

Bien plus, il peut régner dans beaucoup d'autres régions que la main. Ainsi je l'ai vu siéger dans les rotateurs de l'humérus, dans les rotateurs de la tête; dans les fléchisseurs de la tête pendant la station; dans les muscles de la face; dans les muscles de l'œil, pendant la lecture où la fixité du regard produit le strabisme; dans les fléchisseurs du pied sur la jambe (chez un tourneur), enfin dans les expirateurs pendant chaque inspiration. »

Le même auteur décrit une *paralysie fonctionnelle* beaucoup moins commune que le spasme, « ne se montrant également que pendant l'exercice de la fonction qui l'a occasionnée. »

1979. *Diagnostic*. — Certaines paralysies du membre supérieur, symptomatiques d'une maladie du cerveau ou de la moelle, débutent quelquefois par la main, de sorte que l'incapacité d'écrire est un des premiers phénomènes qui frappent l'attention du malade. Mais cette paralysie n'est jamais bornée à l'action seule d'écrire, elle se manifeste également dans tout autre mouvement des doigts. Dans le tremblement des mains, dans les cas de paralysie ou d'atrophie des muscles qui meuvent les doigts, on notera la même circonstance qui est capitale au point de vue du diagnostic. Celui-ci s'établit avec une égale précision, s'il s'agit de quelque maladie des centres débutant non plus par la paralysie, mais par des contractions convulsives des muscles: le fait caractéristique de la crampe des écrivains est, nous le répétons, l'intégrité de tous les mouvemens autres que ceux nécessaires pour un acte musculaire tout spécial.

1980. Le *traitement* général et local, tel qu'il a été institué jusqu'à présent (repos, bains, frictions, électrisation), s'est montré à peu près constamment inefficace, si bien que les malades renoncent le plus souvent à toute tentative de guérison, se contentant d'employer des appareils mécaniques qui leur permettent d'écrire sans mettre en jeu les muscles convulsés. Notons cependant que la faradisation a réussi deux fois entre les mains de M. Duchenne (sur trente ou trente-cinq cas); que Stromeyer et Langenbeck ont fait avec succès la section des muscles affectés; d'autres opérateurs n'ont pas eu le même bonheur. Certains spasmes fonctionnels analogues à la crampe des écrivains (V. 1978, d), par exemple celui des muscles moteurs de la tête, peuvent guérir, dit M. Duchenne, sous l'influence d'un exercice gymnastique spécial qui consiste à maintenir aussi longtemps que possible les muscles antagonistes de ceux où siège ce spasme dans un état de contraction continue et volontaire, au moyen d'un appareil à résistance élastique.

ARTICLE XLI.

CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS.

(Spasme idiopathique ou essentiel, rétraction musculaire spasmodique, tétanos intermittent, tétanie.)

1981. *Bibliographie*. — DANCE. *Observations sur une espèce de tétanos intermittent* (Archives gén. de médecine, 1830, t. XXVI, p. 190).
- L. TONNELÉ. *Mémoire sur une nouvelle maladie convulsive des enfants* (Gazette méd. de Paris, 1832, t. III, n° 1).
- CONSTANT. *Observations et réflexions sur les contractures essentielles* (Gazette méd. de Paris, 1832, t. III, n° 8). — *Des contractures chez les enfants* (Lancette française, 1837, t. X).
- W. MURDOCH. *Considérations sur les rétractions musculaires spasmodiques* (Journ. univ. et hebdomad. de méd. et de chir., 1832, t. VIII, p. 417).
- DE LA BERGE. *Note sur certaines rétractions musculaires* (Journal hebdomad., 1843, t. IV, p. 161).
- TESSIER et HERMEL. *De la contracture et de la paralysie idiopathiques* (Journal de médecine, mai 1843).
- IMBERT-GOURBEYRE. *Contractures des extrémités* (Thèses de Paris, 1844, in-4). — La bibliographie jointe à cette thèse donne l'indication de plusieurs observations anciennes).
- HÉRARD. *Contracture des membres par accès* (Gazette des hôpitaux, 1845, t. VII, p. 249).
- PERRIN. *Cas curieux de contracture partielle intermittente à type octane, avec irritation violente et épanchement de sérosité dans plusieurs articulations* (Journal de médecine, 1845, t. III, p. 82).
- A.-L.-DELPECH. *Des spasmes musculaires idiopathiques et de la paralysie nerveuse essentielle* (Thèses de Paris, 1846, in-4).
- L. CORVISART. *De la contracture des extrémités ou tétanie* (Thèses de Paris, 1852, in-4).
- F. FLEUROT. *De la contracture essentielle des extrémités* (Thèses de Paris, 1856, in-4).
- J. RABAUD. *Recherches sur l'histoire et les causes prochaines des contractures des extrémités* (Thèses de Paris, 1857, in-4).
- Épidémie de contracture en Belgique* (Gazette méd. de Paris, 1846, p. 401).
- ABAN. *Note sur une épidémie de contractures essentielles observées*

chez des sujets affectés de fièvre typhoïde. Discussion : MM. TROUSSEAU, BARTHEZ, BECQUEREL, LASÈGUE, H. ROGER, MOUTARD-MARTIN, HÉBARD, BÉHIER, MARROTTE (*Bullet. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1855, p. 568).

