

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

gong, un coup d'archet, produisent la catalepsie, qui fait, comme précédemment, place à la léthargie si elles sont soudainement interrompues ; le tonnerre et le canon agissent de même. Le tic tac d'une montre peut amener la catalepsie ou le somnambulisme, suivant que le sujet a les yeux ouverts ou fermés.

La pression sur les globes oculaires est un bon moyen de produire la léthargie, qui fait place à la catalepsie si l'on vient à ouvrir les yeux, ou à une catalepsie unilatérale si l'on n'ouvre qu'un œil. Chez d'autres sujets, c'est le somnambulisme qui survient sous l'influence de cette pression. On peut provoquer d'abord la léthargie par le frottement des globes oculaires, puis la catalepsie par l'action de la lumière et enfin le somnambulisme par la pression sur le vertex (Dumontpallier).

Diverses sensations cutanées engendrent, chez les individus prédisposés, les mêmes états morbides. M. Pitres a démontré l'existence de *zones hypnogènes* ; il suffit de les comprimer ou même de les exciter superficiellement par le frôlement d'un pinceau, une insufflation ou l'approche d'un corps chaud, pour donner lieu à un état hypnotique, catalepsie, léthargie ou somnambulisme, toujours le même chez le même sujet. Leur nombre est très variable ; M. Pitres en a déterminé de quatre à cinquante chez un individu. Leur existence n'est pas constante ; il est parfois impossible de les trouver alors que le sujet est facilement hypnotisable par d'autres moyens. D'habitude placées symétriquement, elles ne s'accompagnent d'aucune modification appréciable dans l'état des tissus. Leur étendue moyenne est de 4 à 5 centimètres ; on l'a vue atteindre 30 centimètres. M. Pitres distingue parmi ces zones trois variétés : 1° les *zones hypnogènes simples*, dont la pression détermine invariablement un état hypnotique toujours le même ; 2° les *zones hypnogènes à effets successifs*, dont la pression donne lieu à des phases de plus en plus profondes du sommeil provoqué à mesure qu'elle devient plus énergique ; 3° les *zones hypnogènes à effets incomplets*, dont la pression ne produit pas le sommeil hypnotique, mais peut en modifier les phases. Il faut mentionner encore, parmi les actions capables d'amener l'hypnotisme, celle des aimants et des courants électriques.

II. Caractères. — Après cet exposé général des causes de l'hypnotisme, nous devons étudier chacun des trois états sous lesquels il peut se présenter.

A. La catalepsie est un trouble caractérisé par des accès pendant lesquels les mouvements volontaires sont abolis, en même temps que chaque partie du corps conserve l'attitude qu'elle avait au début ou qu'on lui a communiquée ultérieurement ; il se produit

concurrentement des anesthésies aussi qu'une suspension de l'entendement.

Nous avons vu qu'elle peut se développer primitivement sous l'influence d'un bruit inattendu, d'une lumière vive ou par la fixation du regard sur un sujet quelconque, être provoquée artificiellement par les manœuvres indiquées précédemment ou résulter de la transformation d'un autre état hypnotique, la léthargie ou le somnambulisme. Il suffit d'ouvrir les yeux d'un sujet en léthargie pour le faire tomber en catalepsie.

Dans cet état, le malade, immobile, insensible aux excitations, regarde fixement ; ses yeux sont largement ouverts ; il est complètement anesthésié ; on peut le piquer ou le pincer violemment sans qu'il s'en aperçoive ; ses réflexes tendineux sont abolis. Les muscles ne sont pas contracturés ; *ils gardent longtemps l'attitude qu'on leur communique*, alors même qu'elle semblerait devoir entraîner rapidement une fatigue intolérable ; c'est la *plasticité cataleptique* : si l'on élève, par exemple, le membre supérieur et qu'on le laisse dans cette situation, il s'y maintient pendant vingt minutes ou même une demi-heure sans présenter de tremblement, même si on lui fait supporter un poids, et quand le malade le laisse retomber, c'est graduellement et lentement. Le pouls est accéléré, mais la respiration n'est pas modifiée, alors que chez un individu sain, qui cherche à conserver la même attitude, il survient bientôt des oscillations, du tremblement et le mode de respiration qui indique l'effort.

