

mune; et je l'ai vue se reproduire si souvent en 1842 et 1843, qu'elle a constitué presque une petite épidémie, du moins dans les salles de l'Hôtel-Dieu. C'est d'après quelques faits observés pour la plupart à cette époque, que MM. Tessier, Hermel, Imbert-Gourbeyre et Delpèch l'ont décrite, les deux premiers dans le *Journal de médecine*, les autres dans leurs dissertations inaugurales soutenues en 1844 et 1846; plus récemment enfin M. Lucien Corvisart en a fait le sujet de sa thèse, et l'a décrite sous le nom de *tétanie* (année 1852, n° 223).

**Anatomie pathologique.** — De même que le tétanos proprement dit, la contracture des extrémités ne se lie nécessairement à aucune lésion matérielle des nerfs ou des centres nerveux; c'est ce que prouvent surtout les observations de Tonnelé, Delaberge, celles de MM. Rilliet et Barthez: cependant, dans quelques cas rares, dont un nous appartient, la moelle épinière était ramollie, diffuse dans une partie de son étendue. Mais, en raison même de sa rareté, il est impossible de faire de cette lésion le caractère anatomique de la maladie; il est bien plus rationnel, eu égard surtout à la marche des accidents, de la considérer comme une complication ou comme une lésion consécutive.

**Symptômes. Marche.** — Une seule fois nous avons vu la contracture survenir brusquement, à tel point que le malade laissa tomber l'objet qu'il tenait dans les mains, et que dès ce moment il lui fut impossible de se livrer à aucun travail; mais un pareil début est rare; presque toujours, au contraire, la contracture se manifeste lentement, précédée parfois de quelques prodromes, tels que malaise, brisement, courbature, céphalalgie, vertige. Bientôt le malade se plaint d'éprouver de la gêne pour mouvoir les doigts; il y a des élancements, des tiraillements dans les avant-bras, des crampes dans les mollets. Ces accidents peuvent cesser et revenir alternativement avant que la contracture s'établisse définitivement. Celle-ci commence peut-être toujours par un des membres supérieurs ou par les deux à la fois; ces parties sont quelquefois les seules qui soient atteintes, et quand elles le sont simultanément avec les membres inférieurs, c'est toujours avec plus d'intensité que ces derniers.

La contracture une fois établie, les doigts sont fléchis dans la paume de la main; ils le sont parfois complètement, et alors le pouce est presque toujours recouvert par les autres doigts, ou bien les doigts, incomplètement fléchis, sont écartés, et donnent à la main la forme et l'aspect de certaines griffes de fer; enfin, plus rarement, les doigts sont étendus et rapprochés comme ils le sont dans l'action d'écrire. Les poignets sont en même temps entraînés par la flexion sur l'avant-bras: l'articulation de l'épaule est le plus ordinairement libre, il en est de même de celle du coude; mais quelquefois cependant ces jointures sont roides, embarrassées.

Lorsque les doigts sont complètement fléchis, il est impossible, quelque effort qu'on fasse, de les étendre: on y parvient lorsque la contracture est moins forte; mais, dans tous les cas, ces tentatives sont fort douloureuses. Les muscles contracturés sont résistants, et ont quelquefois presque la dureté du bois; souvent ils forment un relief assez considérable au-dessous de la peau; ils sont le siège de douleurs plus ou moins vives, qui s'exaspèrent de temps en temps au point d'arracher des cris aux malades. Ces douleurs s'irradient souvent dans toute l'étendue du membre. Une fois calmées (ce qui coïncide presque toujours avec une diminution dans la contracture), les malades n'accusent que de la roideur et de la gêne dans l'avant-bras. Pendant les crises et dans leurs intervalles, les doigts sont quelquefois le siège de fourmillements incommodes; la sensibilité y est souvent obtuse; quand la flexion est complète et qu'elle

persiste à ce degré pendant longtemps, on voit quelquefois un peu de rougeur, et plus rarement un peu d'œdème, se montrer au niveau des articulations.