Consulter aussi la plupart des *Traité des maladies de l'enfance*, principalement celui de MM. RILLET et BARTHEZ (2^e édition, Paris, 1856, in-8, t. II, p. 484), et les ouvrages de *Pathologie interne* : parmi les plus récents, nous devons signaler le livre de MM. HARDY et BÉHIER, Paris, 1855, t. III, p. 801, comme renfermant un excellent article sur la contracture des extrémités.

1982. *Définition*. — Convulsion tonique presque toujours très douloureuse, intermittente, ayant pour siège principal ou exclusif les muscles des membres supérieurs et inférieurs.

Divisions. — Si l'on envisage la contracture comme un symptôme pouvant se produire dans diverses affections du système nerveux, au même titre que la paralysie, la douleur, etc., on se voit forcé d'en distinguer un assez grand nombre de variétés. Mais ce dont nous devons traiter ici, ce n'est pas le *symptôme contracture* : c'est un état pathologique particulier, dénommé d'après son caractère le plus saillant (le spasme musculaire) et dont l'étude spéciale au point de vue clinique est justifiée par un double motif : il diffère par plusieurs traits importants d'autres états morbides très voisins en apparence, et de plus, on ne saurait jusqu'à présent rattacher les phénomènes qui le constituent à aucune lésion positive et constante. Nous renvoyons, en conséquence, à la Nosographie organique, pour tout ce qui concerne l'histoire de la contracture symptomatique (Hémorrhagie, Ramollissement, Inflammation des centres nerveux, etc.), en réservant pour ce chapitre l'histoire seule du spasme tonique des extrémités indépendant de toute altération matérielle, ou du moins considéré comme tel. Ainsi comprise, la contracture peut être divisée en *primitive* et en *sympathique*, selon le plus ou moins d'obscurité de son point de départ ; en *rhumatismale*, *cachectique*, etc., d'après diverses considérations d'étiologie. Nous apprécierons plus loin le degré d'importance de ces distinctions.

1983. *Symptômes*. — *a*. Production d'accès ou paroxysmes pendant lesquels on observe les phénomènes spasmodiques, et qui laissent entre eux des intervalles d'une durée variable. Assez souvent la première apparition ou le retour de ces accès a pour *prodromes* du malaise, de la céphalalgie, diverses modifications dans la sensibilité des parties qui vont être atteintes de spasme ; les malades accusent dans les doigts des engourdissements, des fourmillements, des picotements, ou de véritables douleurs ; ils se plaignent de brisement, de pesanteur dans les mains et les bras. Ces phénomènes persistent pendant quelques minutes ou pendant quelques heures, puis les symptômes caractéristiques appa-

raissent. Plus rarement ces prodromes manquent, et c'est d'emblée que se montre la contraction involontaire, presque toujours douloureuse, quelquefois cependant indolente des muscles.

b. On voit alors les doigts pliés dans la paume des mains, fortement rapprochés ou légèrement écartés les uns des autres, les articulations des phalanges entre elles *demeurent étendues* ; le pouce porté en dedans et recouvert par les phalanges ; les poignets fléchis à différents degrés ; dans les cas où le spasme est intense, les muscles contractés, rigides, douloureux, forment sous la peau un relief bien marqué. Cherche-t-on à étendre les doigts ou les poignets, tantôt on provoque de vives souffrances, tantôt, mais plus rarement, on calme la douleur ; les parties redressées abandonnées à elles-mêmes reprennent immédiatement leur position première. Au lieu d'une *flexion* convulsive (opérée par les interosseux et les muscles de la face palmaire de l'avant-bras), on observe quelquefois l'*extension* involontaire (produite par la contraction des muscles antagonistes).

La roideur débute à peu près constamment par les extrémités supérieures ; elle peut y rester circonscrite en s'étendant plus ou moins loin vers la racine du membre, envahissant quelquefois les fléchisseurs de l'avant-bras, divers muscles de l'épaule ; mais fréquemment aussi elle gagne les membres inférieurs : alors les orteils sont tantôt fléchis, tantôt étendus convulsivement ; le plus souvent le pied est dans une extension forcée sur la jambe et sa pointe tournée en dedans. La douleur, la difficulté de redresser les parties, la rigidité et la saillie des muscles sont les mêmes que pour le membre thoracique. Rarement le spasme s'étend aux muscles de la cuisse. Il est plus exceptionnel encore de voir survenir la contracture des muscles de la mâchoire, du visage ou de l'œil, et c'est seulement pendant les accès les plus violents qu'on a vu quelquefois tous les muscles du cou, de la poitrine, de l'abdomen, se raidir convulsivement et incurver le tronc en avant ; cet état véritablement effrayant, peut amener une gêne extrême de la respiration, et faire craindre l'asphyxie. Les muscles des cuisses et du bassin qui sont toujours envahis dans ces grands accès maintiennent les membres pelviens étendus et rapprochés l'un de l'autre. La contracture peut porter d'une manière plus spéciale sur la partie postérieure du tronc et produire une sorte d'opisthotonos. Souvent la langue reste libre, mais on a vu des cas où cet organe lui-même paraissait contracturé et où la parole était impossible.