Les réflexes tendineux sont diminués ou abolis.

Si l'on vient à presser et à malaxer un muscle, il se paralyse, perd sa tonicité et laisse la partie se dévier sous l'influence des muscles antagonistes ; la paralysie ainsi provoquée peut gagner tout un membre. On produit le même résultat en frictionnant ou en comprimant un tendon ou un nerf : le membre perd alors son attitude persistante et tombe inerte.

Chez certains cataleptiques, le sens musculaire, la vue, l'ouïe restent excitables, aussi peut-on observer le phénomène que Braid a appelé *suggestion* : en plaçant les membres du malade dans les attitudes qui répondent aux divers sentiments et aux diverses passions, on suscite une mimique qu'il traduit avec vivacité les mêmes sentiments ou les mêmes passions ; on peut ainsi faire exprimer au malade la colère, l'humilité, l'orgueil, la tendresse, la prière, etc. ; il reste alors anesthésié, mais l'état cataleptique n'existe plus, et le regard a perdu sa fixité.

Charcot et M. Richer ont obtenu les mêmes résultats en provoquant par la faradisation des différents muscles de la face diverses

expressions de physionomie ; ils voyaient se produire dans les autres muscles de la face et dans les muscles des membres les mouvements nécessaires pour compléter l'expression produite par les muscles électrisés.

Quand la catalepsie a été produite par le soulèvement des paupières d'une femme qu'avait mise en état de léthargie la convergence des rayons visuels en strabisme interne et supérieur, il peut se produire chez elle toute une série de troubles psychiques : si l'on place devant ses yeux un objet que l'on fait osciller, le regard se fixe bientôt sur lui ; l'expression de la physionomie devient riante quand il est porté en haut, triste s'il est dirigé en bas. La cataleptique, lorsque son attention est attirée, devient susceptible d'exécuter un série d'actes inconscients. Certaines malades reproduisent les gestes de l'observateur placé devant elles (phénomènes d'imitation) ou les actes indiqués par certains bruits tels que celui du rire, du pleurer et de l'éternuement ; on peut ainsi leur faire exécuter les mouvements les plus variés et les plus compliqués. Les malades accomplissent ceux dont le début a été provoqué par l'observateur et qui sont indiqués par l'attitude donnée aux parties.

Si l'on place entre les mains d'une cataleptique un objet dont l'usage est connu d'elle, on la voit presque aussitôt sortir de son état de catalepsie pour se livrer automatiquement à l'acte auquel l'objet est destiné : si c'est un pardessus, elle le revêt et le boutonne avec soin ; si c'est un verre, elle boit ; un balai, elle balaye, etc. (Richer). Vient-on, dans ces conditions, à abaisser l'une des paupières, tout le côté correspondant devient léthargique et cesse de se mouvoir, mais les mouvements continuent du côté opposé.

On dit qu'il y a *prise du regard*, quand une cataleptique s'attache à suivre un objet ou à imiter un individu sur lequel son œil s'est fixé : elle le fait automatiquement, en écartant violemment les obstacles qui peuvent se présenter, aussi longtemps que cet état persiste ; nous avons pu provoquer par suggestion cette prise du regard. Les troubles de motilité qui caractérisent la catalepsie ont alors disparu. Il en est de même quand on suggère à la malade des illusions ou des hallucinations. Si l'on attire alors son regard vers le sol en lui disant que la terre est couverte de fleurs, elle cesse momentanément d'être cataleptique et se baisse pour cueillir ces fleurs ; si on lui montre un blessé, on la voit prendre un air de commisération, se baisser, s'agenouiller et faire le geste de rouler une bande ; si on l'invite à écouter la musique, elle entend aussitôt un concert imaginaire ; il suffit de lui dire qu'elle voit le paradis, pour la jeter dans l'extase.