Lorsque la contracture occupe les membres inférieurs, ou plutôt les jambes et les pieds, les orteils sont tantôt fléchis, tantôt étendus, mais immobiles dans cette position. Le pied est dans l'extension forcée sur la jambe; les muscles du mollet sont durs et saillants; la marche est difficile ou impossible; il y a les mêmes douleurs, les mêmes sensations, la même difficulté au redressement que pour les membres supérieurs.

La contracture envahit quelquefois les muscles du cou et ceux du tronc; lorsque les muscles des parois thoraciques sont pris, lorsque le diaphragme lui-même est affecté, les malades ont de la dyspnée, ils accusent de l'oppression, ils ont un sentiment de constriction sternale, et chez quelques-uns on note des accidents de suffocation et d'asphyxie imminente.

En général, cette maladie ne s'accompagne pas de fièvre: cependant le contraire a lieu quelquefois, surtout lorsque les douleurs sont très-vives. Dans tous les cas, et s'il n'existe aucune complication, le mouvement fébrile est très-modéré. Aucun trouble notable n'existe du côté des autres fonctions: cependant il y a le plus souvent de l'inappétence. Quelques malades accusent un peu de céphalalgie et des vertiges, mais on n'observe pas le délire. Pourtant, d'après MM. Rilliet et Barthez, les convulsions ne seraient pas très-rares chez les enfants; ils les ont vues survenir trois ou quatre jours après l'apparition de la contracture, ou bien elles sont terminales. Générales ou partielles, elles ne paraissent pas, disent ces auteurs, avoir une influence évidente sur la contracture, qui a persisté pendant et après l'attaque. Je ne sais pas que de pareils accidents aient jamais été vus chez l'adulte.

La contracture, après avoir persisté plusieurs heures ou plusieurs jours, cesse quelquefois complètement, de manière à permettre aux individus de reprendre leurs occupations; le plus souvent pourtant il n'y a qu'une rémission. Mais que la contracture disparaisse tout à fait ou qu'elle s'amende seulement, on ne tarde pas à voir les accidents reparaitre ou s'aggraver, de manière à constituer de véritables accès qui n'offrent rien de régulier dans leur intensité, dans leur durée ni dans leurs retours. C'est dans ces accès qu'on voit quelquefois la contracture envahir d'autres muscles que ceux des membres: ainsi nous avons déjà dit qu'elle pouvait frapper les muscles respiratoires; d'autres l'ont vue occuper ceux des mâchoires. Dance a noté deux fois la contracture des muscles abdominaux: dans un cas il y eut même opisthotonos, avec tressaillements et secousses douloureuses.

**Durée. Terminaisons.** — Cette maladie a une durée très-variable; elle est rarement moindre de quelques jours, et elle se prolonge souvent plusieurs semaines et même plusieurs mois, en offrant alors des intermissions plus ou moins longues.

Sa terminaison est presque toujours heureuse: sur près de soixante à soixante-dix cas que j'ai vus, la mort n'a eu lieu que deux fois. La terminaison fatale peut arriver brusquement, comme dans le tétanos, au milieu d'accidents asphyxiques: c'est ce que j'ai observé chez une de mes malades, que je trouvai, à ma visite, gaie, sans contracture, éprouvant à peine un peu de roideur des doigts, et qui, prise brusquement, moins d'un quart d'heure après, d'un accès, succombait suffoquée dans l'espace de quelques minutes. Y a-t-il eu ici contracture du diaphragme, peut-être même spasme glottique? La rapidité de la mort semblerait le prouver.

Cet accident est possible. Suivant M. Duchenne, on reconnaît une contrac-

ture du diaphragme aux signes suivants. La moitié inférieure du thorax s'agrandit surtout transversalement, l'épigastre et les hypochondres se soulèvent par le refoulement des viscères et par la convulsion du muscle. La base du thorax reste immobile et le patient fait de vains efforts pour la dilater; la respiration ne peut plus s'opérer que par la moitié supérieure de la poitrine, et, pour y parvenir, le malade contracte violemment tous les muscles qui peuvent y concourir. Mais, quoi qu'il fasse, la respiration est incomplète, aussi les symptômes asphyxiques se déclarent tout de suite, et la mort arrive en quelques instants.