Presque toujours ces roideurs occupent symétriquement les deux extrémités supérieures ou inférieures ou les quatre à la fois, ne présentant tout au plus que des différences d'intensité dans les deux moitiés latérales du corps ; quelquefois, cependant, elles sont bornées au bras et à la jambe d'un côté ou même à une seule extrémité.

c. En même temps que ces contractions toniques, les malades accusent fréquemment des *douleurs* spontanées ou déterminées par la pres-

sion. Les doigts, la face dorsale de la main, les faces dorsale ou palmaire de l'avant-bras, tel est le siège ordinaire de ces douleurs; quelques auteurs disent avoir constaté leur localisation dans les rameaux nerveux qui se distribuent au membre affecté; on observe assez habituellement aux mains et aux avant-bras une certaine obtusion de la sensibilité cutanée (anesthésie ou analgésie); dans certains cas un léger œdème et un peu de rougeur, surtout au pourtour des articulations.

d. Notons, comme l'un des caractères négatifs les plus importants de la maladie, l'absence de troubles intellectuels et sensoriaux; car l'agitation, la maussaderie, les cris qui ont été observés quelquefois chez les jeunes enfans paraissent être simplement les effets de la douleur. MM. Rilliet et Barthez ont vu aussi des attaques de *convulsions cloniques* dans le cours du spasme tonique des extrémités. « Elles sont survenues, disent ces auteurs, trois à quatre jours après l'apparition de la contracture, ou bien elles ont été terminales; les accès se sont répétés chez quelques sujets, d'autres fois il n'y en a eu qu'un seul. Générales ou partielles, elles ne paraissent pas avoir eu une influence évidente sur la contracture qui a persisté pendant et après l'attaque. Les autres symptômes cérébraux que nous avons observés (très rarement du reste) étaient en général remarquables par leur peu de durée et leur irrégularité; c'était un peu de tremblement dans les mains, de l'oscillation convulsive des paupières, un léger strabisme, de la dilatation ou de la contraction des pupilles, quelques mouvemens ascensionnels des globes oculaires qui étaient portés en dedans, un peu d'insensibilité dans les extrémités contractées. Ces symptômes existaient seuls ou réunis, ou bien ils alternaient chez le même malade (1). »

e. Les fonctions organiques ne sont généralement pas troublées, le pouls conserve sa régularité, les battemens du cœur leur force normale; chez quelques enfans, MM. Rilliet et Barthez ont noté pendant les accès spasmodiques des palpitations passagères, comme si le cœur participait à l'état convulsif des muscles de la vie de relation; M. Fleurot compare fort ingénieusement l'accélération du pouls qui accompagne les accès intenses et la sueur qui les terminent quelquefois, aux mêmes phénomènes produits par un exercice immodéré des muscles dans la course, l'effort, etc. La fièvre est nulle ou au moins très modérée quand la contracture est simple; toutefois, chez les adultes surtout, elle peut être assez vive et présenter tous les caractères de la fièvre inflammatoire. Inutile d'ajouter qu'un mouvement fébrile plus ou moins intense

(1) On remarquera que parmi les symptômes considérés comme *cérébraux* par MM. Rilliet et Barthez, il en est plusieurs (tels que le tremblement, l'insensibilité, le strabisme, etc.), auxquels cette épithète n'est pas plus rigoureusement applicable qu'elle ne le serait à la contracture elle-même.

s'observe constamment avec la contracture quand celle-ci survient dans le cours d'une autre maladie pyrétique.

1984. *Complications*. — Si l'on s'attache au sens littéral de cette dénomination: contracture des *extrémités*, on verra autant de complications dans le strabisme, le trismus, le spasme des muscles du tronc ou de la face qui s'y surajoutent quelquefois; à plus forte raison considérera-t-on comme telles les légers symptômes cérébraux mentionnés précédemment. Mais l'existence de pareils phénomènes n'augmente pas la gravité de la maladie et mérite dès lors à peine le nom de complication. Il n'en est pas de même de la contracture du diaphragme (1) ou du spasme de la glotte (voy. ce mot) qui sont des épiphénomènes redoutables, heureusement assez rares, de la contracture des extrémités.