La réunion de l'extase et de la catalepsie a été souvent signalée.

On peut généralement faire cesser l'état cataleptique en soufflant sur le visage ; le malade revient à un état normal sans garder aucun souvenir de ce qui lui est arrivé. Veut-on, au contraire, faire passer le sujet de l'état cataleptique à un autre état hypnotique ? Il suffit d'une légère friction sur le haut de la tête pour amener le somnambulisme, et de l'occlusion des paupières pour produire la léthargie ; nous avons vu que la cessation brusque de l'impression lumineuse ou auditive qui a engendré la catalepsie a également pour effet la léthargie et que l'on peut provoquer ce même état directement, soit par le procédé de Braid, soit par une pression douce sur les yeux, soit par la pression sur certaines zones hypnogènes.

B. La *léthargie* est un état de sommeil provoqué que caractérise surtout la résolution générale des muscles, avec cette particularité qu'il suffit de les exciter mécaniquement à travers les téguments ou d'agir de même, soit sur leurs tendons, soit sur les nerfs qui les animent, pour en provoquer la contraction (*hyperexcitabilité musculaire*). Elle peut se produire primitivement par la fixation du regard sur un sujet placé à une certaine distance, ou consécutivement, comme nous venons de le voir, à un état cataleptique.

Le début de la léthargie est brusque : le malade tombe, ses yeux se ferment, il fait le plus souvent une inspiration sifflante accompagnée de quelques mouvements de déglutition, ses paupières deviennent le siège d'un frémissement continu, ses globes oculaires se portent convulsivement en haut et en dedans.

La sensibilité générale et les sensibilités spéciales semblent abolies ; on peut pincer ou brûler la peau ou les muqueuses, mettre le malade en présence d'un foyer lumineux intense, ou faire détonner une arme à feu auprès de lui sans qu'il réagisse aucunement.

Nous avons vu que, malgré la résolution générale des muscles, on peut s'assurer que l'excitabilité de ces organes est accrue ; il en est de même de celle du système nerveux moteur. Plusieurs faits en témoignent. Nous citerons en premier lieu l'exagération des réflexes tendineux ; ils ne restent pas limités aux muscles dont le tendon a été frappé, et s'étendent à d'autres membres, quelquefois à tout le corps ; ils font place à une contracture, qui peut également s'étendre et se généraliser.

Charcot et M. Richer ont mis de même en relief l'hyperexcitabilité des nerfs : en excitant mécaniquement, tantôt le nerf médian, tantôt le cubital et le radial, ils ont provoqué la contracture de tous les muscles animés par ces différents nerfs et l'attitude spéciale qui la caractérise ; les contractures isolées des muscles sont provoquées par leur excitation directe, qui doit porter particulièrement sur les

points d'émergence de nerfs ; elles sont énergiques et l'on ne peut les surmonter par la force. C'est ainsi que l'on produit un torticolis, en frictionnant l'un des sterno-mastoïdiens, et la contracture de la jambe en extension si l'on excite le triceps crural ; ces contractures cèdent si l'on vient à exciter les muscles antagonistes : « l'agent qui fait défaut », dit Dumontpallier.

C'est à ce moyen qu'il faut recourir si la contracture persiste après le réveil, si ce n'est dans le cas où le malade a passé par la catalepsie après la léthargie ; il faut alors provoquer de nouveau la léthargie pour faire disparaître cette contracture persistante (Charcot). On peut amener le transfert de cet état : si, par exemple, on a provoqué chez un sujet la griffe du médian du côté gauche, on peut, en plaçant un aimant près de l'avant-bras, y déterminer un transfert de la contracture. MM. Ch. Richet et Brissaud ont montré que l'excitation directe des membres chez les sujets en léthargie ne produit pas la contracture si le membre est anémié par la constriction à l'aide d'une bande d'Esmarch ; elle se produit spontanément si l'on enlève la bande ; elle existait donc à l'état latent ; cette contracture latente est sujette au transfert.

