

dans la plupart des cas, bien peu de chose. Souvent elles agissent d'une manière directe sur le territoire nerveux moteur (comme pour les convulsions qui se montrent en cas d'affections des centres excito-moteurs de la couche corticale); d'autres fois les excitations motrices ne paraissent être provoquées que d'une façon indirecte, par voie réflexe (*convulsions réflexes*).

Depuis longtemps on distingue, au point de vue de la symptomatologie, deux sortes de convulsions. On appelle *convulsions cloniques* celles dans lesquelles les contractions anormales des muscles ne durent que peu de temps, s'interrompent pour faire place à de courts intervalles de relâchement et reprendre immédiatement après. De là vient que les parties atteintes sont ébranlées par une longue succession de secousses convulsives. A l'opposé de ces convulsions, on qualifie de *toniques* cette classe de contractions musculaires anormales dans lesquelles le muscle convulsé persiste un temps plus considérable à l'état de tension (des minutes, des heures, des journées entières). La partie frappée reste alors fixée et immobilisée dans une position anormale déterminée. D'ailleurs, ces deux variétés de convulsions présentent des transitions et des combinaisons multiples, de sorte qu'on distingue également des convulsions « *toni-cloniques* ».

Une analyse plus rigoureuse des phénomènes d'excitation motrice démontre cependant qu'il existe un nombre considérable d'autres formes convulsives. Nous allons collectionner ici en raccourci les modalités les plus importantes des contractions morbides involontaires, tout en nous défendant d'épuiser la liste des multiples formes de convulsions.

1. Les *convulsions épileptiformes* sont des contractions violentes, de préférence cloniques, mais aussi en partie toni-cloniques, qui envahissent en se généralisant le corps tout entier ou se limitent à une moitié, même à une moindre partie du corps, et grâce auxquelles tout le corps ou le membre atteint est agité de forts mouvements, le plus souvent sous forme de secousses et d'ébranlements. Le type de cette classe de convulsions est représenté par les véritables *convulsions épileptiques* (comme dans l'épilepsie). Cependant, sous le rapport symptomatique, on rencontre des convulsions tout à fait analogues (*convulsions épileptiformes*) dans les affections organiques du cerveau, dans l'hystérie, etc.

2. On observe parfois dans certaines maladies du cerveau (apoplexie, sclérose) des *secousses rythmiques* de quelques régions musculaires. En ce cas la partie atteinte est ébranlée par une succession incessante de chocs d'intensité plus ou moins grande, qui sont séparés par des intervalles de temps réguliers. Ces secousses rythmiques se rencontrent comme précurseurs ou à la fin des convulsions épileptiformes.

3. La *trémulation* (*tremblement*), dans le sens habituel du mot, est constituée par des oscillations uniformes qui se suivent rapidement et qui d'ordinaire ont peu d'amplitude. Si ces mouvements oscillatoires sont plus étendus, on les nomme « *convulsions ondulatoires* ». La trépidation est un symptôme important et presque pathognomonique de beaucoup de maladies nerveuses (par ex. de la paralysie agitante). Nous ne connaissons cependant que bien peu de chose sur sa véritable pathogénie. Dans la *maladie de Basedow* on observe aussi quelquefois une trémulation marquée surtout aux mains. On sait que ce phénomène se présente fréquemment dans un âge avancé (*tremblement sénile*) et chez les alcoolisants (*tremblement alcoolique*). Parfois il se déclare dans les muscles à l'état de repos, c'est-à-dire soustraits à l'innervation volontaire, parfois seulement dans les muscles mis en mouvement par la volonté. Cette dernière forme de tremblement qu'on rencontre le plus souvent dans la *sclérose disséminée*, est désignée sous le nom de *tremblement intentionnel* (v. y.). Le tremblement intentionnel très prononcé qui s'accroît notamment à l'occasion de toute émotion morale, est un symptôme de l'empoisonnement mercuriel chronique (*tremblement mercuriel*) qu'on observe surtout chez les étameurs de glaces, etc.

