

*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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> série, t. II, p. 278).*



1993. *Synonymie.* — *Constriction, resserrement, rétrécissement spasmodique du pharynx et de l'œsophage, œsophagisme, œsophago-spasmus.*

*Définition.* — Nous décrivons dans un seul chapitre la constriction plus ou moins forte et durable de l'œsophage et du pharynx, qui survient en l'absence de toute altération physique susceptible d'oblitérer la cavité de ces conduits.

*Symptômes.* — L'invasion est ordinairement brusque : les malades s'aperçoivent tout à coup qu'ils ne peuvent plus avaler, et sentent le bol alimentaire arrêté par un obstacle dont ils indiquent l'existence à une hauteur variable. Est-il situé au pharynx, la déglutition est impossible, malgré tous les efforts du sujet ; la présence des alimens donne lieu à une douleur plus ou moins vive, à la sensation d'une boule, à la rigidité de toute la région cervicale et de la langue, à une vive anxiété ; des efforts d'expulsion ont lieu, la face devient rouge ou livide, et quelquefois il survient des convulsions générales. Lorsque le resserrement occupe l'œsophage, la sensation de boule déterminée par les solides et les liquides ingérés est rapportée par les malades à la région inter-scapulaire ; à la pointe du sternum, ou à l'épigastre ; en pareil cas le premier et le deuxième temps de la déglutition peuvent se faire sans encombre, et l'expulsion des alimens a lieu plus tardivement ; il y a nausée, vomissement ou plutôt exécution de liquides muqueux filans, ou expulsion de gaz. On observe encore le hoquet, la soif, la dyspnée, etc.

La dysphagie spasmodique varie dans son intensité : tantôt les malades parviennent encore à avaler des substances solides, quoique avec peine ; tantôt les liquides seuls peuvent passer. Quelquefois les alimens parcourent librement toute la longueur de l'œsophage, puis une convulsion brusque les ramène jusque dans la bouche. Il est des malades qui avalent facilement des boissons chaudes et rejettent les boissons froides ; chez d'autres au contraire l'eau glacée fait cesser la constriction ; chez quelques-uns le spasme est réveillé ou apaisé par des substances à l'égard desquelles il faut admettre ce qu'on appelle une idiosyncrasie : café, fromage, etc.

*Marche. Durée. Terminaisons.* — La marche de cette affection peut être continue ; plus souvent on observe des exacerbations et des rémissions irrégulières, rarement une véritable intermittence périodique. Pendant les intervalles de calme, il reste un sentiment de constriction incommode ; les paroxysmes sont provoqués par l'ingestion des alimens.

— La durée de la maladie varie de quelques heures à plusieurs mois et même à plusieurs années : le spasme devient alors une sorte d'habitude pathologique (*contumax habitus*, Hoffmann) ; mais en pareil cas les rémissions sont en général assez longues. — Ce spasme peut se terminer par la mort, sa longue persistance entraînant une véritable inanition. Il disparaît quelquefois aussi brusquement qu'il est venu.

1994. *Causes.* — Ne devant pas revenir ici sur ce qui a été dit dans l'étiologie générale des affections spasmodiques, nous nous bornerons aux indications suivantes : l'œsophagisme apparaît le plus souvent au milieu des symptômes de l'état nerveux, de l'hystérie ou d'autres névroses ; quelquefois il se manifeste à titre de maladie isolée. Dans les deux cas, il est fréquemment la conséquence d'une vive émotion morale, principalement des émotions déprimantes, frayeur, chagrin, etc. La crainte d'être atteint d'hydrophobie, et même chez certains individus le seul souvenir d'un animal, enragé ou non, dont ils ont subi la morsure, peut faire naître la constriction du pharynx et de l'œsophage. Viennent ensuite d'autres causes dont l'action paraît porter primitivement sur la membrane muqueuse de ces conduits : tels sont les mets ou les liquides trop chauds, les épices, les substances âcres et vénéneuses, les vers, les sangsues tombées par hasard dans la gorge ; il y a alors, selon toute apparence, une contraction *réflexe* de la tunique musculense, mais l'intensité et la durée du spasme sont souvent hors de toute proportion avec le degré de l'excitation primitive. — On peut encore admettre un véritable œsophagisme symptomatique, comme complication de l'inflammation de l'œsophage, du cancer, de toutes les altérations matérielles, en un mot, qui s'accompagnent de spasme, lorsque par elles-mêmes elles ne déterminent pas une obstruction notable.

