

II. Régime et hygiène des épileptiques. — *Régime.* — Il a reposé pendant longtemps sur des notions générales, par lesquelles on tendait à favoriser le moins possible la production des fermentations et des auto-intoxications chez l'épileptique, et à activer ses éliminations. Aussi avait-on tour à tour proposé un régime sobre, un régime lacté, ou lacto-végétarien.

Les travaux de MM. Richet et Toulouse⁽¹⁾ ont établi un nouveau régime sur des bases intéressantes. Ils ont montré qu'en privant dans une certaine mesure l'organisme de ses chlorures, on le rendait plus sensible à l'action de certains médicaments, et particulièrement du bromure : les tissus, tendant à retrouver leur taux moléculaire normal, l'empruntent au bromure. Dès lors le régime déchloruré, renforce l'action du bromure et permet des effets marqués avec des doses moins fortes. Il n'est cependant pas accepté par tous les auteurs (De Fleury).

Hygiène. — Il s'agit de mesures d'hygiène générale propres à diminuer toutes les causes d'excitation : travail modéré, vie calme, séjour à la campagne, occupations variées et peu fatigantes, absence d'excès. Le mariage ne peut être qu'exceptionnellement conseillé.

III. Traitement spécial. — Nous avons en vue beaucoup moins les *attaques* qu'il est possible quelquefois d'enrayer par de violentes excitations, et qui, une fois produites, ne comportent que des précautions banales, que *l'état de mal*. On le soignera par les lavements de bromure, de chloral, les bains sinapisés, et souvent aussi la saignée abondante.

IV. Traitement chirurgical. — Il est aujourd'hui à peu près abandonné. Il se proposait, soit de décompresser l'encéphale par la trépanation ou la résection crânienne (Chipault, Jaboulay, Lucas-Championnière), soit de modifier la circulation cérébrale par la ligature des carotides (Hamilton), des vertébrales (Alexander, Jackson) ou la résection du sympathique (Jaboulay, Alexander). Les résultats n'ont pas répondu à l'attente de ces auteurs.

⁽¹⁾ RICHEL et TOULOUSE. Acad. des sciences, nov. 1899. — TOULOUSE. Soc. Biologie, 1900; Soc. des Hôpitaux, 1904. — LAUFER. Th. Paris, 1901.

HYSTÉRIE

(ou *Pithiatisme*)

Par H. DUTIL et CH. LAUBRY

Historique. — L'hystérie est apparemment aussi ancienne que l'humanité. Son histoire nosographique remonte aux plus lointains écrits des médecins et des philosophes de la Grèce. Platon en parle déjà dans le *Timée*. Hippocrate, Celse, Galien, Boerhaave ont donné, de quelques-uns de ses symptômes, de petits tableaux descriptifs et discuté sur ses causes, sur sa nature, en maints passages de leurs œuvres.

Les peintres et les chroniqueurs du moyen âge ont laissé sur les épidémies de danse et démonopathie qui sévirent à cette époque d'importants documents écrits ou figurés, que Charcot et Richer⁽¹⁾, Pitres, Gilles de la Tourette ont remis en lumière dans leurs intéressants travaux d'exégèse et de critique historique.

Depuis la Renaissance jusqu'à la période moderne, les observateurs qui ont exercé leur sagacité et surtout leur imagination sur l'hystérie sont trop nombreux pour qu'il nous soit possible d'énumérer leurs travaux en indiquant, comme il conviendrait, le côté original et la portée de chacun d'eux. D'ailleurs, la plupart de leurs descriptions sont très imparfaites : elles maintiennent à des degrés divers l'antique confusion de l'hystérie avec l'hypocondrie, avec l'épilepsie, et, cela va sans dire, avec les états neurasthéniques que Béard a tirés récemment du chaos de l'ancien nervosisme. Il faut en excepter cependant des descriptions de Ch. Lepois et surtout celles de Sydenham⁽²⁾. Ce maître observateur a tracé, des principales manifestations de la névrose hystérique, des tableaux cliniques d'une fidélité parfaite. Il avait entrevu son grand caractère, si bien mis en relief par Charcot, de simuler la plupart des maladies organiques. L'hystérie, écrit-il, « imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain : car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. Et, si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément, et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. » Sydenham

⁽¹⁾ Consulter à ce propos : CHARCOT et P. RICHER. *Les Démoniaques de l'art*, Paris, 1887. — *Les maladies et les difformités dans l'art*, Paris, 1889. — La collection de la *Nouvelle Iconographie*.