A cette occasion il sied encore de faire mention du *tremblement dit essentiel*, c'est-à-dire de cet état où le tremblement, surtout celui des mains, constitue le seul symptôme morbide et n'est dû à aucune cause appréciable. Cette forme de tremblement se voit parfois chez des gens relativement jeunes, même chez des enfants; une *disposition* manifestement *héréditaire* est souvent en jeu dans ces circonstances, à preuve qu'une même famille compte une série de « *trembleurs* ».

Le tremblement est encore un apanage des *personnes nerveuses*, chez lesquelles il s'accroît immédiatement à propos de toute émotion morale. Il y a également un *tremblement hystérique*.

4. Les *contractions isolées*, tantôt soudaines et sous forme de secousses, tantôt sous forme de contractures plus lentes, se rencontrent avec une fréquence particulière dans les affections de la moelle. Ces contractures sont uniques ou se suivent rapidement avec une certaine persistance. Leur mode de production n'est pas toujours bien évident. Elles peuvent tenir à une irritation motrice directe ou avoir une origine réflexe.

5. Les *trémoussements fibrillaires* sont de petites oscillations qui animent quelques faisceaux musculaires. Elles sont visibles quand on examine attentivement le muscle, mais n'exercent pas d'influence véritable sur le mouvement. Si ces contractions fibrillaires sont très vives, elles donnent lieu à une

« *ondulation* » réelle de la substance musculaire. Ce phénomène s'observe principalement dans les muscles atrophiés, donc de préférence en cas d'*atrophie musculaire progressive spinale* (v. y.).

6. Les *mouvements choréiques* sont tantôt de petits soubresauts, tantôt des déplacements plus complexes et plus étendus qui se produisent d'une façon irrégulière et alternativement à la face, dans un membre et souvent par tout le corps. Dans les cas graves, ces mouvements sont presque continuels, dans les cas légers ils sont entrecoupés par des temps d'arrêt plus ou moins longs. Ils constituent le symptôme capital de la *chorée* essentielle, mais se manifestent aussi quelquefois dans d'autres affections cérébrales (chorée symptomatique et posthémiplegique, etc.).

7. On désigne sous le nom de *mouvements athétosiques* des mouvements particuliers, se déclarant involontairement, d'une allure traînante et qu'on observe surtout aux bras et aux mains, mais aussi à la tête, au tronc, etc. Les doigts exécutent des mouvements lents et quelquefois très étendus, se redressent, s'écartent, se recourbent, se contournent et se superposent de la manière la plus bizarre. Cette forme symptomatique d'irritation motrice se montre à l'état de maladie essentielle (*athétosis*), ou constitue un phénomène propre à certaines affections des centres nerveux, par ex. à la *paralysie cérébrale infantile* (v. y.).

8. Les *convulsions statiques* ou *coordonnées* sont des symptômes d'irritation motrice qui consistent en mouvements compliqués que les malades sont obligés d'exécuter malgré eux (*mouvements irrésistibles*). C'est à cette catégorie qu'appartiennent la marche impulsive en avant, le mouvement de manège, la rotation du corps sur son axe (*attitude forcée*), certaines formes particulières de convulsions compliquées, la convulsion saltatoire, le rire spasmodique, le cri convulsif, etc. On les observe le plus souvent dans l'*hystérie* grave, cependant l'*épilepsie* peut aussi se présenter exceptionnellement sous forme de convulsions coordonnées. Les mouvements irrésistibles dont nous venons de parler, ainsi que les attitudes forcées, sont surtout le fait d'affections du *cervelet* et des *peduncules cérébelleux*.