Ces propositions ne sont pas applicables aux muscles de la face ; leurs contractions ne se produisent que passagèrement, sous l'influence des excitations mécaniques localisées ; elles cessent en même temps qu'elles ou, si elles persistent, c'est pour quelques instants ; M. Richet a montré que l'excitation unilatérale de l'un des muscles pairs de la face retentit souvent sur le muscle homologue chez les léthargiques hystériques. Les organes que nous venons d'énumérer sont seuls excitables ; comme nous l'avons vu déjà, la sensibilité est abolie et l'excitation des téguments ne donne lieu à aucun phénomène de réaction ; au contraire, chez des sujets non hystériques placés en léthargie, après avoir été en catalepsie, l'excitation de la peau peut, d'après Bottey, provoquer des contractures.

Les phénomènes de l'hyperexcitabilité névro-musculaire sont plus ou moins prononcés chez les divers sujets ; on les voit prédominer dans un côté du corps. P. Richet a reconnu qu'ils disparaissent pendant la narcose chloroformique poussée assez loin pour produire la résolution. Ce sont, pour lui, des phénomènes réflexes : le fait qu'ils s'étendent aux muscles congénères, puis à des parties éloignées, suffit à montrer qu'ils sont sous la dépendance d'une exagération de l'excitabilité spinale.

Plusieurs observateurs pensent que l'on peut, dans ces conditions, exciter directement les centres d'innervation motrice : c'est ainsi que Silva dit avoir provoqué des contractions du membre supérieur droit,

en percutant la région temporale gauche dans le point qui correspond à la partie moyenne des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes, centre des mouvements de ce membre ; s'il frappait plus haut, c'était dans le membre inférieur que les contractions se produisaient. On peut, de même, attribuer à une action à distance sur les centres corticaux les contractions limitées que M. Dumontpallier provoquait chez une de ses malades en projetant, à l'aide d'un soufflet capillaire, un courant d'air sur différentes parties du crâne.

L'hyperexcitabilité musculaire de la léthargie peut donner lieu à des contractures partielles qui l'ont fait confondre avec la catalepsie. Richer propose d'appeler l'ensemble de phénomènes que produit sa mise en jeu *état cataleptiforme de la léthargie* ; il diffère à beaucoup d'égards de la catalepsie, bien que les membres conservent un certain temps l'attitude qu'on leur donne : l'occlusion des yeux, l'état convulsif des globes oculaires, le frémissement des paupières, ordinairement une certaine rigidité des membres et le peu de temps pendant lequel ils conservent leur attitude anormale l'en distinguent suffisamment.

La léthargie ne se présente pas toujours avec ses caractères classiques. On peut voir manquer l'hyperexcitabilité musculaire, persister en partie la sensibilité générale ; certains malades gardent le souvenir des sensations qu'ils ont éprouvées. On décrit une léthargie lucide dans laquelle les malades, devenus insensibles et ayant perdu tout pouvoir sur leurs organes musculaires, restent en possession de leurs facultés intellectuelles et se rendent compte de ce qui se passe auprès d'eux. D'autres malades au contraire sont en état de mort apparente, avec ralentissement des contractions cardiaques et des mouvements respiratoires.

C. L'état de *somnambulisme* est, d'après MM. Pitres et Gaube, dont nous résumons la description, caractérisé « par une torpeur apparente des facultés intellectuelles assez analogue à celle qui s'observe dans le sommeil naturel et par la conservation de l'activité musculaire, de telle sorte que le sujet endormi est cependant capable de marcher et de se mouvoir comme une personne à l'état de veille » ; il est en état « d'activité automatique ».

Il existe un *somnambulisme*, dit *naturel* ou *physiologique*, qui peut exister chez des sujets sains ; ils se lèvent, se livrent automatiquement à des actes divers, puis se recouchent et ne gardent au réveil aucun souvenir de ce qu'ils ont fait ; ils ont mis un rêve en action.