(1) Pour peu que le spasme du diaphragme se prolonge pendant quelques instans, on voit se produire des accidens qui ont été décrits par M. Duchenne (de Boulogne) dans les termes suivans (*De l'électrisation localisée*, Paris, 1835, in-8, p. 488):

« La moitié inférieure du thorax s'agrandit, surtout transversalement; l'épigastre et les hypochondres se soulèvent; la suffocation est extrême; le malade essaie, mais vainement, de resserrer la base de son thorax et de refouler ses poumons de bas en haut en contractant énergiquement et d'une manière continue ses muscles abdominaux. Les viscères comprimés alors en sens contraire par le diaphragme et par les parois abdominales s'échappent de chaque côté dans les hypochondres et augmentent ainsi mécaniquement le diamètre transversal de la base du thorax, déjà agrandie par l'action du diaphragme sur les côtés inférieurs. Alors la respiration n'étant plus possible que dans la moitié supérieure de la poitrine, le malade contracte avec la plus grande énergie tous les muscles qui en produisent la dilatation; sa tête se renverse, ses épaules s'élèvent et l'on sent ou plutôt on voit se contracter la portion claviculaire des trapèzes, les sterno-mastoïdiens, les scalènes, le tiers supérieur des grands pectoraux et enfin les grands dentelés. La poitrine, agrandie notablement dans sa moitié supérieure, revient sur elle-même par le relâchement brusque de ces muscles. C'est ainsi que s'accomplit la respiration, qui se compose d'une inspiration brusque et d'une expiration courte, pendant la dilatation permanente de la moitié inférieure du thorax. Ces mouvemens respiratoires partiels sont d'abord très rapprochés; mais bientôt ils s'affaiblissent et se ralentissent et alors apparaissent tous les symptômes de l'asphyxie... Il faut moins d'une à deux minutes à la contracture du diaphragme pour produire un commencement d'asphyxie. On conçoit que si ce spasme continu du diaphragme se prolonge, la mort en est la fin inévitable. — La contracture d'une moitié du diaphragme occasionne une grande gêne dans la respiration, mais ne peut déterminer d'asphyxie. »

Les symptômes indiqués par M. Duchenne d'après le résultat de ses expériences sur les animaux ont été observés chez l'homme par M. le docteur Valette (de Metz), avec de légères modifications.

La contracture du diaphragme qui n'existe peut-être jamais à l'état d'isolement, est l'une des complications les plus graves de la contracture des extrémités. Peut-être aussi parmi les sujets affectés de tétanos en est-il qui périssent par la contracture du diaphragme.

1985. *Marche. Durée. Terminaisons.* — Presque toujours, avon-nous dit, la contracture débute par les membres supérieurs, et c'est consécutivement que les extrémités inférieures s'affectent à leur tour. Elle se prolonge pendant plusieurs jours, quelquefois même pendant plusieurs mois, soit en augmentant d'intensité, soit en demeurant stationnaire. Elle se présente sous la forme d'une série d'accès dont la durée varie de quelques minutes à plusieurs heures, et qui eux-mêmes se groupent de manière à constituer une série plus longue, désignée par quelques auteurs sous le nom d'attaque. L'invasion de ces accès a lieu spontanément ou bien sous l'influence de certaines causes occasionnelles dont l'action, à la vérité, est très variable suivant les individus : c'est ainsi, par exemple, que la pression exercée sur les membres par une bande circulaire, détermine presque sûrement le retour des spasmes (Trousseau), et quelquefois cependant le fait cesser (Fleurot); et de même l'action du froid tantôt les exaspère, tantôt les calme au contraire. La contracture survient brusquement ou seulement après les sensations prodromiques déjà indiquées. Il est des cas où l'accès cesse franchement : alors les parties recouvrent la liberté complète de leurs mouvemens et leur sensibilité normale; il en est d'autres où la contracture ne disparaît qu'en partie : les malades ressentent encore de l'engourdissement dans les doigts, et les extrémités conservent pendant assez longtemps une attitude analogue à celle produite par le spasme, quoique moins caractérisée. Ce dernier phénomène est désigné par M. Rabaud sous le nom de *position fixe* après la contracture.

Le retour des accès présente presque toujours une grande irrégularité; dans quelques cas exceptionnels on a noté une véritable périodicité avec type quotidien ou tierce, et les faits de cette espèce ont été rattachés aux fièvres intermittentes à forme convulsive. Cette relation, toutefois, déjà indiquée par Dance, n'est pas rigoureusement démontrée, et l'efficacité de la quinine ne semble pas suffire pour la mettre hors de contestation.

Les récidives sont assez fréquentes; elles surviennent plus ou moins promptement après la cessation des premiers accidens, et quand elles se rapprochent il devient difficile d'apprécier exactement la durée totale de la maladie. La terminaison de la contracture simple est presque toujours heureuse; s'il meurt un assez grand nombre de sujets parmi ceux qui en sont atteints, c'est que les maladies compliquées de contracture sont quelquefois des plus graves.