9. On appelle *convulsions toniques*, comme nous l'avons déjà dit, toutes les contractions morbides qui durent un certain temps sans se relâcher. Le *trismus* est la convulsion tonique des muscles de la mastication (*masséters*). On désigne sous le nom d'*opisthotonos* la convulsion tonique des muscles du dos et de la nuque qui fait que le corps tout entier se recourbe en arrière et que la colonne vertébrale s'incurve de manière à former un arc convexe en avant. Le tonisme rigide de tout le corps s'appelle *tétanos*. — On rencontre les convulsions toniques dans le *tétanos*, la *tétanie*, parfois dans l'*hystérie*, etc.

10. La *rigidité cataleptique* est le terme qu'on applique à cet état tonique des muscles dans lequel les membres sont soustraits à l'empire de la volonté, mais restent fixés dans toutes les positions qui leur sont imprimées passivement. Elle se déclare surtout dans certains cas d'*hystérie*. Mais dans d'autres affections cérébrales (par ex. la méningite), des états cataleptiques peuvent aussi se présenter (v. chap. de la *catalepsie*).

11. Les *mouvements associés* sont des mouvements anormaux, qui, à l'occasion des mouvements volontaires, se produisent dans d'autres muscles, lesquels ne sont pas en corrélation avec le mouvement voulu. C'est ainsi par ex. que, chez les hémiplegiques, le bras est parfois agité de mouvements associés, quand le malade ne veut mouvoir que la jambe. Dans les affections de la moelle, le mouvement de l'une des jambes, comme nous l'avons vu, est quelquefois accompagné d'un mouvement non consenti de l'autre. Le plus souvent les mouvements associés se passent dans les muscles du même membre. C'est ainsi notamment que, dans l'hémiplegie ou dans la paralysie spinale spastique, on observe fréquemment que les malades ne savent pas rapprocher la jambe du tronc, sans qu'en même temps se produise une flexion dorsale considérable du pied, à titre de mouvement associé. — Dans les paralysies faciales périphériques de longue durée (s. y.), on remarque très souvent des mouvements associés dans les muscles de la face.

Aux états d'excitation motrice se relie parfois d'autres *symptômes* nerveux *concomitants*. Il arrive très souvent que des phénomènes de paralysie et d'excitation motrice se combinent entre eux, parce que les différentes formes convulsives peuvent se présenter, non seulement dans des régions musculaires normales sous les autres rapports, mais aussi sur des territoires musculaires atteints de parésie ou de résolution complète. L'*état du sensorium* mérite une attention spéciale dans les convulsions généralisées. Les attaques d'épilepsie essentielle sont le plus souvent accompagnées d'une perte complète de connaissance, tandis que le consensus reste indemne dans la plupart des autres formes convulsives. Enfin il est digne de remarque que les convulsions toniques surtout occasionnent quelquefois une vive *perception douloureuse* qui tient probablement à une irritation des nerfs sensibles intra-musculaires. On appelle *crampes* ce genre de contracture douloureuse des muscles. C'est à cette classe qu'appartiennent par ex. les crampes douloureuses des mollets qui suivent les fatigues corporelles, etc.

3. Ataxie.

L'action simultanée de plusieurs muscles est indispensable à l'accomplissement de tous les mouvements normaux composés. Qu'on songe au

grand nombre de muscles qui doivent simultanément entrer en action quand nous marchons, quand nous saisissons un objet ou que nos mains effectuent leurs multiples occupations, etc. Il est par conséquent nécessaire pour l'exécution parfaite de ces mouvements, non seulement que tous les muscles qui entrent en fonction puissent recevoir l'influx nerveux volontaire, c'est-à-dire qu'ils ne soient pas paralysés, mais encore que nous soyons en état de graduer l'innervation de chaque muscle de façon que sa contraction se mesure exactement à la part de travail qui lui incombe spécialement. Tout mouvement volontaire régulier ne peut se réaliser qu'à condition 1° que tous les muscles que le mouvement réclame, ni plus, ni moins, entrent en action, 2° que chaque muscle ne se contracte pas plus fortement que ne l'exige le but spécial à atteindre et 3° que le courant nerveux prenne à point nommé sa direction normale, c'est-à-dire que tous les muscles devant entrer en exercice se contractent, soit en même temps, soit les uns après les autres au moment voulu. Le mouvement accompli dans de pareilles conditions de régularité s'appelle *mouvement coordonné* et la distribution graduée de l'influx nerveux à chacun des muscles qui participent à un mouvement compliqué, est appelée *coordination du mouvement*. Avant tout il faut considérer que, même pour les mouvements les plus simples en apparence, l'action simultanée de plusieurs muscles est indispensable, en ce sens que les *antagonistes* des muscles en mouvement doivent toujours entrer en action en même temps qu'eux. Ce n'est qu'à l'aide des antagonistes qui se tiennent toujours en alerte, que nous mettons tant de précision dans nos mouvements, que nous les suspendons ou les précipitons autant et aussi rapidement que l'exige l'exécution des actes les plus compliqués.