**Diagnostic.** — La contracture essentielle ne sera pas confondue avec celle qui est symptomatique d'une altération matérielle des centres nerveux; car la première offre des intermissions et des rémissions, tandis que la seconde est permanente; en outre, celle-ci coexiste presque toujours avec plusieurs autres troubles du côté des centres nerveux.

On a pu voir combien la maladie que nous décrivons a de l'analogie avec le tétanos: elle en diffère pourtant en ce que la contracture n'occupe guère que les membres; que dans tous les cas elle commence par eux, au lieu que le tétanos débute par la roideur des muscles du cou et de ceux des mâchoires. Mais il est un caractère distinctif beaucoup plus important entre les deux affections: on a vu, en effet, que dans le tétanos il n'y a point d'intermittence, tandis qu'il en existe dans la contracture. En outre, le tétanos tue le plus souvent, tandis que celle-ci a généralement une heureuse issue. Avouons, cependant, que si le tétanos et la contracture ne sont pas deux affections identiques, elles ont néanmoins entre elles beaucoup d'analogie.

**Pronostic.** — D'après ce qui précède, on voit que la contracture est une affection qui a rarement de la gravité. Cependant, tout en espérant une heureuse issue dans la presque totalité des cas, on ne saurait être absolument rassuré, car nous avons vu que les malades pouvaient être dans un péril soudain, lorsque la contracture envahissait les muscles respiratoires. La fièvre, la violence des douleurs, sont des circonstances aggravantes. Le délire est toujours d'un fâcheux augure.

**Étiologie.** — Cette maladie n'affecte guère que les enfants et les jeunes gens; cependant je l'ai observée plusieurs fois chez les sexagénaires. Dans l'enfance, elle a son maximum de fréquence d'un à trois ans; plus tard, elle sévit surtout entre dix-sept et vingt-cinq ans. Spontanée chez les jeunes gens, elle survient presque toujours chez eux au milieu de la santé, tandis que chez les enfants elle se développe le plus souvent dans le cours d'une autre maladie. Il n'est pas certain qu'un sexe y soit plus prédisposé que l'autre; cependant j'en ai rencontré un plus grand nombre de cas chez les garçons que chez les filles; et, nonobstant l'opinion d'un observateur des plus distingués, M. Delpech, nous ne croyons pas que l'état puerpéral constitue jamais une prédisposition à cette singulière maladie que quelques personnes ont essayé de considérer très à tort comme sévissant plus spécialement chez les nourrices. D'ailleurs, il n'existe encore rien de précis sur les causes soit prédisposantes, soit efficientes de la contracture idiopathique. Ainsi que nous l'avons dit, elle règne parfois sous forme de petite épidémie: c'est ce que nous avons vu plusieurs fois à Paris; c'est aussi ce qui a été observé, en 1846, dans plusieurs prisons de la Belgique.

**Traitement.** — On n'est pas encore bien fixé sur le traitement le plus convenable à opposer à la contracture. Il faut d'ailleurs varier les médications suivant la prédominance de tel ou tel symptôme et suivant l'état constitu-

tionnel. Ainsi, lorsque l'individu est fort, vigoureux, lorsque le pouls est large, la saignée est utile; chez les individus débiles et anémiques, il faut au contraire donner les toniques et les ferrugineux; mais, dans la plupart des cas, la maladie est simple. On conseille alors de recourir à la médication calmante, telle que bains tièdes, antispasmodiques, opiacés à l'intérieur et à l'extérieur. Cependant, avouons ici que les bains nous ont paru rarement utiles, et que souvent les malades n'ont pu les supporter, parce qu'ils provoquaient les crises. Ajoutons encore que jusqu'à présent les antispasmodiques administrés par les voies ordinaires n'ont guère été avantageux. Nous en dirons autant de l'opium; mais peut-être ne l'a-t-on pas employé à assez haute dose. Il est rare, en effet, qu'on en ait donné plus de 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures. J'avais, dans ma quatrième édition, soupçonné que l'éthérisation pourrait être avantageusement employée contre la contracture; c'est une opinion dont j'ai plus tard vérifié l'exactitude. J'ai guéri, en effet, promptement par les inspirations du chloroforme trois malades atteints de l'affection dont je parle: leur histoire a été relatée dans la *Gazette des hôpitaux* des mois d'avril et mai 1852, par un de mes anciens internes, M. le docteur Géry. Pour réussir, il faut, comme pour le tétanos, pousser l'éthérisme jusqu'à résolution, et le renouveler, suivant les besoins, deux ou trois fois par jour.

