

me de la main se rapproche davantage de l'épaule que du côté sain. — 20 *Le signe de la pronation automatique se recherche ainsi*: Vous prenez dans vos mains les mains du malade en plaçant celles-ci les pouces en haut les paumes des mains se regardant; puis par une série de petites secousses comme si vous les soupesiez, vous faites sauter les mains du malade dans les vôtres: du côté sain la main reste verticale; la paume face en dedans; du côté paralysé la main se met en pronation la face palmaire regardant vers le sol. — 30 On peut encore mettre en évidence cette tendance de l'avant-bras à se mettre en pronation par la recherche du "*pronation-phénomène*" de Strumpell: Si vous fléchissez l'avant-bras sur le bras, l'avant-bras se met spontanément en pronation et la main tend à se rapprocher de l'épaule non par sa paume mais par sa face dorsale; efforcez-vous alors de redresser la main et d'en appliquer la paume contre l'épaule; vous noterez d'abord une résistance manifeste puis dès que vous cessez votre action, la main se place en pronation. — 40 Introduisez votre index entre la paume de la main et les doigts fléchis de cet hémiplégique; en général on peut toujours écarter les doigts de la paume de la main, même dans les cas de forte contracture, suffisamment pour y introduire un doigt; essayez alors de redresser la main sur l'avant-bras; vous sentirez alors les doigts de la main de votre malade qui viennent se serrer contre votre doigt; c'est le *signe de la griffe mécanique*. — 50 Babinski a encore étudié un autre phénomène: parfois le malade peut allonger en partie les doigts, ou tout au moins la contracture est assez peu accentuée pour vous permettre l'extension passive des doigts. Prenez chaque main de votre malade dans une des vôtres, paume contre paume; imprimez aux mains du malade une série de petites secousses, pendant que vous retirerez progressivement vos mains; la main du côté paralysé tombe avant celle du côté sain.

M. Mirallié décrit encore plusieurs signes moins importants sur lesquels nous ne pouvons insister.

Nombreux sont les symptômes qui du côté des membres inférieurs dénotent une perturbation du faisceau pyramidal: 10 Nous avons d'abord l'*exagération des réflexes tendineux*: réflexe rotulien, réflexe achilléen. — 20 Puis le *phénomène du pied et le clonus de la rotule*. — 30 Babinski a décrit un symptôme de toute première valeur qui, lorsqu'il existe, entraîne à lui seul le diagnostic; c'est le *phénomène des orteils* ou *signe de Babinski*. Quand chez un individu sain vous chatouillez la plante du pied, vous produisez une série de mouvements réflexes que l'on peut classer ainsi: d'abord un mouvement de retrait en masse du membre inférieur, mouvement de défense; c'est le réflexe plantaire proprement dit; une excitation moins forte provoque une contraction du *fascia lata* visible sous les téguments de la partie antéro-externe de la cuisse; c'est le réflexe du *fascia lata* du Brissaud; enfin vous provoquez en même temps une contraction en flexion plantaire des orteils qui se recourbent vers la plante du pied. Dans l'hémiplégie or-

ganique, le réflexe plantaire et le réflexe du *fascia lata* persistent, mais la contraction des orteils est renversée: sous l'influence du chatouillement plantaire, le gros orteil, même parfois les autres orteils, se redressent vers le dos du pied et se mettent en extension sur le dos du pied: c'est le *signe de Babinski, caractéristique, quand il existe, d'une perturbation du faisceau pyramidal*. Ce signe de Babinski est très précoce, il peut se montrer quelques minutes après l'attaque. — 40 Cette intoxication de la face plantaire du pied produit parfois un mouvement de latéralité des orteils qui s'écartent les uns des autres, se déploient: *signe de l'éventail*. — 50. On peut encore provoquer l'extension dorsale du gros orteil par d'autres procédés. On appuie fortement sur les muscles de la région antéro-externe de la jambe, à un travers de doigt environ en dehors de la crête du tibia, et tout en maintenant la pression, on descend peu à peu le doigt parallèlement à la crête tibiale; on voit alors le gros orteil se redresser: *signe d'Oppenheim*. — 60 On arrive encore parfois au même résultat en pinçant fortement et profondément le tendon d'Achille au-dessus de son insertion sur la calcaneum, en arrière des malléoles: *Signe de Schafer*. — 70 Enfin la compression faite avec les deux mains des muscles des mollets produit aussi l'extension du gros orteil: *Réflexe paradoxal de Gordon*. D'après cet auteur, ce réflexe serait très précoce, précéderait le signe de Babinski et disparaîtrait quand celui-ci apparaît. — 80 Le suivant, décrit par Babinski, est de grande importance: le malade étant couché sur le dos, bien à plat, les bras croisés sur la poitrine, vous lui ordonnez de s'asseoir; du côté paralysé, le talon se détache du plan du lit et s'élève tandis que la jambe saine reste accolée sur le lit: c'est la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*. Si le malade assis se laisse lentement retomber sur le plan du lit, le même phénomène se reproduit, et la jambe paralysée se soulève. Dans les cas très atténués, on peut mettre en évidence le phénomène en faisant coucher le malade sur le lit, les jarrets reposant sur la barre du lit, les jambes pendantes. Quand le malade s'efforce de s'asseoir, la jambe saine s'applique contre le lit, tandis que la jambe paralysée s'en détache et se relève. — 90 Grassé et Gausset ont décrit le phénomène suivant: le malade étant couché sur le dos, on lui ordonne de soulever alternativement les deux membres inférieurs; il le fait facilement pour le membre sain, plus difficilement pour le membre paralysé: le membre sain étant soulevé, on commande au malade de soulever le membre sain, tout en maintenant en l'air le membre paralysé. Ce mouvement est impossible et le membre paralysé retombe dès que le membre sain s'élève: *Signe de Grassé et Gausset*. — 100 Votre malade étant couché, soulevez alternativement les membres inférieurs, en les tenant sous les talons, et en les maintenant dans l'extension comme pour la recherche du signe de Lasègue: du côté sain, le membre inférieur reste dans la rectitude; du côté paralysé le genou se fléchit (Néri).

Pendant la marche, quelques petits symptômes de-