La pathologie nerveuse abonde en faits qui nous permettent de saisir la notion et la nécessité de la coordination des mouvements. En effet, nous ne manquons pas d'observations de désordres de la motilité qui rendent les malades inhabiles à toutes les fines opérations du mouvement et qui pourtant ne dépendent aucunement d'une faiblesse ou d'une paralysie quelconque, mais sont dus à un *trouble de la coordination*. Ce genre de désordre s'appelle *ataxie* et on dit que le bras, la jambe, etc., en sont atteints, quand, dans les parties susdites, les mouvements, quoique conservés avec leur *force entière*, s'exécutent d'une manière manifestement désordonnée, incertaine et « atactique ».

On a construit sur la cause intime de l'ataxie une foule de théories que nous exposerons dans les chapitres spéciaux. Qu'il nous suffise de faire remarquer ici que l'ataxie se produit aussi bien dans les maladies cérébrales,

surtout celles du cervelet (*ataxie cérébelleuse*) que dans les maladies de l'axe médullaire (*ataxie spinale*). Parmi ces dernières, c'est principalement dans la dégénérescence des cordons postérieurs, dans le *tabes dorsal*, que l'ataxie constitue le symptôme capital. Donc, à propos de la description de cette maladie, nous insisterons davantage sur la pathogénie et les causes de l'ataxie.

4. Généralités sur l'exploration et la manière d'être des réflexes.

Dans l'examen des réflexes qui, à raison de leur importance diagnostique parfois considérable, ne doit être omis dans aucun cas de maladie nerveuse, il importe de distinguer deux groupes principaux : les *réflexes cutanés* et les *réflexes tendineux*.

Réflexes cutanés. Par *réflexes cutanés* on entend les contractions musculaires provoquées par l'excitation des nerfs cutanés sensitifs (centripètes) à l'aide du mécanisme de la réflexion. Aux *extrémités supérieures* ces réflexes n'existent le plus souvent qu'à un faible degré ; cependant on réussit presque toujours à les susciter, en piquant ou en pincant la peau, surtout celle des doigts. Tout le monde connaît les réflexes très prononcés qui se produisent chez beaucoup de personnes par le chatouillement du creux axillaire. L'exploration des réflexes cutanés dans les *extrémités inférieures* présente beaucoup plus d'importance. C'est la plante des pieds qui est l'endroit le plus sensible à leur évocation. Comme excitateur réflexe on a recours tout simplement au chatouillement de la surface plantaire à l'aide du doigt (*réflexe par titillation*) ou à la piqûre avec une aiguille (*réflexe par picotement*), ou bien encore à une friction rude de la peau avec un corps moussé, d'ordinaire avec le manche du marteau percuteur (*réflexe par friction*). Les irritations thermiques sont aussi très propres à éveiller les réflexes, surtout sous forme de fragments de glace tenus au contact de la peau (*réflexes par réfrigération*). Il est quelquefois à conseiller de tenter ces différentes méthodes à tour de rôle, puisqu'il arrive assez souvent, en cas de diminution de l'excitabilité réflexe, que c'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces procédés qui parvient à provoquer une contraction réflexe dans le membre abdominal. Indépendamment de la plante des pieds, toute la surface cutanée doit être explorée au point de vue de l'excitabilité réflexe (piqûre d'aiguille, pincement d'un pli cutané, etc.) Notons en particulier que dans les affections nerveuses les *réflexes* sont parfois en *retard*, en ce sens que le mouvement réfléchi ne se produit qu'après que l'excitation réflexe a agi pendant un certain temps. C'est ainsi, par ex. que dans beaucoup de maladies de la moelle, comme nous l'avons remarqué à diverses reprises, le