On a aussi préconisé contre la contracture la méthode perturbatrice: c'est de cette manière qu'agissent les vomitifs, surtout l'ipécacuanha: ce médicament paraît avoir réussi souvent à l'hôpital des Enfants, et l'un des médecins les plus recommandables et les plus justement vénéérés, Gueneau de Mussy père, l'a dans d'autres temps plusieurs fois employé avec succès dans son service à l'Hôtel-Dieu.

La contracture du diaphragme exige une intervention active. Des sinapismes énergiques, des compresses d'eau bouillante, l'application du marteau Mayor, l'électrisation cutanée, sont les principaux agents de révulsion douloureuse qu'il faudrait se hâter d'employer.

#### DE CERTAINES CONTRACTURES ÉPHÉMÈRES

Nous avons maintes fois déjà signalé la contracture comme un symptôme fréquent des maladies des centres nerveux, elle peut être aussi un accident primitif ou consécutif de diverses affections locales; c'est ce que nous verrons, par exemple, après certaines paralysies du nerf de la septième paire. Il existe aussi des contractures idiopathiques tantôt passagères, parfois permanentes, et devenant dans ce cas la cause de déviations et de difformités dont je ne dois point m'occuper ici.

Je ne veux aussi que signaler en passant ces contractions vulgairement nommées *crampes*, consistant en une roideur d'un ou plusieurs muscles s'accompagnant d'une dureté du tissu, d'un sentiment de roideur, d'engourdissement, et parfois de douleurs vives et d'une impuissance de la partie pour exécuter aucun mouvement. Les crampes qui se montrent surtout dans les muscles du mollet constituent un des symptômes les plus douloureux du choléra asiatique; elles surviennent le plus souvent dans certaines positions du membre ou bien spontanément, et sous l'influence seule de la position horizontale. Je ne fais que rappeler ici ces faits connus de tous pour fixer davantage l'attention du lecteur sur certaines contractures douloureuses, sur certains mouvements spasmodiques des muscles, sur certaines contractures passagères qui se déve-

loppent spontanément ou à l'occasion de certains mouvements volontaires ou instinctifs.

Ces phénomènes ont d'abord fixé l'attention en Allemagne, on les a constatés sur les muscles qui meuvent les doigts, et ces contractures survenant pendant l'exercice de l'écriture, on les a décrites sous le nom de *crampe des écrivains*. Ce mot est doublement impropre, car d'abord il n'y a pas toujours un spasme, une roideur, et d'autre part le trouble fonctionnel qui atteint les muscles du membre supérieur peut, au lieu de survenir pendant l'action d'écrire, se déclarer à l'occasion de tout autre exercice tenant à la profession de l'individu. Quoi qu'il en soit, c'est surtout pendant l'action d'écrire qu'on a rencontré le désordre musculaire dont il s'agit. Les personnes dont nous parlons peuvent se servir de la main droite pour tous les usages possibles; mais, lorsqu'elles veulent écrire, les doigts qui tiennent la plume, surtout l'index, quelquefois le pouce ou le médius, sont pris d'une roideur invincible, une ou plusieurs des phalanges se réfléchissent, d'autres sont dans une extension forcée sur le métacarpe, et tout mouvement devient impossible. Chez deux malades, M. Duchenne a vu dans ces conditions la main exécuter un mouvement de supination, de sorte que le bec de la plume regardait en l'air.

Au lieu d'une contracture, quelques individus ont plutôt un tremblement comme choréique, mais le résultat est le même, c'est-à-dire qu'il y a également impossibilité d'écrire. Dans tous ces cas les malades peuvent n'éprouver aucune sensation pénible, mais quelquefois ils accusent dans les muscles une impression désagréable et parfois douloureuse.

