 1889. — Gilles de la Tourette, *Des attaques de sommeil hystériques* (Archives de neurologie, 1888).

épreuves d'un concours; elle survient de même à la suite des chagrins que provoquent des revers de fortune, l'amointrissement de la situation sociale ou la perte d'un être chéri.

**II. Caractères.** — L'insomnie peut se produire à des degrés très divers; le plus souvent, elle n'est que relative; les sujets ne donnent chaque jour au sommeil qu'un laps de temps insuffisant; il en est ainsi chez ceux qui sont contraints de se surmener; l'insomnie consécutive à des excès de fatigue intellectuelle peut être beaucoup plus opiniâtre; nous l'avons vue, dans un cas, persister pendant plus d'une semaine; elle peut être d'une durée beaucoup plus longue chez les aliénés.

Les sujets en proie à l'insomnie sont généralement dans un état prononcé d'excitabilité nerveuse; toutes les sensations leur deviennent pénibles; ils tombent dans une sorte d'agitation anxieuse; leur appétit est le plus ordinairement troublé; leur teint pâlit; leur regard, d'abord brillant, devient plus tard atone; il y a mélange de faiblesse et d'excitation; les sujets tombent dans une prostration qui semble pouvoir aboutir à une terminaison fatale. Il importe de distinguer, à ce point de vue, l'insomnie provoquée accidentellement par un surménagement intellectuel ou une émotion pénible de celle qui se produit sous l'influence d'une maladie; la première est le plus souvent passagère, la seconde durable.

#### ARTICLE V. — VERTIGE.

On désigne sous ce nom un trouble dans lequel il semble que les objets environnants se déplacent et que l'on se déplace soi-même dans une direction déterminée, variable suivant les cas, de telle sorte que l'on se sent en état d'instabilité et que l'on a tendance à perdre l'équilibre.

**I. Causes et mode de production.** — Les conditions dans lesquelles a lieu le vertige montrent qu'il a pour cause prochaine un désordre dans l'innervation encéphalique. Il est, le plus souvent, d'origine périphérique, souvent *visuel* ou *auditif*.

Parmi les vertiges *visuels*, il faut citer en premier lieu celui qui survient lorsqu'on regarde en bas d'un lieu élevé; il se manifeste chez la plupart des sujets, bien que l'on réussisse le plus souvent par l'habitude à s'en délivrer. Il est probable que le trouble de la vision entre également, pour une part, dans le vertige produit par le tournoiement rapide du corps, car les jeunes gens qui s'exercent à la valse ferment les yeux pour éviter l'accident; il en est de même des vertiges qu'éprouvent certaines personnes lorsqu'elles sont trans-

portées en voiture, d'arrière en avant. Il est des malades qui éprouvent une sensation de vertige extrêmement pénible dès qu'ils fixent un objet ou qu'ils cherchent à déplacer les yeux dans une direction quelconque : c'est le *vertige oculaire* décrit par Abadie.

Il faut en rapprocher l'état pathologique connu sous le nom d'*agoraphobie* : les sujets qui en sont atteints ne peuvent traverser une place publique, un pont, quelquefois une cour ou une rue sans être pris d'un vertige qui les force à s'arrêter et à chercher un appui ; chez d'autres, le voisinage d'un monument élevé produit les mêmes phénomènes.

L'existence du *vertige auditif* n'est pas moins certaine. Ménière, qui l'a décrit le premier, a montré qu'il se développe sous l'influence d'une sensation purement subjective : le malade entend un sifflement, un bourdonnement, un bruit quelconque, et immédiatement il est pris d'une sensation de tournoiement tellement intense que souvent il tombe s'il n'est secouru ; le vertige se produit parfois en l'absence de la sensation auditive chez les sujets atteints d'une maladie de l'oreille.

Le vertige s'observe dans la plupart des maladies de l'encéphale : il est surtout fréquent dans le cas de tumeurs ; la plupart des auteurs admettent qu'il est même un des symptômes habituels de l'anémie cérébrale et qu'il peut être ainsi provoqué par l'artério-sclérose et la myocardite ainsi que par l'insuffisance et le rétrécissement aortiques.