Les différentes causes d'hypnotisme que nous avons énumérées peuvent le produire sous cette forme ; on y arrive surtout par le procédé de Braid et la compression des globes oculaires ou des zones hypnogènes.

Le somnambulisme peut survenir lentement ou brusquement : dans ce dernier cas, son début est fréquemment annoncé par une inspiration bruyante et l'occlusion complète ou incomplète des paupières qui sont en général agitées de frémissements.

Les yeux, cependant, peuvent rester ouverts, ce qui permet d'agir sur les sujets par des impressions visuelles.

On a noté dans le somnambulisme un *trouble de la respiration* : c'est, tantôt de l'irrégularité, tantôt un antagonisme entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen ; il semble qu'il se produise, soit une paralysie du diaphragme, soit un état spasmodique des muscles abdominaux.

La *sensibilité cutanée* peut être abolie ; chez les hystériques, elle reste d'habitude ce qu'elle était à l'état de veille ; elle peut être aussi augmentée. M. Pitres a décrit sous le nom d'*haphalgésie* une forme d'hyperesthésie fréquente chez les somnambules et caractérisée par ce fait que le contact des métaux, et souvent de certains d'entre eux seulement, provoque une sensation de vibration ou de brûlure très pénible, même sur les parties anesthésiées. *Les diverses sensibilités spéciales peuvent être exaltées* ; certains sujets supportent mal les moindres bruits ; un malade de M. Azam entendait à neuf mètres le tic tac d'une montre.

Suivant Luys, il peut se produire, dans ces conditions, une aptitude à être attiré ou repoussé par les effluves qui se dégagent des barreaux aimantés et à percevoir comme différemment colorés ceux qui proviennent des deux pôles (1) ; les sujets peuvent même voir diversement colorés des effluves émis par les organes des sens (2) (*force neurique rayonnante* de Baréty).

Il existe souvent, chez les somnambules, un *état cataleptoïde* ; leurs membres gardent, pendant un laps de temps relativement long, l'attitude qu'on leur communique.

Les muscles entrent en contracture sous l'influence d'excitations légères de la peau (hyperexcitabilité cutané-musculaire) ; il suffit d'une friction légère, d'une insufflation, et même du plus léger attouchement, du frôlement d'un poil, d'un courant d'air imperceptible, des vibrations produites par le mouvement d'une montre et transmises par un tube en caoutchouc, pour produire des contractions intenses, alors que les excitations violentes des mêmes parties restent sans action. Des excitations cutanées très légères et limi-

(1) J. Luys, *De la visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état d'hypnotisme* (C. R. de la Soc. de biologie, mai 1892).

(2) J. Luys, *De la visibilité par les sujets en état d'hypnotisme des effluves dégagés par les êtres vivants* (C. R. de la Soc. de biologie, juillet 1892).

tées peuvent donner lieu à des contractures limitées aux muscles voisins ou à ceux dont les nerfs moteurs sont en connexion, par l'intermédiaire de la moelle, avec les nerfs sensitifs excités. Les contractures provoquées de la sorte peuvent s'étendre, soit au côté correspondant du corps, soit aux muscles symétriques, et persister après le réveil si on ne les a pas fait disparaître pendant le sommeil en soufflant sur les parties correspondantes des téguments. Ces faits prouvent l'existence d'une relation fonctionnelle entre les nerfs cutanés sensitifs et les rameaux moteurs d'une même région.

Au point de vue *psychique*, les somnambules sont à l'état d'*automates*. L'idéation ne se manifeste plus chez eux que sous l'influence d'excitations venues du dehors. On provoque chez ses sujets, par *suggestion*, des illusions, des hallucinations, des troubles de la motilité, des troubles de la mémoire, et des actes automatiques qui peuvent se produire longtemps après le réveil.