⁽²⁾ SYDENHAM. *Médecine pratique*, trad. Jault, 1799.

connaissait l'hystérie masculine; aussi fut-il un des premiers à rejeter l'absurde théorie qui, pendant si longtemps, fit de la matrice, de ses pérégrinations à travers le corps, de ses gonflements et de ses douleurs, le centre autour duquel gravitaient toutes les manifestations de la névrose. Mais ces conclusions furent méconnues par la plupart des auteurs du siècle dernier et ceux de la première moitié de ce siècle. Avec Stahl, Hoffmann, Sauvages, Astruc, Louyer-Villermay, Landouzy et Romberg reparaissent et la confusion dans les descriptions cliniques et la croyance en l'origine utérine des accidents hystériques. Seuls, ou à peu près, Brodie (1857) en Angleterre, Brachet et Georget en France, surent apercevoir leur caractère essentiellement dynamique, et même rapporter à l'état mental, à l'idée, une partie de leur genèse.

Avec la publication du *Traité* de Briquet (1859), commence pour l'hystérie une période véritablement scientifique et féconde, qui, s'étendant jusqu'à nos jours, a parcouru un cycle évolutif suffisant pour qu'il nous soit permis d'en caractériser les différentes phases.

La première, marquée surtout par des recherches cliniques et où doivent être mentionnées les consciencieuses descriptions de Briquet et d'Axenfeld, les excellents articles de Lasègue, est dominée par le grand nom de Charcot. Dans ses Leçons, où dans les travaux inspirés à ses élèves, le Maître applique, soit aux symptômes déjà étudiés, comme les attaques, les paralysies, les anesthésies, soit aux manifestations moins connues ou ignorées, qu'il remet en lumière ou rattache à la névrose, comme l'hystérie masculine, l'hystéro-traumatisme, les contractures, etc..., les ressources de son analyse puissante, et de son observation méthodique.

C'est encore Charcot qui, en 1884-1885, inaugure la deuxième phase, où les préoccupations cliniques font place aux interprétations pathogéniques. En reprenant pour les compléter d'anciens travaux de Brodie⁽¹⁾ et de Russel Reynolds⁽²⁾, il prouve que certains troubles graves du mouvement ne peuvent être expliqués par aucune lésion matérielle des nerfs, de la moelle ou de l'encéphale, mais seulement par un phénomène moral ou psycho-physiologique, par une idée. Celle-ci, une fois installée, fixée dans l'esprit et y régnant sans contrôle, s'y développe et y acquiert assez de force pour se réaliser objectivement sous la forme de paralysies, qu'il est en effet possible de reproduire par suggestion, soit chez le malade lui-même, soit chez d'autres sujets hystériques. En insistant sur l'importance et le rôle de l'idée fixe dans la genèse des contractures, des hyperesthésies, du mutisme, de l'anorexie, Charcot est l'initiateur de l'enquête médico-psychologique qui, voulant établir sur des bases solides la doctrine de l'hystérie, maladie mentale, cherche à élucider le mécanisme psychique non seulement des délires, mais encore de la plupart des accidents d'apparence physique par lesquels elle s'affirme. Au premier rang de ces études psychologiques déjà nombreuses, se placent les travaux de M. Pierre Janet⁽³⁾, en France, et ceux de Mœbius⁽⁴⁾, Strümpell, etc., en Allemagne.

(1) BRODIE. *Lectures illustr. of certain local nervous affections*, London, 1857.

(2) RUSSEL REYNOLDS. *Remarks on paralysis and others disorders of motion and sensation dependant on idea*, 1869.

(3) PIERRE JANET. *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889 — *État mental des hystériques. Les stigmates mentaux et accidents mentaux*, 2 vol., collect. Charcot-Debove, 1892 et 1895.