Rappelons enfin que parmi les symptômes de la rage, le spasme du pharynx et de l'œsophage est l'un des plus saillants ; qu'on observe ce phénomène convulsif dans le cours de diverses maladies de la moelle et du cerveau, etc.

1995. *Diagnostic.* — En se servant d'une sonde d'un gros calibre, et en la poussant avec ménagement, on arrivera presque toujours à parcourir toute la longueur de l'œsophage sans y rencontrer ces résistances, ces déviations qui, jointes à d'autres symptômes de lésion organique, font reconnaître l'existence d'une ulcération, d'une tumeur cancéreuse ou autre. Mais il n'est pas toujours nécessaire de recourir à ce mode de constatation chirurgicale : ainsi l'exploration attentive des organes thoraciques aidera à distinguer la constriction de l'œsophage de sa compression par un anévrysme ; mais ce sont surtout les circonstances étiologiques, l'existence simultanée d'autres désordres nerveux, l'invasion soudaine, la marche exacerbante ou l'intermittence des accidents qui devront être prises en considération pour établir le diagnostic de la dysphagie convulsive. Toutefois il ne faut pas oublier que l'œsophagisme avec ses rémissions et ses exacerbations peut n'être que l'épiphénomène d'une altération organique commençante, et que les irrégularités dans la marche des accidents ne suffisent pas pour affirmer l'existence d'un spasme *essentiel*. — L'œsophagisme peut-il être confondu avec l'état opposé, désigné sous le nom de paralysie ou d'atonie de l'œsophage ? Avec un peu d'attention on évitera toujours une pareille méprise ; il y



a d'abord ce bruit particulier et caractéristique que produisent les liquides en tombant à travers l'œsophage devenu flasque et inerte (bruit identique avec celui qu'on entend chez les agonisants); on peut noter en outre que la paralysie est permanente, le spasme rémittent; la difficulté de la déglutition, quand elle résulte du spasme, est la même à l'égard des substances liquides et solides, tandis que s'il s'agit d'une paralysie de l'œsophage, les solides passent souvent mieux, et les liquides pénètrent facilement dans le larynx où leur présence détermine des efforts de toux; le spasme est presque toujours douloureux, la paralysie indolente, etc.

1996. *Pronostic.* — La longue durée de la maladie dans un assez grand nombre de cas, la mort par inanition qui en est une terminaison possible, en font l'une des plus sérieuses parmi les affections spasmodiques.

Le *traitement* est celui de tous les spasmes; il devra être très actif, en raison du danger que comporte le siège spécial de la constriction. Indépendamment des indications dérivant de l'état névropathique général, deux points doivent surtout fixer l'attention : 1° Le cathétérisme : c'est à la fois le moyen d'alimenter le malade et de vaincre le resserrement convulsif de l'œsophage. On se servira de préférence de sondes volumineuses; celles d'un petit calibre, par l'espèce d'agacement qu'elles déterminent dans la membrane muqueuse, ramènent facilement la contraction réflexe des fibres musculaires ou l'exagèrent quand elle existe déjà. Il faut quelquefois maintenir patiemment la sonde en présence de l'obstacle jusqu'à ce qu'on réussisse à le franchir; une fois ce résultat obtenu, on laissera pendant quelque temps le cathéter engagé dans la portion rétrécie. Quelquefois une contraction énergique empêche l'instrument de séjourner dans l'œsophage, ou même s'oppose absolument à sa pénétration. 2° C'est alors surtout, et aussi quand le cathétérisme est trop douloureux, qu'il peut devenir nécessaire d'alimenter les malades à l'aide de lavemens composés de bouillon, de jus de viande, de jaunes d'œuf, etc.