1986. *Etiologie.* — Les conditions qui paraissent les plus favorables à l'apparition de la contracture des extrémités sont: le jeune âge; pendant l'enfance la période d'un à trois ans; plus tard celle comprise entre douze et dix-sept ans; le sexe masculin, au dire de quelques médecins; chez les femmes, l'état puerpéral et la lactation (*contracture des femmes en couches et des nourrices*). Les professions qui exigent un exercice

attentif et assidu des doigts, comme celles d'horloger, de bijoutier, de couturière, etc., ont été considérées comme prédisposant particulièrement à la contracture; mais l'importance de ce genre de causes paraît au moins très restreinte, si l'on réfléchit à la fréquence de la maladie dans le premier âge, si l'on se rappelle qu'elle envahit les membres inférieurs, etc. Tantôt l'affection se montre d'emblée chez des sujets jusque-là bien portans, et le plus souvent alors elle succède à l'impression du froid humide (*contracture primitive, contracture rhumatismale*); tantôt elle est l'épiphénomène de quelque autre maladie, soit aiguë, soit chronique (*contracture secondaire, contracture cachectique*, etc.). Ce dernier cas est le plus fréquent : c'est en effet pendant le cours et surtout pendant la convalescence de la pleurésie, de la pneumonie, de la bronchite, de l'entérite, du rhumatisme articulaire, de diverses fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, dans le stade de réaction du choléra que l'on a eu l'occasion de voir le plus grand nombre des faits de contracture. L'état de débilité produit par ces diverses affections, notamment par la diarrhée chronique, et, d'après M. Rabaud, la tendance aux hydropisies qui se manifeste à la suite de plusieurs d'entre elles, seraient les causes prédisposantes et même déterminantes de l'affection qui nous occupe. Elle paraît se rattacher dans certains cas à la dentition, à la première apparition du flux menstruel ou à ses retours périodiques, à une émotion morale vive, à une indigestion, à la présence de vers dans l'intestin, etc. — N'omettons pas de signaler ce fait curieux et aujourd'hui bien constaté, qu'il existe de véritables épidémies de contracture, comme il y a des épidémies de tétanos, et qu'on les voit se développer principalement pendant les mois les plus froids de l'année.

1987. *Anatomie pathologique.* — Bien que la contracture des extrémités n'entraîne point la mort par elle-même, cependant telle est la gravité des affections auxquelles elle peut s'ajouter que l'on a eu d'assez nombreuses occasions d'examiner les diverses parties du système nerveux chez les sujets qui avaient présenté cette complication. Nous ne dirons rien des autopsies dans lesquelles des ramollissemens plus ou moins étendus, des inflammations bien caractérisées ou d'autres lésions profondes du cerveau ou de la moelle ont été rencontrés; ces faits sont étrangers à l'histoire de la contracture dite idiopathique. En est-il de même de ceux dans lesquels on a signalé une congestion des méninges cérébro-spinales et de la pulpe nerveuse elle-même, ou un état de réplétion exagérée des sinus crâniens et rachidiens? Question difficile à résoudre, car cet excès de vascularité (dont l'appréciation d'ailleurs est souvent fort délicate) ne serait aux yeux de certains auteurs que la conséquence de la stimulation fonctionnelle, et n'aurait nullement la signification qu'on lui attribue. Avouons aussi que ni par sa constance, ni, lorsqu'elle existe, par son intensité ou par les particularités

de son siège dans telle ou telle région des centres, troncs ou rameaux nerveux, cette hyperémie ne paraît propre à constituer le caractère anatomo-pathologique de la contracture des extrémités. Nous en dirons autant de l'œdème des méninges et de la substance nerveuse, considéré par M. Rabaud comme l'état organique par lequel s'expliquerait dans la plupart des cas la contracture dite secondaire. Force nous est donc d'envisager cette affection comme une unité symptomatique, du moins provisoirement; l'avenir décidera jusqu'à quel point et d'après quel critérium, les faits englobés sous le nom de contracture essentielle doivent être en tout ou en partie restitués au domaine de la Nosographie organique.

1988. *Nature de la maladie. Physiologie pathologique.* — a. Nous venons de décrire une affection qui a pour symptôme principal la convulsion tonique de certains muscles et pour phénomènes accessoires divers troubles de la sensibilité. Dès lors ne serait-il pas oiseux de développer longuement les analogies qui rapprochent cette affection des autres maladies convulsives?

Au point de vue clinique il est d'un bien plus grand intérêt de signaler ses caractères propres et spéciaux; de reconnaître combien des phénomènes aussi voisins, en apparence, que le spasme clonique et tonique, sont profondément disparates sous le rapport pathologique proprement dit; de voir, par exemple, que dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde les convulsions sont rares et la contracture assez fréquente; que chez les femmes grosses ou récemment accouchées la contracture n'est nullement le présage de l'éclampsie; que chez les jeunes gens l'impression du froid n'est presque jamais suivie de convulsions, tandis qu'on voit assez souvent les contractures survenir en pareille circonstance, etc. Ces faits conduisent à admettre qu'entre la cause prochaine des unes et des autres, il existe quelque différence capitale; mais quelle est-elle? C'est ce qui nous échappe complètement.

b. Ce n'est pas que plusieurs théories n'aient été proposées par les auteurs; mais aucune d'elles, il faut l'avouer, n'est complètement satisfaisante; quelques-unes même doivent être rejetées comme entièrement invraisemblables. C'est ce qui ressortira du rapide examen auquel nous allons les soumettre :

1° La contracture serait produite par un *état pathologique des fibres musculaires*. Cette hypothèse est inadmissible quand on considère la prédilection du spasme pour des groupes déterminés de muscles (fléchisseurs, interosseux, etc.), la symétrie avec laquelle il affecte les parties homologues (les deux mains, les deux pieds, etc.), et aussi l'existence de douleurs le long des troncs nerveux, les sensations de fourmillement, de picotement accusées par les malades, l'analgésie de la peau, etc.