Le vertige est un des symptômes fréquents de l'ataxie locomotrice progressive, tantôt dès le début, tantôt à une période avancée de la maladie ; il ne s'agit pas habituellement en pareil cas d'un vertige auditif, car M. Giraudeau a constaté dans six de ces faits l'intégrité de l'ouïe ; il est quelquefois d'origine oculaire. La paralysie générale et la sclérose en plaques s'accompagnent de même, fréquemment, de ce trouble fonctionnel (Charcot). M. Giraudeau l'a observé dans la myélite chronique diffuse. On l'a signalé récemment dans le goitre exophtalmique. Les traumatismes crâniens, les coups de soleil, le séjour dans un milieu trop chaud peuvent également lui donner lieu.

On doit à Trousseau une description détaillée du vertige d'origine gastrique (1). Tantôt, il survient à jeun et est calmé par l'ingestion des aliments, tantôt, au contraire, il se produit après les repas. M. Bouchard l'a observé chez des sujets atteints de dilatation de l'estomac. Ce fait clinique est susceptible d'interprétations diverses, et il

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 7<sup>e</sup> édition, 1885.

ne faut pas prendre au pied de la lettre la pathogénie que semble indiquer ce mot de vertige gastrique ; ce vertige doit être rapproché de l'agoraphobie et d'autres stigmates de la neurasthénie. On l'a signalé aussi dans l'helminthiase intestinale, ainsi que dans les coliques hépatiques et néphrétiques.

Chez la femme, l'appareil utéro-ovarien paraît être une cause relativement fréquente d'accidents vertigineux, dont l'étude rentre surtout dans celle de l'hystérie.

Nous devons mentionner encore, parmi les causes de vertiges, les affections fébriles et particulièrement les pyrexies exanthématiques, la fièvre typhoïde, la grippe, les oreillons, les fièvres intermittentes et les méningites cérébro-spinales : une vive réaction n'est pas nécessaire à leur production, car nous les avons vus survenir avec intensité dans des cas très bénins de varioloïde. La migraine s'accompagne souvent de vertiges ; ce trouble fonctionnel appartient également à la symptomatologie de la goutte et à celle du diabète.

Signalons enfin les vertiges que produisent, chez certains sujets, divers médicaments, parmi lesquels nous citerons en première ligne le sulfate de quinine, le salicylate de soude, la belladone, le tabac et l'alcool.

Bien que l'on ne puisse déterminer quelle est la cause prochaine du vertige, l'interprétation de Cyon, qui le rapporte à un trouble d'un *sens de l'espace*, paraît d'accord avec les faits : ce sens aurait pour centre le cervelet ; il recevrait des impressions centripètes provenant, d'une part, des nerfs auditifs et des canaux semi-circulaires, d'autre part, des nerfs optiques. L'expérimentation a démontré que les lésions des canaux semi-circulaires donnent lieu à des mouvements de rotation dont la direction est constamment la même que celle du canal sectionné, et qui sont des mouvements de rotation, de culbute ou de manège ; d'autre part, la lésion de diverses parties de l'encéphale, et plus particulièrement du cervelet et de ses pédoncules (1), peut donner lieu également à des mouvements de rotation : Weill admet que ces différents organes constituent, dans leur ensemble, un appareil d'équilibration. Des troubles d'origine centrale ou périphérique dans les fonctions de ses diverses parties constituantes seraient causes de vertiges.

**II. Caractères.** — La sensation de vertige est susceptible de varier beaucoup, suivant les conditions dans lesquelles elle se développe et les individus qu'elle affecte. Le plus souvent passagère, elle dure parfois des mois et même des années (cas de vertige de Ménière).

(1) Weill, *Des vertiges*, 1886.

A un léger degré, elle permet la station debout ; le malade a la sensation qu'il va tomber ou qu'il tourne dans telle ou telle direction ou que le sol manque sous ses pas ; plus prononcée, elle peut amener une chute et sa violence est telle, en certains cas, que les malades perdent l'équilibre alors même qu'ils sont couchés ; ils s'imaginent que leur lit bascule et se renverse ; cependant, la situation horizontale atténue d'habitude les sensations pénibles.

Le vertige s'accompagne d'une angoisse plus ou moins prononcée. Il peut s'y ajouter, comme nous l'avons vu, divers troubles de la vision ou de l'audition. Si le vertige est continu, la démarche devient titubante et vacillante, elle ressemble à celle de l'ivresse. L'occlusion des yeux atténue les vertiges visuels ; elle augmente ceux de l'alcoolisme aigu.