(4) MÖEBIUS. Ueber den Begriff der Hysterie. *Centralblatt für Nerven Heilkunde*, XI, 1888, n° 5.

Enfin on ne saurait nier que ces dix dernières années aient marqué pour l'hystérie une phase nouvelle et importante. Sous l'influence des travaux de M. Babinski sa conception se modifie, son domaine se rétrécit et se précise. M. Babinski montre en effet que l'examen objectif permet, à lui seul, de distinguer les affections organiques des manifestations hystériques. Il discute les symptômes attribués à tort à l'hystérie dont il fixe en même temps les caractères positifs dans une définition, qui donnée en 1901 n'a jamais depuis été contestée. L'hystérie apparaît ainsi comme une affection psychique bien distincte, désignée jusqu'ici par un mot défectueux consacrant une erreur ancienne. Au contraire le terme *pithiatisme*⁽¹⁾, proposé par M. Babinski, résume et synthétise la conception actuelle d'une façon heureuse, en rappelle la base essentielle; aussi nous croyons-nous autorisés à l'employer fréquemment dans le cours de cet article. Nous ne saurions d'ailleurs nous en tenir au mot, à l'exclusion des idées qu'il exprime. Celles-ci sont admises par la majorité des auteurs, et reposent sur une observation critique des faits qui justifie la part que nous leur accorderons et les larges emprunts que nous ferons aux travaux de M. Babinski.

Définition et nature de l'hystérie. — La plupart des auteurs ont beaucoup discuté sur la nature de l'hystérie, sans jamais s'arrêter à une définition bien précise. Leurs conceptions sont plutôt des conclusions, des « postulatum » faisant suite à la description de symptômes nombreux, qu'une définition qui doit au contraire en précéder l'étude, et la commander. Nous devons cependant les passer en revue.

Pour M. Janet, « l'hystérie est une psychose appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux dont le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique. » Les éléments de cette définition s'appliquent à la rigueur aux phénomènes hystériques, mais ils sont loin de leur appartenir en propre. On les retrouve dans la plupart des affections mentales et la maladie du doute, par exemple, est une psychose qui offre à la fois l'insuffisance cérébrale, les symptômes moraux, et une diminution de la faculté de synthèse psychologique.

D'après M. Bernheim⁽²⁾ l'hystérique « est un sujet qui a un appareil hystérogène très développé et facile à émouvoir. » M. Bernheim ne définissant pas l'appareil hystérogène, il n'y a là qu'une simple substitution de mots qui ne saurait arrêter notre attention.

Enfin, dernièrement, M. Grasset⁽³⁾ a émis la théorie de l'automatisme supérieur ou psychisme inférieur, qu'il définit ainsi : « C'est une fonction automatique qui n'est pas l'arc réflexe ordinaire puisqu'elle aboutit à des actes coordonnés, intelligents, spontanés, dans une certaine limite. C'est une fonction psychique dont les centres sont dans l'écorce grise cérébrale et qui doit être cependant soigneusement distinguée de la fonction psychique supérieure, siège de l'intellectualité supérieure, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience

(1) De « πείθω », persuasion. « ιατρος » guérissable (troubles guérissables par la persuasion).

(2) Prof. BERNHEIM. Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. *Bull. méd.*, 8 novembre 1902, p. 957.

(3) GRASSET. *L'Hypnotisme et la suggestion*.

entière et morale, de la liberté et de la responsabilité. » Quand on suggestionne un sujet, les centres de l'automatisme supérieur n'obéissent plus au centre psychique supérieur du sujet, mais à celui de l'hypnotiseur. Dans l'hystérie, le malade obéit aux centres de l'automatisme supérieur et non à son centre psychique supérieur. C'est là une hypothèse ingénieuse, critiquable peut-être, mais ce n'est pas une définition.

En réalité, celle-ci ne sera possible que si elle évite les considérations incertaines d'une pathogénie discutée, et si, en se maintenant dans un domaine purement symptomatique, elle s'appuie sur des attributs appartenant à l'hystérie et n'appartenant qu'à elle. Cette généralisation a paru impossible à nombre d'auteurs qui pensent sans doute avec Lasègue que « la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais ».