2° Le spasme aurait sa raison d'être dans un *état morbide des nerfs* qui se ramifient dans le membre affecté, et cet état, en se propageant de

proche en proche jusqu'aux centres nerveux, produirait l'extension de la contracture de la main à l'avant-bras, puis au bras, du pied à la jambe, puis à la cuisse, etc. Cette hypothèse n'est appuyée d'aucun fait nécroscopique bien concluant; on la dirait imaginée dans le seul but de rendre compte de cette même progression centripète. La plupart des faits indiqués dans le précédent alinéa démontrent l'invraisemblance de cette deuxième hypothèse, et quant à son inutilité, ne sera-t-elle pas suffisamment prouvée, si nous voyons que les mêmes faits s'expliquent beaucoup mieux par la localisation du mal dans les centres nerveux?

3° C'est en effet à cette dernière localisation que conduit invinciblement l'étude de la *contracture*. Nous ne pouvons produire ici tous les argumens que la physiologie normale et pathologique fournit à l'appui de cette opinion, et nous renvoyons le lecteur désireux de les connaître dans leur ensemble, à l'excellent travail de M. Rabaud. Si les faits et les raisonnemens accumulés par ce médecin ne justifient pas entièrement la conclusion dernière de sa thèse, qui tend à faire rayer la maladie qui nous occupe du cadre des névroses, au moins suffisent-ils pour établir la proposition suivante : une contracture des extrémités résultant d'une *lésion diffuse* des centres nerveux ne saurait se présenter sous une autre forme, ni affecter un autre siège que le siège et la forme de la contracture dite essentielle. La loi bien connue des manifestations périphériques dans les cas d'affections centrales du système nerveux, trouve ici une nouvelle confirmation, non-seulement dans l'apparition des douleurs et des diverses sensations qui rappellent si fidèlement la symptomatologie des altérations de la moelle, mais encore dans les symptômes mêmes fournis par la motilité. On sait que si la puissance excito-motrice des centres d'innervation est exaltée à un faible degré, c'est aux extrémités nerveuses que les effets en sont ressentis; l'excitation est-elle plus forte, ses effets éclatent dans des points de plus en plus rapprochés des centres. Irritez la moelle sur un animal, et suivant l'intensité de cette irritation, vous verrez des contractions convulsives apparaître d'abord dans le segment le plus éloigné du membre, puis plus près de sa racine, et enfin elles envahiront le tronc lui-même. Quand une stimulation morbide remplace les agens mécaniques ou chimiques employés dans les expérimentations, on devra également observer, et l'on observe, en effet, la contracture successive des muscles propres de la main (interosseux, lombricaux, muscles des régions thenar et hypothenar), des muscles de l'avant-bras (pronateurs, fléchisseurs et extenseurs des doigts), des muscles du bras et finalement la contracture des masses charnues du tronc, d'où résulte quelquefois le passage de l'état tétanique des extrémités à un état tétanique général.

c. Il nous reste à dire deux mots du siège de cette stimulation dans la moelle et le cerveau, et de la cause qui lui donne naissance. Quant au premier point, il est juste de reconnaître que dans la plupart des cas,

c'est dans la moelle rachidienne que la stimulation morbide paraît avoir son siège exclusif, puisque c'est aux membres que la contracture est le plus souvent limitée. Cependant les faits de trismus, de strabisme, de contracture de la face, que l'on rencontre quelquefois avec la contracture des extrémités, ne laissent pas de doute sur la participation possible de l'encéphale lui-même à la production des symptômes. Ce n'est pas une objection sérieuse que celle tirée de l'absence de symptômes dits *cérébraux* : les fonctions de l'encéphale sont multiples et distinctes ; il serait facile de montrer que la portion motrice de ce centre peut agir, et agit dans une foule de cas, d'une manière absolument isolée. Puisqu'il existe des paralysies des muscles animés par la septième paire sans aucun des caractères de l'*apoplexie*, c'est-à-dire avec intégrité des fonctions psychiques, on conçoit fort bien aussi la contracture des mêmes muscles sans trouble simultané des facultés intellectuelles (1). Remarquons néanmoins que ce qui caractérise le mieux la *contracture*, au point de vue physiologique, c'est la non-participation habituelle du cerveau à l'excitation de la moelle épinière. La propagation possible de l'affection de l'une à l'autre portion des centres nerveux nous donne la raison des phénomènes insolites (contracture des masséters, des parois pectorales, du diaphragme) qui dans quelques cas s'ajoutent à la contracture des membres, et qui alors communiquent à cette affection une extrême ressemblance avec le tétanos proprement dit. (*Éléments de path. chirurg.* de M. le professeur Nélaton, t. 1, p. 442.)

