

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 d'habitude 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 de ces stigmates qui ont été l'objet de discussions si prolongées; tout en faisant la part de la simulation, on a dû reconnaître que la paume des mains de ces extatiques était bien réellement excoriée. Maury pense qu'ils peuvent, sans en avoir conscience, se faire avec leurs ongles des excoriations profondes; Michéa (1) suppose qu'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'*hémaitidroses*. Nous verrons (page 677) que l'on provoque par suggestion des phénomènes très analogues.

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

(1) Michéa, *Des hallucinations*. Paris, 1846. — Maury, ouvrage cité.

hystériques; ils représentent, dans la grande attaque, la phase dite des *attitudes passionnelles*; ils peuvent également accompagner la *théomanie* et la *démonomanie*; nous verrons bientôt qu'ils coïncident fréquemment 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* (Voyez page 677).

ARTICLE VII — DE L'HYPNOTISME ET DE SES TROIS ÉTATS: LA CATALEPSIE, LA LÉTHARGIE ET LE SOMNAMBULISME (1)

L'hypnotisme est un sommeil provoqué qui peut se présenter sous trois formes: la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme. Son étude est entrée depuis quelques années dans une voie scientifique; 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 récemment une grande importance, grâce surtout aux publications de MM. Mathias Duval, Charcot, Heidenhain, Mesnet, Dumontpallier, Charles Richet, P. Richet, Luys, Bernheim, Grasset, Beaunis, Féré, Pitres et autres.

§ 1<sup>er</sup> — Causes.

L'hypnotisme ne se produit que chez des sujets prédisposés, et il

(1) Braid, *Neurypnology*, etc. Londres, 1843. — Maury, *Le sommeil et les rêves*, 1865. — Mesnet, *Étude sur le somnambulisme*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1866). — Mathias Duval, art. *HYPNOTISME* du *Nouveau dictionn. de méd. et de chir.*, 1874. — Mesnet, *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathol.*, 1874. — Ch. Richet, *Du somnambulisme provoqué* (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1875). — Charcot, *Leçons sur la catalepsie et le somnambulisme hystérique* (*Progrès médic.*, 1878). — Ch. Richet, *De l'influence des mouvements sur les idées* (*Revue philosophique*, 1879). — Heidenhain, *Der sogenannte thierische Magnetismus*, 1880. — Ch. Richet, *Du somnambulisme provoqué* (*Revue philosophique*, 1880). — Baréty, *Des propriétés physiques d'une force particulière du corps humain, force neurigie rayonnante* (*Soc. de biologie*, 1881). — Chambard, *Du somnambulisme provoqué*. — Dumontpallier, *Soc. de biologie*, 1881 à 1886, *passim*. — Bernheim, *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, 1884. — Janet, *De la suggestion dans l'état hypnotique* (*Revue politique et littéraire*, 1884). — Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*, 1884. — Richet, *De la grande hystérie*. — H. Barth, *Du sommeil non naturel et de ses diverses formes*, 1886. — Pitres et Gaube, *De l'hypnotisme* (*Rev. des sciences médic.*, 1886). Nous avons particulièrement consulté cette excellente revue générale pour la révision de cet article. — Azam, *L'hypnotisme et le dédoublement de la personnalité*. Paris, 1887. — Cullerre, *Magnétisme et hypnotisme*. 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1887. — Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*. Paris, 1887. — Bourru et Burot, *La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance*. Paris, 1887.

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 très diversement par les auteurs compétents ; elle varie de 93 à 10 0/0 ; il faut évidemment tenir grand 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 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 pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu et de fièvre typhoïde ; 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'*élocution 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 fortuites.

L'hypnotisme est le plus souvent produit artificiellement ; on peut le provoquer par *suggestion*. M. Bernheim a souvent endormi des sujets en leur persuadant qu'ils éprouvaient 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 internes, 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.