C'est surtout dans les cas graves de vertige de Ménière que les accidents atteignent un haut degré d'intensité et deviennent lamentables : les malades se sentent continuellement dans une situation instable ; ils se calent avec des oreillers ou des coussins et néanmoins, même s'ils ont les yeux fermés, ils se sentent menacés d'une chute imminente ; ils sont en proie à une sensation de balancement, de mouvement giratoire, tantôt autour d'un axe vertical, tantôt autour d'un axe transversal ; d'autres fois, ils éprouvent une sensation d'élévation et d'abaissement qui leur fait croire à un mouvement d'escarpolette ou de tremplin ; d'autres fois, ils se sentent enlevés brusquement en l'air, la tête en bas, et s'imaginent qu'ils restent un instant suspendus (1) ; ils ne se trouvent jamais en équilibre et éprouvent, sans discontinuer, un mouvement de va-et-vient et de tournoiement dans un sens ou dans l'autre. Ce vertige peut s'accompagner de nausées, de vomissements et de sueurs froides. Les malades tombent parfois privés de mouvement : la chute se fait alors toujours du même côté, exceptionnellement en arrière, d'ordinaire en obliquant en avant et du côté de l'oreille atteinte.

Ce n'est guère que dans la maladie de Ménière que ces vertiges auditifs persistent d'une manière continue pendant plusieurs mois : ce sont plus ordinairement des phénomènes passagers.

L'intelligence est intacte ; le malade a conscience de ce qui lui arrive, et c'est là un caractère qui peut servir à différencier le vertige du petit mal épileptique avec lequel il a été trop souvent confondu.

(1) Féré et Demars, *Revue de médecine*, 1881.

ARTICLE VI. — EXTASE.

On appelle ainsi un état cérébral dans lequel les malades sont tellement absorbés par la contemplation d'objets imaginaires qu'ils perdent momentanément la sensibilité et les mouvements volontaires. L'objet de la contemplation est le plus souvent, mais non constamment, une image religieuse ; cet état morbide se développe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable ; il est assez souvent une manifestation de l'hystérie ; on peut l'observer chez les névropathes ; il est beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, chez les jeunes gens que chez les vieillards. Toutes les causes d'anémie, et particulièrement l'insuffisance de l'alimentation et du sommeil, en favorisent l'apparition. On peut toujours invoquer, pour expliquer le développement des phénomènes, des troubles psychiques ; la surexcitation religieuse et la vie ascétique en sont les causes les plus ordinaires ; l'accès lui-même est souvent provoqué par des méditations prolongées en l'absence de tout bruit et dans l'obscurité.

Si l'on examine un sujet en état d'extase, on constate qu'il est dans une attitude fixe exprimant la passion dont il est animé ; la physionomie garde la même expression : s'il s'agit d'une extase religieuse, le malade semble dans un état de parfaite béatitude, ses regards sont constamment dirigés vers le ciel, assez souvent il se prosterne et se livre à des actes d'adoration : d'autres fois, il cherche à éprouver les souffrances du Christ, il veut s'identifier avec lui et subir le crucifiement, après avoir parcouru toutes les phases de la passion. C'est dans ces conditions que l'on a vu se produire des *stigmates* ; tout en faisant la part de la simulation, on a dû reconnaître que la paume des mains de ces extatiques était bien réellement excoriée. Ils peuvent, sans en avoir conscience, se faire avec leurs ongles des excoriations profondes ; il se produit, chez certains de ces sujets, des sueurs locales et colorées analogues à celles qui ont été décrites par Parrot sous le nom d'*hématidroses*. Nous verrons que l'on provoque par suggestion des phénomènes très analogues ; il s'agit donc, selon toute vraisemblance, de troubles tropho-neurotiques.

La sensibilité cutanée des sujets en état d'extase est abolie ; on peut les piquer, les pincer, les brûler sans qu'ils perçoivent même de sensation ; cette insensibilité s'étend aux muqueuses ; les mouvements se réduisent à ceux qui sont en rapport avec l'hallucination ; le sens

de la vue est aboli ; il en est de même, mais non constamment, de l'ouïe.

Les accès coïncident assez fréquemment avec des manifestations hystériques ; ils représentent, dans la grande attaque, la phase dite des *attitudes passionnelles* ; ils peuvent également accompagner la *théomanie* et la *démonomanie*, et coïncider avec la catalepsie.

Nous venons de montrer que l'extase se produit dans des conditions très diverses ; aussi, ne pouvons-nous la considérer comme une maladie ; c'est un syndrome dont la cause prochaine n'est pas déterminée, mais que l'on tend cependant à ranger parmi les phénomènes d'*inhibition*.