M. Babinski (1) a eu le mérite de réagir contre cet état d'esprit et a proposé la définition suivante que nous reproduisons avec ses commentaires :

« L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Pour bien comprendre cette définition, il est indispensable d'attribuer aux mots « suggestion » et « persuasion » leur sens exact ; ces deux termes, en effet, ne sont point synonymes, bien qu'on les emploie fréquemment l'un pour l'autre dans le vocabulaire médical. La suggestion au sens médical du mot exprime l'action par laquelle on cherche à faire accepter à autrui, ou à lui faire réaliser une idée manifestement déraisonnable. La persuasion, au contraire, consiste à faire admettre à autrui, ou à lui faire réaliser une idée éminemment sensée, raisonnable. Dire à un individu dont les muscles fonctionnent d'une manière normale qu'il est paralysé d'un bras, que désormais il ne pourra plus le remuer, constitue de la suggestion, car cette affirmation est contraire au bon sens. Déclarer à un malade atteint d'une paralysie psychique que ce trouble est purement imaginaire, qu'il peut disparaître instantanément par un effort de volonté et obtenir ainsi la guérison, c'est agir par persuasion.

Ainsi comprise, cette définition de l'hystérie offre l'avantage d'énoncer des caractères qui appartiennent à tous les phénomènes hystériques et qui leur sont exclusivement propres.

Il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets (en particulier chez les grands hypnotiques) tous les grands accidents hystériques (paralysies, contractures, anesthésies, attaques). « Cette reproduction est rigoureusement exacte et il est impossible de distinguer les troubles hystériques de ceux qui sont créés par la suggestion expérimentale, ce qui conduit à admettre qu'ils résultent d'auto-suggestion. »

« Au contraire, dit M. Babinski (2), aucune des affections actuellement bien classées hors du cadre de l'hystérie ne peut être reproduite par suggestion ; il

(1) M. BABINSKI. *Soc. de neurol.*, 7 novembre 1901.

(2) BABINSKI. *Soc. de neurol.*, 7 novembre 1901.

est tout au plus possible d'en obtenir par ce moyen une imitation très imparfaite, qu'il est facile de distinguer de l'original. Que l'on essaie, par exemple, de reproduire chez un grand hypnotique l'hémiplégie faciale périphérique, la paralysie radiale vulgaire, le sujet en expérience, quelle que soit sa suggestibilité et quelle que soit la patience de l'expérimentateur, ne parviendra jamais au but qu'on se propose de lui faire atteindre ; il ne sera pas en son pouvoir de réaliser l'hypotonie musculaire d'où dérive la déformation caractéristique de la face dans la paralysie du nerf facial ; il sera incapable aussi de dissocier dans le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras l'action du long supinateur de celle du biceps, comme le fait la paralysie radiale. »

« Voilà donc un caractère qui appartient à l'hystérie, n'appartient qu'à elle, et qui est, par conséquent, apte à la définir. »