réflexe n'a lieu qu'après qu'on a pincé la peau pendant plusieurs secondes (10 à 15), phénomène qui concorde d'ailleurs avec le fait physiologique bien connu de l'« *accumulation des excitations réflexes* ». Un autre phénomène qui mérite d'être rapporté, c'est que certains endroits de la peau, chez beaucoup de malades, se prêtent au réveil des réflexes avec la plus grande facilité, tandis que d'autres y sont presque complètement insensibles (*endroit d'élection de l'excitabilité réflexe*).

Les mouvements réflexes se bornent en général au membre excité. La piqûre de la plante des pieds est suivie de la flexion dorsale des orteils, du pied, ou bien d'une flexion plus ou moins forte de toute la jambe. Il est rare que les réflexes se disséminent par tout le corps. Cependant, dans certaines conditions pathologiques, il peut se produire une exagération telle de l'excitabilité réflexe, que l'excitation de la plante du pied d'un seul côté suffit pour mettre en mouvement les deux jambes ou même le corps tout entier. Cet état se rencontre parfois dans l'hystérie, dans le tétanos, dans la rage, dans l'empoisonnement par la strychnine, etc.

Il nous reste à parler de deux formes particulières de réflexes cutanés qu'on recherche fréquemment ; le *réflexe des parois abdominales*, consistant en une contraction des muscles abdominaux du côté exploré, quand, avec le doigt ou le manche du marteau percuteur, on passe sur la peau du ventre, et le *réflexe crémastérien*, c'est-à-dire la rétraction réflexe du testicule, quand on frictionne la face interne de la cuisse ou qu'on exerce *largâ manu* une forte compression au-dessus du condyle interne. Le réflexe crémastérien se produit principalement du côté excité, quelquefois cependant des deux côtés à la fois. D'autres réflexes cutanés, tels par ex. que le *réflexe fessier*, le *réflexe du mamelon*, etc. n'ont guère de signification et font souvent défaut.

L'état pathologique des réflexes cutanés est d'autant plus difficile à apprécier que leur intensité varie déjà considérablement dans les conditions normales. Telle personne bien portante a des réflexes infiniment plus vivaces que telle autre. C'est pour cela que chez les malades on en juge beaucoup mieux, quand, en présence d'affections unilatérales, on peut établir une comparaison entre les phénomènes réflexes des deux moitiés du corps. Nous traiterons dans les chapitres spéciaux de la modalité réflexe propre à chaque forme morbide. Bornons-nous à rappeler ici que l'affaiblissement ou l'abolition complète des réflexes cutanés doit inévitablement avoir lieu quand le système de la conduction réflexe (nerf centripète — substance grise, surtout la corne antérieure de l'axe spinal — nerf moteur) est interrompu en un endroit quelconque, comme cela peut être le cas aussi bien dans les maladies des nerfs périphériques que dans celles de la moelle. D'autre

part cependant les réflexes cutanés peuvent encore perdre de leur intensité et même être complètement supprimés, quand les centres réflexes ou segments d'incidence sont empêchés d'agir par l'influence qu'exercent sur eux les centres ou les fibres inhibitoires des réflexes. Étant donné cette disposition, l'exaltation anormale des réflexes cutanés a lieu, soit par l'exagération de l'excitabilité des parties qui mettent les réflexes en jeu (par exemple, dans beaucoup de cas d'hyperesthésie cutanée, dans l'intoxication par la strychnine, dans beaucoup de névroses générales, etc.), soit quand les influences inhibitoires qui, à l'état normal, répriment les centres réflexes, cessent d'agir (dans certaines maladies de la moelle et du cerveau). L'exagération des réflexes cutanés se manifeste d'une part en ce que les mouvements réflexes sont d'une vivacité particulière et se produisent à la plus légère excitation de la peau, de l'autre en ce qu'ils se propagent à des districts musculaires plus étendus que d'habitude.

