

avec bienveillance, mon diagnostic était fait d'avance. Il ne me reste plus pour en avoir fini avec la tête et la face, quo d'ajouter qu'il est très fréquent de voir les malades porter leur mouchoir à leur bouche, afin de recueillir la salive qui est rejetée à l'extérieur, parce que la déglutition se trouve aussi un peu en retard.

Si nous considérons maintenant les membres supérieurs, nous trouvons qu'ils sont rigides et dans la demi-flexion au niveau du cou et du poignet. Cette rigidité, qui n'empêche pas toutefois les mouvements, se fait suivant certaines lois. Aux mains, il existe une déformation d'un genre particulier, qui tient à la prédominance de la flexion des phalanges sur le métacarpe et qui rappelle l'attitude de la main lorsqu'on tient une plume pour écrire. Les membres inférieurs sont, eux aussi, rigides, mais la malade est capable de marcher. Cette rigidité est quelquefois assez marquée pour simuler la paraplégie spasmodique, conséquence d'affections spinales qui ont pour siège spécial les faisceaux pyramidaux. La meilleure manière de faire un bon diagnostic, et de ne pas confondre ces deux maladies, est de s'assurer de l'état des réflexes rotuliens. Dans la paraplégie, il y a une exagération, tandis que dans la paralysie, où on n'observe pas de trépidation spinale lorsqu'on redresse la pointe du pied, ils sont normaux.

Voilà ce qui concerne l'analyse des différents phénomènes que l'on peut reconnaître quand la malade est assise; nous allons maintenant la faire lever et nous remarquerons qu'elle est légèrement penchée en avant, la tête regardant la poitrine et le tronc incliné sur le bassin. Les membres inférieurs et supérieurs sont fléchis et les mains sont appliquées quelquefois sur la base du thorax et quelquefois sur l'abdomen.

Cette attitude n'appartient qu'à la paralysie agitante et si nous faisons marcher la malade, elle détache péniblement du sol les membres l'un après l'autre et a une tendance à la festination; c'est-à-dire qu'elle est comme entraînée et que si on ne l'arrêtait dans sa marche, elle ne tarderait pas à courir et à tomber. Se retourner dans un petit rayon étant une chose extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, les malades font en général des routes considérables afin d'avoir un circuit plus grand. Ils ressemblent, comme l'a très bien dit Parkinson, à des automates. Si on les pousse, ils marchent, et, si on les tire, on est forcé de les arrêter. Leur marche rappelle celle de l'éléphant ou de l'hippopotame.

Il existe encore le phénomène de la rétroimpulsion, que notre malade connaît, car elle m'a dit que si son corps venait à se pencher en arrière, elle allait à reculons, mais que beaucoup de malades possèdent sans en avoir conscience, et qu'on est par suite obligé de provoquer. Il suffit alors de tirer légèrement cette femme par derrière pour la voir partir à reculons et ne s'arrêter que lorsque vous vous interposerez. Avant d'en finir, je vous dirai qu'on rencontre ces malades un peu partout. J'en ai vu en Espagne, en Italie et principalement dans les villes d'eau, où on les promène dans de petites voitures.

Étudions maintenant le tremblement, que beaucoup d'auteurs ont considéré à tort comme chose absolument essentielle, puisqu'il peut très bien, comme vous venez de le voir, ne pas exister, et n'en disons que quelques mots, parce que nous serons obligés d'y revenir quand nous aborderons le diagnostic. Je vous ferai remarquer que ce sont de petites oscillations très courtes, qui occupent en général les extré-