Ces spasmes, ces crampes, ces tremblements, ai-je dit, ne sont pas exclusifs aux muscles de l'avant-bras, mais on a observé des phénomènes analogues dans la plupart des régions, et à l'occasion d'exercices et de travaux variés. J'ai vu une personne qui, après avoir écrit quelque temps, éprouve par suite de la contracture du deltoïde un mouvement d'abduction du membre. M. Duchenne parle d'un maître d'armes dont l'humérus du côté qui tenait le fleuret tournait en dedans dès qu'il se mettait en garde. Le même auteur parle d'un tourneur chez lequel les fléchisseurs du pied sur la jambe se contracturaient dès qu'il l'appliquait sur la planche pour mettre le tour en mouvement, et le phénomène ne se produisait jamais que dans ces conditions. M. Duchenne cite encore l'histoire d'un savant qui, après avoir passé plusieurs années à déchiffrer des manuscrits, fut bientôt dans l'impossibilité de regarder fixement un objet sans éprouver de la diplopie; il était aisé de constater que le phénomène était dû chez lui à la contracture spasmodique du droit interne de l'œil gauche. Il est inutile de multiplier les exemples, je renvoie d'ailleurs à l'ouvrage de M. le docteur Duchenne.

Observons cependant que si, dans la plupart des cas les troubles fonctionnels dont je viens de parler dépendent d'une contracture ou d'un tremblement musculaire, dans quelques circonstances néanmoins on voit le même effet résulter du collapsus musculaire d'une véritable paralysie qui survient tout à coup à l'occasion d'un mouvement. Ainsi M. Duchenne parle d'un teneur de livres chez qui l'adducteur du pouce était frappé d'inertie après avoir écrit une ligne ou deux, au point que la plume lui tombait des mains, il ne pouvait écrire qu'en plaçant l'instrument de travail entre l'index et le médius; cependant ce même muscle adducteur se contractait énergiquement toutefois qu'il ne s'agissait point de tenir une plume pour écrire.

C'est en effet un caractère invariable de l'affection dont je parle, de ne se montrer que pendant un exercice déterminé. C'est donc un trouble essentiel-

lement transitoire; ce caractère suffira pour établir la nature essentiellement nerveuse de l'affection; c'est bien là évidemment une névrose. Quoiqu'on n'ait fait encore aucun examen cadavérique, il n'est pas possible de supposer que les centres ou que les cordons nerveux soient ici le siège d'une lésion matérielle quelconque. Je dis centres ou cordons nerveux, car il n'est pas possible de dire si la maladie doit être localisée dans l'un ou dans l'autre.

Les causes qui donnent lieu aux troubles si remarquables dont je viens de parler sont fort obscures. Toutefois il est vrai de dire que, le plus souvent, c'est la suite d'une fatigue du muscle ou d'un usage exagéré.

L'affection a un début communément lent et une marche progressive. Elle doit être considérée comme sérieuse, non qu'elle compromette jamais l'existence, mais parce qu'elle s'est montrée rebelle jusqu'à ce jour à tous les moyens qu'on lui a opposés.

Les frictions stupéfiantes, les révulsifs de toute sorte, depuis les simples rubéfiants jusqu'aux cautères et aux moxas, l'électricité, la ténotomie même, ont été vainement employés. Les divers appareils, les moyens de prothèse plus ou moins ingénieux qui ont été conseillés contre la crampe ou le tremblement des écrivains, ont pu bien rarement remédier au trouble fonctionnel. Disons toutefois que quelques individus sont parvenus à écrire d'une manière passable, les uns en entourant leur plume d'un grand morceau de liège, afin de la rendre plus volumineuse, les autres en fixant la plume sur les doigts à l'aide d'anneaux métalliques. M. Cazenave (de Bordeaux) a proposé un appareil plus compliqué. M. Duchenne pense que le spasme fonctionnel des muscles moteurs de la tête, qui s'est produit chez quelques individus pendant la station, peut être combattu en maintenant aussi longtemps que possible les muscles antagonistes de ceux où siège le spasme dans un état de contraction continue et volontaire à l'aide d'un appareil à résistance élastique.