ARTICLE VII. — HYPNOTISME : CATALEPSIE, LÉTHARGIE  
ET SOMNAMBULISME (1).

L'hypnotisme est un sommeil provoqué qui peut se présenter sous trois formes : la *catalepsie*, la *léthargie*, et le *somnambulisme*. On en a déterminé les causes, analysé les phénomènes et distingué les formes cliniques ; on a appris à en provoquer les manifestations, dont certaines ne se produisent pas spontanément et peuvent être considérées comme créées par l'expérimentation. Le travail de Braid a été le point de départ de ce mouvement, qui a pris une grande importance, grâce surtout aux publications de MM. Mathias Duval, Charcot, Heidenhain, Mesnet, Dumontpallier, Charles Richet, P. Richet, Luys, Grasset, Beaunis, Féré, Pitres, Babinski, Gilles de la Tourette et autres.

**I. Causes.** — L'hypnotisme ne se produit que chez des sujets prédisposés, et il est loin de survenir chez tous avec la même facilité ; il suffit d'un bruit insolite, d'une émotion, d'un regard pour faire tomber certains sujets en catalepsie, tandis que chez d'autres on ne réussit à amener ce même état que par des manœuvres prolongées et laborieuses, et que chez certains on échoue complètement. La proportion des sujets hypnotisables a été appréciée diversement par les auteurs compétents ; elle varie de 95 à 10 p. 100 ; il faut tenir compte, pour l'apprécier, de l'habileté et de l'expérience personnelles de celui qui fait la statistique d'après ses propres observations.

Parmi les prédispositions à l'hypnotisme, il faut placer l'hérédité ; on a observé plusieurs fois la catalepsie chez les enfants d'une même

(1) La bibliographie va de l'ouvrage classique de Braid, *Neurypnology*, etc., Londres, 1843, jusqu'aux nombreux travaux de l'École de la Salpêtrière.

famille. L'hypnotisme est plus fréquent chez les femmes, mais cependant on réussit souvent à le produire chez les jeunes garçons.

Les fatigues, les chagrins d'amour, les émotions vives et les revers de fortune en favorisent le développement. Il en est de même des maladies qui abattent les forces et augmentent l'excitabilité du système nerveux ; on le produit plus aisément chez les convalescents de maladies aiguës ; il en est de même, d'après Grasset, chez les malades atteints de la malaria ou de la goutte ; l'*hystérie* joue dans cette étiologie un rôle prédominant, mais non exclusif, car tous les hystériques ne sont pas hypnotisables et tous les hypnotisés ne sont pas hystériques.

Un choc soudain, tel qu'un traumatisme, une impression sensorielle vive, celle que produisent, par exemple, un bruit de cloches, un coup de canon ou un éclair, une émotion vive, peuvent provoquer l'apparition de l'hypnotisme.

M. Ch. Richet considère comme une des conditions les plus favorables à la production des états hypnotiques ce qu'il appelle l'*éducation magnétique*. Un sujet qui a été réfractaire aux premières tentatives d'hypnotisation se laisse ensuite endormir d'autant plus facilement qu'elles sont plus souvent répétées, et aussi sous l'influence de causes futiles.

L'hypnotisme est le plus souvent produit artificiellement ; on peut le provoquer par *suggestion*, en persuadant aux malades qu'ils éprouvent toutes les sensations qui annoncent le sommeil ; il suffit d'affirmer à certains névropathes qu'on les endormira à une heure déterminée, en les magnétisant de loin, pour qu'ils s'endorment réellement ; une impression morale vive peut avoir la même action. Les impressions visuelles et auditives, quand elles sont intenses ou prolongées, provoquent l'hypnotisme chez les sujets prédisposés ; on l'amène, soit en plaçant le malade devant un foyer lumineux intense, tel qu'une lampe de Drummond ou une lumière électrique, soit en l'invitant à fixer un objet, de préférence brillant, que l'on maintient au-devant de ses yeux ; Braid le plaçait assez près pour provoquer l'adduction forcée des globes oculaires ; on peut obtenir le même résultat en regardant fixement le malade qui soutient le regard.

L'état hypnotique varie suivant le mode d'impression lumineuse. Une sensation vive et soudaine engendre d'habitude la catalepsie, qui fait place à la léthargie si cette sensation cesse brusquement. L'action du regard produit d'abord la catalepsie, puis, si elle se prolonge, la léthargie. Le procédé de Braid a pour effet la léthargie ou le somnambulisme.

Les sensations auditives brusques et intenses, telles qu'un bruit de