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 quatre à cinq centimètres ; on l'a vue atteindre trente 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 (1). Il faut mentionner encore, parmi les actions capables d'amener l'hypnotisme, celles des aimants et des courants électriques.

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

A. La *cataplexie* est un trouble caractérisé par des accès pendant lesquels le sentiment et l'entendement sont suspendus en même temps que chaque partie du corps conserve l'attitude qu'elle avait au début ou qu'on lui a communiquée ultérieurement.

Nous avons vu qu'elle peut se développer primitivement, 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 cataplexie.

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. Les muscles ne sont pas contracturés; ils *gardent l'attitude qu'on leur communique*, alors même qu'elle semblerait devoir entraîner rapidement une fatigue intolérable; 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, alors même qu'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

(1) Pitres et Gaube, *loc. cit.*

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 comprimant un tendon ou un nerf; le membre perd alors son attitude persistante et tombe inerte (1).

Chez certains cataleptiques, on peut observer le phénomène que Braid a appelé *suggestion*; en plaçant les membres de la malade dans les attitudes qui répondent aux divers sentiments et aux diverses passions, on suscite une mimique qui exprime avec vivacité les mêmes sentiments ou les mêmes passions; on peut ainsi faire exprimer à la malade la colère, l'humilité, l'orgueil, la tendresse, la prière, etc.; elle reste alors anesthésiée, mais l'état cataleptique n'existe plus, et le regard a perdu sa fixité.

MM. Charcot et Richer ont obtenu les mêmes résultats en provoquant par la faradisation des différents muscles de la face diverses expressions de physionomie: ils voyaient se reproduire 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 cataplexie 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, d'après Richer, 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 une série d'actes inconscients. Certaines malades reproduisent exactement 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 ou 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

(1) Pitres et Gaube, *loc. cit.*

de catalepsie pour se livrer automatiquement à l'acte auquel l'objet est destiné: si c'est un par-dessus, elle le revêt et le boutonne avec soin; s'il s'agit d'un verre, elle boit; d'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 vu 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 qu'il est couvert 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).

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 détoner 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.

MM. Charcot et 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'immersion des 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 sural; ces contractures cèdent si l'on vient à exciter les muscles antagonistes: « l'agent qui fait défaire, 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 droit, 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; MM. Charcot et P. Richer ont reconnu que 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. Richer 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. Richer 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; certaines malades gardent le souvenir des sensations qu'elles 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 (1). 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. »

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 des paupières.

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, d'après M. Richer, 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

(1) Chambard, article *SOMNAMBULISME* du *Dictionnaire encyclopédique*.

augmentée ; J. Berger l'a constaté à l'aide de l'aesthésiomètre ; M. Pitres a décrit sous le nom d'*alpathésie* 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.

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 ; il suffit d'une friction légère, d'une insufflation, et même, d'après MM. Dumontpallier et Magnin, 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 contractures intenses alors que les excitations violentes des mêmes parties restent sans action. Ces mêmes auteurs ont constaté que des excitations cutanées très légères et limitées pouvaient donner lieu à des contractures nettement limitées aux muscles voisins ou à ceux dont les nerfs moteurs sont en connexions, 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 ces 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 (page 636) 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 récente 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.

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-Sequard et qu'ont acceptée MM. Heidenhain et H. Barth ; 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'ex-

tase 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 (1).

## ARTICLE VIII — DE L'APOPLEXIE

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 épileptiques. Il est provoqué constamment par une lésion intra-crânienne : la plus fréquente est l'hémorragie ; viennent ensuite l'embolie, les tumeurs, les hémorragies méningées et la congestion cérébrale ; à ces états morbides, M. Debove (2) a récemment ajouté 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 essentiels de ce syndrome.

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 ;

(1) H. Barth, *loc. cit.*(2) Debove, *De l'apoplexie hystérique* (Soc. méd. des h<sup>p.</sup>, 1886).

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 siège 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. Le plus souvent les malades n'urinent pas ou n'urinent que par regorgement ; 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. 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 constater 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

(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, 845.