Le somnambule accepte les affirmations qu'il entend émettre ; « l'idée évoquée s'extériorise sous la forme d'une hallucination nettement définie ». Nous avons vu que ces hallucinations s'accompagnent, dans les organes des sens, de modifications matérielles identiques à celles qui se produiraient si l'objet fictif avait une existence réelle. Le somnambule voit les objets imaginaires qu'on lui dit être devant lui ; il entend les sons, perçoit les odeurs et les saveurs que l'on attribue aux objets qu'on lui présente : c'est ainsi que le sulfate de quinine est pris pour du sucre et l'ammoniaque pour un parfum délicieux. On peut agir de même sur la sensibilité viscérale, provoquer des vomissements ou de la diarrhée avec des médicaments imaginaires, faire éprouver aux sujets les angoisses de la soif et de la faim, et même faire naître des ampoules de vésicatoires et des stigmates sanglants.

On peut provoquer par suggestion des paralysies, des contractures et des convulsions ; ces paralysies peuvent occuper la langue ; on peut amener de même la perte totale ou partielle de la mémoire et conséquemment l'inconscience de la personnalité. On persuade ainsi aux sujets qu'ils sont des individus autres qu'eux-mêmes, à une femme qu'elle est un homme, à un soldat qu'il est prêtre, magistrat ou tel animal : âge, sexe, vêtement, situation sociale ont disparu : il ne reste plus dans l'intelligence, dit M. Ch. Richet, qu'une seule image, une seule conscience : c'est la conscience de l'image de l'être nouveau qui apparaît dans l'imagination ; c'est ce que Ch. Richet appelle l'*objectivation des types*.

On peut enfin suggérer à longue échéance, soit des hallucinations, soit des impulsions irrésistibles ; une expérience de M. Bernheim

semble établir qu'un somnambule peut exécuter, au bout d'un an, l'acte qu'on lui a commandé à cette échéance pendant son sommeil. « Le somnambule est un instrument docile et précis; au lieu d'un acte insignifiant, on pourrait lui imposer la manœuvre la plus coupable. »

Le sujet en état de somnambulisme peut être placé en état de léthargie ou de catalepsie par les moyens indiqués : on peut le réveiller en lui soufflant brusquement sur les yeux, en les comprimant ou en excitant certaines régions tégumentaires.

On peut aussi provoquer une hémicatalepsie, une hémiléthargie et un hémisomnambulisme. Il suffit, par exemple, chez un sujet en catalepsie, de fermer un œil pour voir le côté du corps correspondant prendre le caractère de la léthargie, tandis que le côté opposé reste en catalepsie.

Le mode de production de ces différents états n'est pas élucidé; l'explication la plus vraisemblable nous paraît être celle qu'a formulée M. Brown-Séquard; il s'agit de phénomènes d'*inhibition psychique* combinés avec des phénomènes d'*excitation* : l'impression sensorielle qui produit brusquement la catalepsie suspend l'activité des circonvolutions cérébrales à l'exception des centres moteurs; de même, la vision qui produit l'extase paralyse les fonctions psychiques. On peut donc admettre que, chez les sujets prédisposés, une excitation peut déterminer, par inhibition, l'inertie d'une partie des centres nerveux en même temps qu'elle exalte l'activité de l'un ou de plusieurs d'entre eux, et amener ainsi la désassociation des fonctions cérébrales.

A côté du *grand hypnotisme* constitué par les trois états qui viennent d'être décrits, M. Charcot a montré qu'il existe un *petit hypnotisme*; il est constitué par les mêmes troubles fonctionnels qui surviennent isolément ou se groupent diversement; il s'observe presque toujours chez des hystériques et présente un ou plusieurs des caractères somatiques indiqués précédemment.

L'école de Nancy dénie toute importance à ces phénomènes; ils ne seraient que l'œuvre de la suggestion comme tous ceux qui constituent le grand hypnotisme de M. Charcot; cet état ne représenterait qu'une création artificielle; l'hypnose serait une propriété physiologique plutôt que pathologique.

L'étude attentive des faits montre qu'aucune de ces objections n'a de valeur réelle et que le grand hypnotisme de la Salpêtrière reste debout dans son intégralité.