## DE L'ŒSOPHAGISME

Un des médecins les plus distingués des départements, dont la science déplore la fin prématurée, le docteur Mondière, qui a tracé de l'œsophagisme une bonne description dans les *Archives* de 1833, définit cette maladie : *une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien, pouvant produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps solides ou des liquides*. Ce spasme peut être borné au pharynx ou à l'œsophage, ou bien occuper ces deux conduits simultanément; cette distinction n'a guère d'importance que sous le rapport de la symptomatologie.

Il est inutile d'avertir le lecteur que ce que nous allons dire se rapportera exclusivement à l'œsophagisme idiopathique, excluant tout à fait de notre description les dysphagies symptomatiques d'une inflammation du pharynx et de l'œsophage, d'une lésion organique de ces conduits, ou de quelque maladie des organes voisins, comme l'épiglotte, le pharynx; beaucoup d'auteurs ont fait cette confusion.

**Symptômes. Marche.** — L'œsophagisme se déclare ordinairement tout d'un coup : c'est dans toute la plénitude de la santé, et le plus souvent au milieu d'un repas, que le spasme de l'œsophage survient et arrête aussitôt le bol alimentaire dans sa marche. Mondière remarque à ce sujet que cette circonstance de l'invasion de la maladie pendant le repas en a souvent imposé aux malades, et leur a fait croire qu'un corps étranger s'était arrêté dans l'œsophage.

Les symptômes que l'on observe varient d'ailleurs suivant le point de l'œsophage qui est affecté. Le spasme occupe-t-il le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, les aliments sont rejetés presque aussitôt. La déglutition, par contre, s'opère lorsque l'obstacle occupe un point de l'œsophage voisin de l'estomac. Dans ce cas, les aliments pourront séjourner quelque temps au-dessus de la constriction, ou bien être ramenés presque aussitôt dans la bouche par un mouvement de régurgitation qui peut s'opérer sans souffrance, mais qui quelquefois est suivi d'une douleur vive commençant au pharynx et se prolongeant de là jusqu'à l'estomac. Mondière, à qui nous empruntons ces détails, cite un fait que lui a communiqué M. Latonrette, dans lequel le bol alimentaire était ramené sans douleur dans la bouche, et parvenait dans l'estomac après une seconde déglutition. Le cas cité par Courant est encore plus curieux, puisqu'on voit que le bol alimentaire, restant comme enfermé pendant quelque temps dans l'œsophage, était ramené successivement de la partie supérieure à la partie inférieure de ce conduit, puis enfin était tout à coup ou rejeté avec violence au dehors ou précipité dans l'estomac.

L'introduction des aliments et des boissons entraîne quelquefois des accidents bien plus graves : c'est ainsi qu'on a vu des individus ne pouvoir avaler la plus légère quantité d'aliments solides ou liquides sans tomber dans une angoisse inexprimable; les uns perdaient connaissance, les autres présentaient une sorte d'asphyxie, ce qui dépendait probablement ou de la pénétration des aliments dans les voies aériennes, ou de la compression qu'ils exerçaient sur la trachée.

Indépendamment des symptômes précédents, qui ne se déclarent que lorsque les malades essayent d'avalier, il en est d'autres qui sont permanents, et qui s'aggravent seulement après la déglutition des solides et des liquides. Ainsi il existe communément sur le trajet de l'œsophage une sorte de gêne, de constriction, de douleur continue, donnant la sensation d'un corps étranger qui serait arrêté, et provoquerait des efforts d'expectoration ou de vomissement. On a encore signalé le hoquet comme étant, dans ces cas, un symptôme commun. Mondière a dit que, le spasme se propageant souvent aux organes respiratoires, on voyait se joindre aux accidents déjà énumérés tous les phénomènes d'une suffocation imminente. Enfin, c'est dans le cas où l'éréthisme nerveux est devenu général et porté à un haut degré, surtout lorsque l'imagination des malades est frappée, qu'apparaissent des symptômes d'hydrophobie.