d. Maintenant quelle est la cause prochaine de cette stimulation morbide dont le spasme des extrémités est l'expression symptomatique? C'est sur ce point que de nouvelles recherches sont nécessaires. On ne saurait admettre une congestion ou un œdème des centres nerveux dans tous les cas de contracture, sans dépasser la limite posée par les faits d'observation; et c'est cependant ce qu'ont fait plusieurs auteurs, parmi ceux-là même qui, depuis, ont défendu le plus chaleureusement contre d'autres médecins l'essentialité de la maladie! D'une autre part la solution du problème n'est guère plus avancée quand on invoque, avec Tonnelé, un excès d'innervation ou (pour nous servir d'un langage plus moderne) une augmentation du pouvoir excito-moteur; c'est là une formule qui résume les symptômes, non une théorie qui les explique. Disons-nous que cette affection est une des formes du rhumatisme, en nous fondant sur l'influence du froid, sur la mobilité du spasme, sur le caractère inflammatoire de la fièvre qui l'accompagne quelquefois? Une pareille définition, outre le vague qu'elle laisse dans l'esprit, a le tort de n'em-

(1) On éprouve quelque hésitation à rappeler des notions si élémentaires, et qui étaient familières à Galien : « Si vero simul cum universo corpore facies quoque convulsa videatur, non solum exortum spinalis medullæ, verum etiam cerebrum ipsum jam curamus. (Edit. Kühn. Lipsiæ, 1824, in-8, t. VIII, p. 170.)

brasser que le plus petit nombre de cas observés. Enfin, nous ne voyons pas non plus ce que la théorie gagnerait à un long parallèle entre la contracture et les paralysies, les névralgies ou les fièvres intermittentes, etc.

Tout semble indiquer que le groupe de symptômes dont nous venons de faire l'étude, peut être l'expression d'états organiques divers du système nerveux, états les uns appréciables, les autres inconnus; faute de caractères distinctifs suffisants, nous sommes réduits à accorder une valeur exagérée peut-être, mais légitime dans l'état actuel de nos connaissances, à l'existence de ce symptôme commun : convulsion tonique dans les muscles des membres, et nous considérons comme appartenant à une affection identique tous les faits où se présente ce symptôme, ou plutôt cet ensemble de symptômes.

1989. *Diagnostic.* — Début de la convulsion tonique par les muscles des extrémités, et principalement ceux des mains; marche intermittente; absence de symptômes graves qui dénoteraient une lésion profonde des centres nerveux; apyrexie ou tout au moins fièvre modérée, tels sont les caractères d'après lesquels on peut établir, et cela sans difficulté bien sérieuse, le diagnostic de la contracture des extrémités.

a. Cette affection n'est pas sans analogie avec le tétanos, dont elle forme même l'une des espèces, dans l'opinion de quelques auteurs (*tétanos intermittent de Dance*); mais elle en diffère essentiellement par l'absence du trismus, surtout au début; par la circonscription du spasme aux mains et aux pieds et la rareté de son extension aux muscles du tronc; par son origine non traumatique; par la netteté de ses accès; par son peu de gravité et la simplicité des moyens auxquels elle cède habituellement.

b. Les lésions inflammatoires, hémorragiques, ou autres de l'appareil cérébro-spinal comptant la contracture au nombre de leurs symptômes, on pourrait quelquefois hésiter entre la supposition d'une contracture idiopathique et l'idée d'une inflammation, d'un ramollissement, de tubercules occupant les centres nerveux. Mais le doute ne tarderait pas à se dissiper quand on aurait constaté le siège *binaire* du spasme, son manque de continuité, l'absence de céphalalgie ou de rachialgie vive, l'absence de troubles profonds soit de la sensibilité et de la motilité (tels qu'une paralysie persistante), soit surtout des fonctions intellectuelles et sensorielles (comme : délire, coma, amaurose, etc.). Alors même qu'il existerait une fièvre intense, ce qui est loin d'être fréquent, on pourrait encore tirer parti de la régularité que le pouls conserve dans la contracture simple, opposée à son ralentissement, à ses intermittences, à ses irrégularités, dans les cas d'affection cérébrale, etc.

c. Qui pourrait jamais confondre la contracture des extrémités avec l'affection qui a été désignée sous le nom de *crampe des écrivains*? Il suffit de l'observation la moins attentive pour éviter une aussi grossière méprise, la crampe des écrivains étant une affection essentiellement

chronique, unilatérale, ayant pour siège *exclusif* la main, et pour cause constante l'exercice exagéré des doigts; ce spasme ne survenant, au surplus, dans aucune autre attitude que dans celle toute spéciale nécessaire pour tenir la plume ou le crayon!

1990. *Pronostic.* — Toujours favorable, sous réserve des complications indiquées plus haut.