Le syndrome que l'on désigne sous ce nom est caractérisé par la *perte subite de la connaissance, la suppression de la sensibilité et des mouvements volontaires, la persistance de la respiration et de la circulation et l'absence de convulsions épileptiformes.*

I. Causes. — Il est provoqué constamment par une lésion intracranienne : la plus fréquente est l'hémorragie; viennent ensuite l'embolie, les tumeurs, les hémorragies méningées, la congestion cérébrale et la sclérose en plaques; c'est probablement aussi par troubles de la circulation encéphalique que l'impaludisme peut donner lieu à ce syndrome; à ces états morbides, il faut, comme l'a montré M. Debove, ajouter l'hystérie; faut-il y joindre le mal de Bright, produisant l'apoplexie séreuse des anciens auteurs? Nous ne le pensons pas, car il n'y a plus ici la brusquerie du début qui caractérise l'attaque apoplectique; nous réservons donc le nom d'*apoplexie* aux accidents provoqués par les causes que nous venons d'énumérer; les autres rentrent dans le *coma*, état morbide dont la signification plus large s'applique à tous les cas dans lesquels les fonctions cérébrales se trouvent suspendues; l'individu qui tombe comme foudroyé au milieu de son travail et se trouve sans connaissance, privé de sentiment et de mouvement, a une attaque apoplectique; celui qui, atteint d'une hémiplegie dont les progrès s'accroissent graduellement, présente des troubles intellectuels qui aboutissent au bout de quelques jours ou de quelques heures à la perte de connaissance en même temps qu'à la résolution des quatre membres, tombe dans le *coma* sans que la dénomination d'*apoplexie* puisse être régulièrement appliquée à son état, car la soudaineté du début est un des caractères de ce syndrome.

II. Mode de production. — Quelle est la cause prochaine de l'apoplexie? On a indiqué tour à tour, pour l'expliquer, la congestion et l'anémie de l'encéphale; Duret a cru pouvoir s'en rendre compte par les oscillations du liquide céphalo-rachidien : nous ne pouvons admettre cette interprétation, car assez souvent l'apoplexie se produit sous l'influence de foyers hémorragiques de trop petites dimensions pour donner lieu à un déplacement appréciable de ce liquide, et les expériences de Leyden ont fait voir que l'élévation de la pression n'amène d'accidents que si elle est considérable. Pour nous, comme pour M. Jaccoud, la cause réelle du syndrome est le choc que l'irruption brusque du sang fait subir à l'encéphale (1); la

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*. — Jaccoud et Hallopeau, article ENCÉPHALE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1870.

commotion se transmet directement à l'hémisphère dans lequel se fait la lésion ; elle est communiquée à l'hémisphère opposé par les fibres commissurales qui relient les deux moitiés du cerveau ; elle s'étend même à la moelle et en anéantit momentanément l'activité. L'apoplexie ainsi comprise est le résultat d'une action d'arrêt exercée par la lésion sur les fonctions de l'encéphale et souvent aussi de la moelle épinière.