Le spasme de l'œsophage, ainsi que la plupart des autres névroses, présente un grand nombre d'anomalies; Mondière a cité les principales. Tantôt, dit-il, les boissons chaudes passent plus facilement que les froides, tantôt le contraire a lieu; le plus ordinairement les liquides seuls peuvent être avalés, d'autres fois ce sont seulement les substances solides. Hoffmann cite encore l'exemple d'une femme qui fut tourmentée longtemps d'un œsophagisme remarquable en ce que dans le commencement il n'y avait que le dernier bol alimentaire qui était arrêté dans l'œsophage; pour le faire pénétrer dans l'estomac, elle était obligée de boire beaucoup. Courant a en outre noté que les malades parviennent quelquefois à avaler les aliments après qu'ils les ont mâchés lentement et longtemps, et trompé pour ainsi dire le spasme du pharynx en saisissant l'instant favorable pour opérer la déglutition.

**Durée. Terminaisons.** — Le spasme de l'œsophage et du pharynx n'a aucune durée fixe : il peut se dissiper après quelques heures, comme Monro en cite un exemple, ou persister plusieurs jours entiers sans rémission; on l'a même vu durer sans relâche pendant douze jours. Dans les cas où la maladie

se prolonge davantage, les accidents ne se reproduisent qu'à certains intervalles : on dit les avoir vus se manifester quelquefois d'une manière régulière.

Le spasme de l'œsophage ne paraît s'être terminé par la mort que dans des cas fort rares; c'est ce qui explique pourquoi nous n'avons aucun renseignement sur les lésions concomitantes qui pourraient exister.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du spasme de l'œsophage ne présente ordinairement aucune difficulté. Son début brusque, survenant communément pendant le repas, établit une différence très-tranchée entre la dysphagie nerveuse et celle qui est symptomatique d'une inflammation ou d'une lésion organique. Ajoutons que, dans ce dernier cas, l'obstacle étant permanent, la dysphagie reste à peu près la même, tandis que dans le spasme elle varie, comme nous l'avons vu, d'un moment à l'autre, et offre dans sa marche une foule d'anomalies. Dans l'œsophagisme, il peut y avoir rétention des aliments, comme s'il existait une paralysie du pharynx ou de l'œsophage : cependant on ne confondra pas deux états morbides aussi opposés, car dans le dernier il n'y a point de régurgitation des aliments, et le cathétérisme ne fait nulle part sentir d'obstacle.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'œsophagisme n'est pas grave : il ne devient un symptôme fâcheux que lorsqu'il s'accompagne d'hydrophobie.

**Étiologie.** — L'œsophagisme se remarque spécialement chez les individus nerveux, irritables, atteints déjà de quelque névrose, comme l'hypochondrie; mais on le rencontre surtout chez les hystériques. Les émotions morales vives, subites, comme la colère, sont à peu près les seules causes occasionnelles dont l'action soit bien démontrée. On trouve dans les annales de la science plusieurs observations qui prouvent l'influence de l'imagination : on parle d'individus qui, mordus par des chiens qu'ils croyaient enragés, ont été affectés d'œsophagisme avec quelques symptômes d'hydrophobie.

L'œsophagisme survient quelquefois comme effet sympathique dans le cours de plusieurs maladies, spécialement dans les cas de cancer de l'estomac, dans des affections du cerveau, de l'utérus; enfin il y a un œsophagisme qui se déclare quelquefois dans le cours du rhumatisme, et qui dépend bien moins d'une névrose que de ce que les fibres musculaires du pharynx ou de l'œsophage participeraient elles-mêmes à l'affection rhumatismale.