Réflexes tendineux. Après l'examen des réflexes cutanés vient, comme possédant une importance pratique plus considérable encore, l'exploration des phénomènes compris sous le nom de « *réflexes tendineux* » que ERB et WESTPHAL les premiers ont étudiés et décrits en 1875. On entend par là les contractions musculaires qui se produisent à la suite de l'excitation mécanique des tendons et de parties analogues (périoste, fascia). En ce cas les nerfs sensibles du tendon sont excités et provoquent par voie réflexe (la moelle spinale servant d'intermédiaire) une contraction musculaire. Si on laisse pendre lâchement la jambe ou que, le malade étant au lit, on lui mette la jambe en légère flexion et qu'on donne avec le bord cubital de la main ou mieux avec le marteau percuteur un coup sec sur le ligament rotulien (le tendon du quadriceps crural, extenseur de la cuisse), il se produit presque toujours, chez les personnes saines, une contraction plus ou moins vive du quadriceps qui imprime un mouvement d'extension à la jambe. Ce phénomène est désigné sous le nom de « *réflexe rotulien* » ou de *phénomène du genou* (WESTPHAL). Pour le réaliser, il est indispensable que le sujet évite toute tension active des muscles de la jambe, surtout du muscle extenseur de la cuisse. Si l'on examine le malade non couché au lit, on peut étudier le réflexe patellaire en faisant croiser la jambe à explorer par dessus l'autre et en percutant le tendon rotulien du membre ainsi pendant et relâché. Mieux vaut encore d'après nous faire avancer la jambe jusqu'à ce qu'elle forme avec la cuisse un angle *obtus* ouvert en bas. Si dans cette attitude on laisse mettre la plante du pied à plat sur le sol, l'extenseur de la cuisse est complètement relâché et en tapant sur le tendon rotulien, on provoque très facilement et manifestement une contraction du quadriceps. Au

cas où le réflexe rotulien est faible ou peu marqué, on recommande le procédé de JENDRASSIK, qui consiste à l'explorer pendant que le malade accroche les deux mains fermement l'une à l'autre et fait tous ses efforts pour les séparer. Il est à penser que cette tension musculaire des membres supérieurs amène un relâchement dans les muscles des membres pelviens, puisque aucune innervation volontaire ne parvient plus à ceux-ci, et de la sorte s'explique aisément le renforcement évidemment constatable du réflexe rotulien. Ce « procédé de JENDRASSIK » n'éveille-t-il pas encore de réflexe patellaire, il faut en conclure qu'il est aboli.

Le deuxième réflexe tendineux par ordre d'importance, qu'on peut interroger dans l'extrémité inférieure, c'est le réflexe du tendon d'Achille. Si on imprime au pied une flexion dorsale légère, de manière que le tendon d'Achille soit modérément tendu, et qu'à ce moment on donne à celui-ci un coup vif, le gastrocnémien entre manifestement en contraction. Dans les circonstances ordinaires, ce réflexe fait souvent défaut. Quand, au contraire, les réflexes tendineux sont exagérés d'une manière anormale, il est très prompt à se produire et alors on peut très souvent le réveiller par le procédé suivant, d'une manière très caractéristique. En mettant le dos du pied en flexion dorsale par une manœuvre brusque et forte, immédiatement le tendon d'Achille se tend brusquement et est mécaniquement excité. Cette excitation a pour effet de produire (par voie réflexe) une flexion plantaire du pied. Si maintenant, par la flexion passive incessamment renouvelée du dos du pied, le tendon d'Achille se tend et se retend toujours, il en résulte une série de flexions alternatives du dos et de la plante, de manière que le pied est agité de vives trépidations. Ce phénomène qu'on ne peut qu'exceptionnellement provoquer chez des personnes bien portantes, est désigné sous le nom de *clonisme du pied* ou de « *phénomène du pied* » (WESTPHAL). Quand les réflexes tendineux sont exaltés d'une manière extraordinaire, ces oscillations ne restent pas toujours limitées au pied, mais la jambe entière finit par éprouver un violent clonisme, qu'on désignait autrefois du nom peu approprié d'*épilepsie spinale*. Il arrive aussi parfois qu'on peut imprimer au réflexe patellaire le type d'un clonisme continu, en ramenant vers le bas par une traction brusque la rotule fortement saisie entre les doigts.