« De même que tous les grands accidents hystériques peuvent être reproduits par suggestion, ils sont tous susceptibles de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion ; il n'y a pas un seul de ces accidents qu'on n'ait vu parfois s'éclipser en quelques instants après la mise en œuvre d'un moyen propre à inspirer au malade l'espoir de la guérison. Aucune autre affection ne se comporte de cette manière et, si l'on n'a pas l'expérience de ce mode de traitement, on est même surpris des échecs que l'on essuie quand on cherche à guérir par persuasion certains malades sur lesquels ce moyen semble a priori devoir agir efficacement. Voici, par exemple, un sujet atteint de la maladie du doute bien caractérisée et tourmenté par des phobies diverses ; c'est, du reste, un homme intelligent, n'ayant aucune idée délirante, se rendant parfaitement compte de l'absurdité des pensées qui l'obsèdent, sachant bien que ses craintes ne se réaliseront pas et animé d'un ardent désir de se débarrasser d'un trouble qui rend sa vie intolérable ; admettons, de plus, que ce malade soit hypnotisable. Il semble vraiment qu'un cas de ce genre réunisse les meilleures conditions pour guérir sous l'influence de la persuasion. Or l'observation vient donner un démenti à ces vues préconçues ; la persuasion pourra procurer à ce malade un peu de calme, mais elle est incapable de le guérir. Il n'y a pas une seule affection nerveuse bien définie et située hors des limites de l'hystérie que la psychothérapie seule soit en mesure de faire disparaître ; si son intervention est utile, ce que je reconnais volontiers, elle n'est pas suffisante ; ce qui le prouve bien, c'est que jamais, dans les cas de cet ordre, la persuasion n'est suivie d'une guérison immédiate. On a affaire, par exemple, à un neurasthénique, qui, alarmé de son affaiblissement cérébral, est tourmenté par de sombres pensées, des idées hypocondriaques qu'il ne peut chasser ; il se voit menacé de folie, et cette obsession, qui constitue un véritable travail de l'esprit, aggrave les phénomènes neurasthéniques. Si l'on arrive à persuader au malade que ses craintes ne sont pas fondées et qu'il doit nécessairement guérir, on procure à son esprit le repos qui lui est indispensable et l'on accélère ainsi le retour à l'état normal. En réalité, la psychothérapie a rendu service ; elle a eu pour résultat d'empêcher la neurasthénie de s'accroître, mais elle n'a pas été le seul agent de la guérison qui a nécessité l'adjonction d'autres moyens, en particulier d'un repos cérébral plus ou moins prolongé. »

Tout ce qui précède s'applique aux accidents que M. Babinski appelle *primitifs*, de beaucoup les plus importants, qui sont susceptibles d'apparaître sans avoir été précédés d'autres manifestations. Mais on doit faire rentrer dans l'hystérie des troubles qui, sans présenter les caractères des accidents primitifs,

sont liés d'une façon très étroite à l'un de ces accidents et lui sont subordonnés. Ce sont les *troubles secondaires*, auxquels appartiennent entr'autres l'atrophie musculaire et les rétractions fibrotendineuses. La suggestion ne peut les faire naître. Ils n'apparaissent jamais primitivement. Ils sont toujours liés à un accident primitif qu'ils ne précèdent jamais, dont ils sont la conséquence. Ils ne tardent pas à disparaître quand l'accident primitif qui leur a donné naissance n'existe plus.

En résumé, cette définition fait de l'hystérie une maladie mentale, sous la dépendance de phénomènes psychiques, suggestion, auto-suggestion et persuasion. Le développement que nous lui avons donné indique assez que nous l'acceptons dans son intégralité et que nous en développerons les conséquences. Nous ne faisons d'ailleurs que suivre l'exemple des neurologistes auxquels elle est soumise depuis plus de trois ans, et qui, en ne formulant aucune objection fondamentale, lui accordent un consentement tacite. Dès lors, il nous faudra, à l'exemple de M. Babinski, restreindre le cadre de l'hystérie, que faute d'un critérium suffisant, on agrandissait à plaisir, et en distraire certains accidents qui n'ont rien à faire avec elle. Il y a ainsi tout un travail de revision à entreprendre, qui entraîne à la vérité des conclusions négatives, mais sur lequel nous désirons fixer l'attention. Aussi le mettrons-nous en évidence, non seulement en le rattachant à l'étude des symptômes, mais encore en lui donnant la première place.

Symptômes. — L'hystérique, d'après la définition de M. Babinski, présente et ne peut présenter que des phénomènes capables d'être réalisés par la volonté et l'imagination. Charcot a dit : « L'hystérie est la grande simulatrice. » Mais il est indispensable d'ajouter que c'est une simulatrice grossière, susceptible de tromper qui n'y regarde point de près, ne donnant jamais qu'une reproduction infidèle. Tous les symptômes objectifs que la volonté ne peut reproduire, ne sauraient donc lui appartenir : et cependant tous lui ont été attribués. Cette extension fâcheuse est due à l'ignorance trop fréquente des affections associées à l'hystérie.

Au nombre de celles-ci il faut compter, non seulement les troubles organiques du système nerveux, mais encore les autres névroses et même les autres états psychiques. Cette notion, qui constitue même une loi dans la séméiotique nerveuse, nous explique qu'on a pu décrire, comme appartenant à l'hystérie, des symptômes qui relèvent d'affections concomitantes.