#### ARTICLE XLIII.

##### SPASME DES ORGANES RESPIRATOIRES.

1997. — A. *Convulsions des muscles respirateurs.* — Nous ne nous mentionner ces convulsions dont on peut admettre deux espèces, suivant que l'affection a pour siège : les muscles inspirateurs, tels sont le *bâillement* et le *hoquet* convulsifs; — ou les muscles expirateurs : *rire spasmodique*, *toux nerveuse*. (Voy. dans les *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1855, 3° fascicule, p. 269, le remarquable mémoire de M. LASÈGUE sur la *Toux hystérique*, et dans le *Bulletin de la même Société*, 1853-1855, p. 295, le rapport fait par ARAN sur ce

travail, ainsi que la discussion qui a suivi.) La description détaillée de ces phénomènes nous entraînerait au delà des limites imposées à un ouvrage élémentaire.

B. *Phénomènes spasmodiques ayant pour siège les voies aériennes.* — Ici encore (sauf pour le spasme de la glotte, qui fera l'objet du paragraphe suivant), nous croyons devoir nous borner à une simple indication.

En effet, le *spasme trachéal* n'existe, pour ainsi dire, que de nom : s'il est admis par quelques auteurs, il n'a été décrit par aucun.

Il en est de même, ou peu s'en faut, pour le *spasme des bronches*, bien que certains pathologistes attribuent à ce phénomène une grande valeur dans la production de la dyspnée intermittente chez les asthmatiques, et que plusieurs l'envisagent comme l'élément morbide essentiel et constitutif de l'*asthme nerveux*. Les raisons alléguées en faveur de cette opinion sont certainement admissibles, car l'existence d'une couche musculaire, dont les contractions ont été observées *de visu*, par un grand nombre de physiologistes (1), implique la possibilité d'un état morbide spasmodique, et si nous imaginons la production d'un semblable état dans une grande étendue de l'appareil pulmonaire, nul doute qu'une dyspnée violente n'en doive être la conséquence. Toutefois si, au lieu de se placer au point de vue de la physiologie pure, on prend le parti d'interroger directement la clinique sur cette question si controversée de l'asthme, les faits sont loin de se présenter avec la simplicité où l'expérimentateur est, en quelque sorte, maître de les contempler. On trouve, en effet, chez les asthmatiques, ou mieux chez les individus sujets à des attaques transitoires de dyspnée, avec menace et commencement d'asphyxie, tantôt des lésions permanentes des voies aériennes (catarrhe chronique, emphysème pulmonaire), tantôt, pendant la durée même des accès, les signes physiques d'une obstruction plus ou moins générale des bronches (râles sonores). Que cette obstruction résulte du seul gonflement de la membrane muqueuse ou de la présence d'un produit sécrété, tenace et adhérent, ou de ces deux conditions réunies, c'est une question d'une ordre secondaire, que nous n'avons pas à discuter. Toujours est-il que les faits d'*asthme* sans râles, c'est-à-dire sans indice d'obstruction mécanique des voies aériennes, sont fort exceptionnels, au point que leur existence a pu être mise en doute par quelques pathologistes. Peut-être les opinions opposées qui règnent à cet égard pourraient-elles cependant être conciliées. Tout en admettant l'*élément*

(1) « Chez le cheval et le bœuf nous avons vu le tissu musculaire des bronches se contracter surtout sous l'influence immédiate des irritants mécaniques ou galvaniques, mais aussi de ces irritants appliqués aux rameaux mêmes du nerf vague. » (LONGET, *Anatomie et physiologie du syst. nerveux*. Paris, 1842, in-8, t. II, p. 289.)