Les deux phénomènes que nous venons de décrire, le réflexe rotulien et le réflexe du tendon d'Achille ou phénomène du pied, sont en réalité les réflexes tendineux les plus importants et les plus utilisés en pratique, mais ils sont loin d'être les seuls réflexes tendineux des extrémités inférieures. Outre les tendons proprement dits, il y a encore le périoste et le fascia dont la percussion fournit quelquefois des contractions musculaires que nous

avons appelées *réflexes périostiques* et *fasciaux*. C'est ainsi, par ex. qu'en percutant la face antérieure du tibia, on obtient souvent une contraction dans le quadriceps crural. En outre, on produit fréquemment des mouvements dans les adducteurs de la cuisse par la percussion du condyle interne du tibia, et des contractions dans les muscles de la partie postérieure du fémur par la percussion du mollet, etc.

Aux *membres supérieurs* les réflexes tendineux, dans les circonstances ordinaires, sont le plus souvent peu appréciables, s'ils ne manquent complètement. En revanche, quand l'excitabilité est poussée à ses extrêmes limites, les réflexes tendineux se multiplient à l'infini et sont excessivement prompts à la détente. Les plus importants et les plus constants sont les *réflexes périostiques* qu'on produit dans le long supinateur, le biceps, le deltoïde, etc. en frappant sur l'extrémité inférieure du radius et du cubitus ; puis dans le biceps en percutant le tendon du biceps au pli du coude, dans le triceps en percutant le tendon du triceps au-dessus de l'olecrâne. En fléchissant passivement la paume de la main, on provoque aussi parfois un clonisme persistant dans la main, quoique ce soit rare.

Nous insisterons plus en détail sur les conditions particulières et la valeur diagnostique des réflexes tendineux dans la partie spéciale. Nous verrons que l'*absence des réflexes tendineux* est caractéristique surtout de certaines affections spinales (poliomyélite et tabes dorsal), puis encore de la plupart des paralysies périphériques (paralysies traumatiques, névrite). Par contre, nous constaterons que les *réflexes tendineux* sont anormalement *exagérés* dans beaucoup de maladies de l'axe médullaire, principalement dans cette forme de paralysie spinale qu'on appelle *paralysie spinale spastique*, très fréquemment encore dans les *paralysies cérébrales*. Il est probable que l'exaltation des réflexes en ces cas dépend toujours de la suppression des influences inhibitoires des mouvements réflexes dans les conditions normales.

Nonobstant que jusqu'ici nous ayons implicitement admis comme certaine la nature réflexe des phénomènes appelés « réflexes tendineux », — opinion formulée d'abord par ERB et actuellement partagée par la plupart des neuropathologistes, sur la foi d'une foule de données cliniques et expérimentales — nous ne pouvons pourtant pas omettre de dire que d'autre part, notamment de la part de WESTPHAL, l'origine réflexe des contractions en question est révoquée en doute. WESTPHAL considère ces « phénomènes tendineux » comme une conséquence de l'irritation mécanique *directe*, provoquée par l'ébranlement ou l'élongation du muscle. Néanmoins, comme les recherches *expérimentales* précises et multiples, récemment