C'est donc sur ces signes objectifs indépendants de la volonté, que portera notre travail de revision et de discussion. Cliniquement, en effet, l'absence de ces signes, permet de penser à la nature hystérique d'une manifestation morbide; leur présence éveille au contraire l'idée d'une autre affection du système nerveux : d'où l'importance diagnostique de leur étude.

I. — PHÉNOMÈNES QUE L'HYSTÉRIE NE PEUT REPRODUIRE

Ce groupe de symptômes négatifs comprend des phénomènes nerveux d'ordre réflexe, moteur sensitif, trophique et vaso-moteurs, des phénomènes viscéraux et certains troubles généraux comme la fièvre.

État des réflexes tendineux. — Avant d'apporter une conclusion ferme aux

différentes opinions relatives à l'état des réflexes dans l'hystérie, nous rappellerons que la recherche de ce symptôme exige un examen délicat et difficile, un long apprentissage et la nécessité de se soumettre à deux règles fondamentales. La première consiste à percuter le tendon directement, sans l'interposition de vêtements, à examiner le membre complètement nu afin de se rendre compte, non seulement de son déplacement, mais encore de l'intensité de la contraction du muscle correspondant au tendon percuté. La seconde est d'obtenir un relâchement musculaire complet : toute contraction préalable, même légère, du muscle, modifierait d'autant l'intensité du réflexe.

Ceci posé, faut-il admettre que les réflexes peuvent être modifiés dans l'hystérie comme le prétendaient Charcot et Richer? Faut-il dire avec de nombreux auteurs que si l'abolition des réflexes ne s'observe jamais, il est possible de noter une légère exagération? A ces multiples opinions, nous répondrons en nous appuyant sur l'autorité de M. Babinski, et en invoquant les raisons qu'il fournit à l'appui de son opinion, que l'hystérie ne fait pas subir de modifications aux réflexes.

Ils ne sont jamais abolis, car cette modification uni ou bilatérale, absolument indépendante de la volonté, et ne pouvant être reproduite par suggestion, ne saurait appartenir à une maladie dont les symptômes par définition ont des caractères absolument opposés.

D'autre part, *ils ne sont jamais exagérés*. Mais avant d'établir cette proposition, il est indispensable de comprendre ce que signifie l'expression de réflexes exagérés. Ce ne sont pas des réflexes simplement forts, c'est-à-dire qui se traduisent par une contraction musculaire, plus considérable que celle constatée habituellement. « A l'état normal, dit M. Babinski, il y a, comme on le sait, de grandes différences individuelles dans l'intensité des réflexes tendineux, qui, faibles chez certains sujets, sont tellement forts chez d'autres qu'ils peuvent sembler anormaux, exagérés. Il n'y a même pas de critérium absolument certain permettant de séparer à ce point de vue le domaine de la physiologie de celui de la pathologie.

« Néanmoins, on admet généralement qu'il y a véritable exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs quand on constate de la trépidation épileptoïde du pied. J'estime aussi que c'est là un des meilleurs caractères distinctifs, pourvu que l'épilepsie spinale soit facile à provoquer, qu'on puisse la faire apparaître en soulevant simplement le pied et en lui imprimant une petite secousse, sans autre préparation.

« Cette condition me paraît essentielle, car autrement il s'agit d'un phénomène banal qu'on peut produire chez un grand nombre de personnes dont il y a tout lieu de considérer le système nerveux comme absolument sain. Pour s'en convaincre il suffit de choisir quelques individus ne présentant aucun signe d'affection nerveuse, ayant simplement des réflexes tendineux forts et chez lesquels le soulèvement du pied, sans aucun artifice préalable, n'a pas provoqué de trépidation; qu'on invite alors les sujets en expérience à étendre le pied sur la jambe et à résister un peu au mouvement de flexion que l'expérimentateur cherche à imprimer au pied pour faire apparaître l'épilepsie spinale; en même temps, qu'un aide pratique sur le tendon d'Achille une série de percussions; en procédant ainsi on obtiendra dans un assez grand nombre de cas une trépidation réflexe du pied identique dans sa forme à celle qui dépend d'un état pathologique.