Traitement. — Quand la contracture survient dans le cours d'une autre maladie, c'est contre celle-ci que la médication devra être dirigée: le spasme cédera presque toujours de lui-même. A-t-on affaire, au contraire, à une contracture dite primitive, on aura recours aux bains tièdes, à l'usage externe et interne des antispasmodiques et des narcotiques; rarement la cause particulière de la maladie (dysménorrhée) ou l'intensité des symptômes fébriles indiquera l'emploi des émissions sanguines. Par contre, les toniques, un bon régime, des frictions destinées à exciter les fonctions de la peau seront assez souvent utiles. C'est pour le choix de la médication à employer que la distinction des formes rhumatismale et cachectique a le plus d'importance; mais un grand nombre de faits échappent à cette dichotomie. — L'usage de la quinine est indiqué contre toute contracture régulièrement intermittente.

DES SPASMES PROPREMENT DITS.

ARTICLE XLII.

SPASME DES VOIES DIGESTIVES.

1991. L'appareil musculaire des voies digestives présente de notables différences, suivant qu'on considère les deux extrémités de cet appareil ou les parties intermédiaires. Dans celles-ci on trouve une couche contractile, formée de fibres lisses et animée presque exclusivement par les nerfs du grand sympathique; les mouvements qui s'y passent (mouvements péristaltiques) s'accomplissent en dehors de la volonté, et, à l'état normal, d'une manière complètement insensible. Si des phénomènes spasmodiques y surviennent à l'état de maladie, ils se trouvent le plus souvent si intimement mêlés aux phénomènes douloureux, qu'à moins de les examiner dans un but de pure analyse physiologique, on ne saurait les séparer des symptômes de la *gastralgie* et de l'*entéralgie* (voy. ces mots), sans morceler l'histoire de ces affections. — Pour les mouvements morbides qui concourent à l'acte du vomissement, pour ceux qui, dans l'iléus, impriment une impulsion rétrograde au contenu intestinal, ce n'est pas non plus ici le lieu de les étudier (voy. VOMISSEMENT, ILÉUS).

Aux deux extrémités du tube digestif, nous voyons au contraire l'appareil musculaire prendre quelques-uns des attributs qui appartiennent aux muscles de la vie de relation, et s'en rapprocher d'une manière remarquable tout à la fois par sa structure, ses fonctions et ses affec-

tions morbides. Ainsi d'une part, à l'extrémité anale où les fibres contractiles de l'intestin ne font qu'une, pour ainsi dire, avec celles du plancher du bassin, on observe cette contraction spasmodique bien connue qui accompagne le plus souvent l'ulcération linéaire de la marge de l'anus (voy. *Elémens de pathol. chirurg.*, t. V, p. 73); d'une autre part, à l'extrémité orale, nous rencontrons souvent de véritables convulsions: dans les lèvres, la langue, dans les muscles masticateurs. Mais, à l'inverse du rectum qui, au-dessus de l'anneau formé par le sphincter, présente tous les caractères d'une anse intestinale avec sa sensibilité obtuse et sa faible contractilité, la partie sus-diaphragmatique des voies digestives, constituée par le pharynx et l'œsophage, se trouve douée d'une sensibilité assez vive et d'une contractilité énergique. Ces particularités sont en rapport avec les sources d'innervation puissantes et multiples qui alimentent ces organes, ainsi qu'avec la nature de leurs fibres charnues, identiques ou analogues à celles des muscles de la vie animale.

C'est au spasme de cette partie des voies digestives, pharynx et œsophage, que nous allons consacrer la description qui va suivre.

DYSPHAGIE SPASMODIQUE.

1992. *Bibliographie.* — F. HOFFMANN. *De morbis œsophagi et pharyngis spasmodicis (Opera omnia.* Genève, 1748, in-fol., t. III, p. 130).

VATER. *De deglutitionis difficilis causis abditis.* Vitemberg, 1750, in-4.

J. BLEULAND. *De sana et morbosa œsophagi structura.* Lugd.-Batav., 1785, in-4.

J.-H.-F. AUTENRIETH. *De dysphagia lusoria.* Tubing, 1806.

E. HOME. *Practical observations on the treatment of strictures in the urethra and œsophagus.* London, 1803, in-8, t. II.

A. MONRO. *Morbid anatomy of the human gullet, etc.* Edinburgh, 1811, in-8, p. 223.

A. KUNZE. *De dysphagia.* Lipsiæ, 1820, in-8.

J.-T. MONDIÈRE. *Recherches sur l'œsophagisme ou spasme de l'œsophage (Arch. gén. de médecine, 1833, 2^e série, t. I).*

VELPEAU. Art. *Œsophage (Dictionnaire de médecine, t. XXI, p. 419).*

TROUSSEAU. *Du rétrécissement de l'œsophage. Traitement (Gazette des hôpitaux, 1848, t. X, p. 26).*

E. FOLLIN. *Des rétrécissements de l'œsophage (Thèse d'agrég. Paris, 1853, in-4).*

E. GENDRON. *Observations pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement (Arch. gén. de méd., 1858, 5^e série, t. II, p. 278).*