III. Caractères. — L'individu frappé d'apoplexie s'affaisse sur lui-même et tombe s'il est debout au moment où elle se produit ; s'il est assis, il se renverse et il tombe de même s'il n'est soutenu ; le début de l'attaque peut passer inaperçu si elle survient pendant la nuit. La connaissance est complètement abolie ; les excitations les plus vives ne peuvent être perçues ; les yeux sont d'habitude fermés ; la face est ordinairement, mais non constamment, rouge et congestionnée ; assez souvent, elle se dirige avec fixité d'un même côté, et l'on peut supposer, dès lors, que la lésion loge dans l'hémisphère correspondant, bien qu'il n'y ait pas en ce moment de paralysie significative. Les quatre membres, en effet, sont dans un état de complète résolution : si on les soulève, ils retombent inertes sur le lit. Les mouvements réflexes y sont ordinairement supprimés, ce qui prouve que le choc cérébral retentit sur la moelle et en paralyse momentanément le pouvoir excito-moteur ; il faut faire exception pour les réflexes rotuliens qui sont au contraire souvent exagérés ; ceux de la déglutition peuvent être maintenus, affaiblis ou abolis. Le plus souvent, les malades n'urinent pas ou n'urinent que par regorgement, les sphincters sont paralysés et il se produit des évacuations alvines ; les mouvements respiratoires persistent, ils sont intenses, profonds et bruyants par suite de la difficulté qu'éprouvent les malades à chasser les mucosités qui s'accumulent dans la bouche et dans le larynx, et aussi d'un trouble dans les fonctions des centres respiratoires : témoin le phénomène de Cheyne-Stokes, que l'on observe parfois. Cet état peut durer quelques heures ou se prolonger pendant plusieurs jours ; dans les cas graves, il s'accompagne au début d'algidité ; la température rectale est abaissée d'un ou deux degrés ; le pouls est lent, les extrémités sont froides ; puis survient une seconde phase pendant laquelle la température s'élève rapidement et peut atteindre 42 degrés, en même temps que la respiration et le pouls s'accroissent proportionnellement jusqu'à la mort, qui est proche.

Quand le malade ne meurt pas pendant l'apoplexie, la connaissance revient peu à peu en même temps que la motilité dans les membres non paralysés ; s'il s'est produit une hémiplegie, on peut alors cons-

tater que les membres d'un côté retombent plus lourdement que ceux du côté opposé, lorsqu'on les abandonne après les avoir soulevés ; les réflexes ne sont plus les mêmes dans les deux moitiés du corps : nous avons reconnu que le réflexe plantaire peut rester pendant un certain temps aboli du côté paralysé, alors qu'il a reparu déjà du côté sain (1). Rosenbach (2) a étudié à ce point de vue les réflexes abdominaux et est arrivé à des résultats intéressants ; on sait qu'il suffit de presser avec le doigt la paroi abdominale pour en provoquer la contraction réflexe ; si les réflexes abdominaux manquent d'un côté, c'est qu'il existe une lésion de l'hémisphère opposé ; leur retour chez un apoplectique a une signification favorable et leur disparition est d'un pronostic fâcheux ; Rosenbach admet en outre que la diminution bilatérale de ces réflexes indique une lésion cérébrale diffuse, mais cette manière de voir ne nous paraît pas acceptable, car ce phénomène appartient à la symptomatologie régulière du coma apoplectique.

Nous ne ferons que signaler les convulsions qui accompagnent assez souvent l'apoplexie ; elles ne lui appartiennent pas, non plus que les troubles trophiques qui peuvent se produire dans les membres paralysés.

Dans l'apoplexie hystérique qu'a fait connaître M. Debove, on voit survenir une héli-anesthésie centrale et les aësthésiogènes amènent la disparition de tous les troubles moteurs et sensitifs ; l'hystérie en pareil cas peut être typique ou latente ; elle peut reconnaître une origine toxique (saturnine, mercurielle ou alcoolique) ; l'action des aësthésiogènes permet d'en faire le diagnostic.

ARTICLE IX. — COMA.

Ce syndrome offre beaucoup d'analogie avec l'apoplexie qui n'en est, en réalité, qu'une forme caractérisée par la soudaineté de son début. Il comprend tous les cas dans lesquels il y a perte de connaissance en même temps que paralysie du mouvement et du sentiment, alors que les fonctions de circulation et de respiration continuent à s'accomplir : ce dernier caractère le sépare de la syncope.

I. Causes. — On l'observe chaque fois que la mort a lieu par le cerveau. Il se produit fréquemment dans les affections cérébrales ; quand l'abolition de la connaissance et des mouvements se fait graduellement et lentement, on dit qu'il y a coma et non apoplexie ;

(1) Hallopeau, *Note pour servir à l'étude physiologique de l'apoplexie* (Bulletin de la Société anatomique, 1873).

(2) Rosenbach, *Arch. f. Psych. und Nervenkrank.*, VI, p. 843.