**Traitement.** — Les auteurs insistent surtout, et avec raison, sur l'emploi des antispasmodiques et des narcotiques. On a spécialement préconisé le camphre et l'asa foetida en lavements. Les narcotiques seront administrés de la même manière, ou bien appliqués extérieurement en cataplasmes (jusquiame, ciguë), en frictions (avec laudanum), ou en pommade contenant opium ou belladone; ou bien encore on dénude la peau de la partie inférieure du cou, et l'on y fait absorber une petite quantité de sel de morphine. Les auteurs ont encore recommandé les boissons glacées, ou de faire fondre des morceaux de glace dans la bouche : ce moyen a en effet réussi plusieurs fois. Mais la méthode de traitement qui a semblé à Mondière réunir le plus de succès en sa faveur, c'est l'introduction des sondes. On sait que le cathétérisme est très-usité dans les rétrécissements spasmodiques de l'urèthre; l'utilité qu'on en retire dans ce cas a sans doute donné l'idée de suivre la même méthode pour l'œsophage. Les cas de succès sont aujourd'hui assez nombreux : ils ont été rapportés spécialement par Ev. Home, Autenrieth, Monro, Abercrombie, Howship, Stevenson; un honorable médecin de Paris, M. Boudard, m'en a cité un autre qui lui était personnel. Une seule introduction de la sonde a suffi quelquefois pour obtenir une guérison complète et immédiate : c'est ce qui eut lieu, par exemple,

chez la malade dont M. le docteur Boudard m'a parlé ; mais le plus ordinairement il est nécessaire de répéter l'opération plusieurs fois.

Si la sensibilité et l'irritabilité de l'œsophage étaient telles que l'introduction de la sonde fût très-douloureuse et rendue impossible, on devrait, d'après le conseil de Mondière, dans le premier cas, enduire l'instrument avec l'extrait de belladone ; dans le second, on se servirait d'une sonde volumineuse, qu'on laisserait quelque temps en contact avec la partie coarctée, ainsi que Dupuytren le pratiquait pour les rétrécissements spasmodiques de l'urèthre qu'il ne pouvait franchir tout d'abord. Si l'imagination était la cause première de la maladie, c'est à la médecine morale qu'il faudrait s'adresser.

## DE LA CHORÉE

La chorée (de χορεία, danse) est une maladie apyrétique, caractérisée par des mouvements irréguliers et involontaires, partiels ou généraux, du système musculaire, et plus spécialement des muscles des membres et de la face.

**Historique.** — Cette maladie n'a aucune espèce de rapport avec ces monomanies dansantes qu'on a observées, surtout en Allemagne, du XI<sup>e</sup> au XVII<sup>e</sup> siècle. Réunis par un délire commun, on vit alors des bandes d'hommes, de femmes, d'enfants, danser jusqu'à épuisement, se précipiter dans les fleuves, se briser les membres. C'est cette folie qu'on a appelée *dansomanie*, *choréomanie*, *danse de Saint-Guy* ou de *Saint-Wit*, du nom d'un saint vénéré en Souabe, à la chapelle duquel on menait ces insensés. La maladie dont nous parlons n'est peut-être pas différente du *tarentisme* qui a régné en Italie, mais elle se distingue essentiellement de la chorée de nos jours, et l'on ne saurait admettre avec M. Hecker que notre chorée ne soit en quelque sorte qu'une transformation, une atténuation de la chorée du moyen âge : en effet, les deux maladies ont existé simultanément (1). Clairement indiquée par Horstius, par Willis, mieux signalée encore par Bairo, notre chorée a été décrite par Sydenham, qui ne lui a d'ailleurs consacré qu'un petit nombre de lignes. Nous croyons que c'est par une interprétation forcée que Sauvages a revendiqué en faveur de Galien l'honneur de l'avoir décrite le premier, sous le nom de *scelotyrbé*. Après Sydenham, on vit surtout Cullen, Cheyne, Dover, Mead, etc., ajouter de nouveaux faits à ceux de leurs devanciers. Cependant, malgré ces travaux, la maladie était encore à peine connue en France du temps de Louis XV, puisque Lieutaud alla même jusqu'à en contester l'existence. La lacune qui existait dans notre littérature sur ce sujet n'a réellement été comblée qu'en 1810, époque à laquelle un médecin alors presque octogénaire, Bouteille, publia une monographie estimée, et qui est encore aujourd'hui le travail le plus complet que nous ayons. Depuis cet auteur, divers médecins ont produit en France quelques travaux recommandables. Nous citerons en première ligne un mémoire de M. Ruz, dans les *Archives* de 1834 ; la thèse de M. Dufossé (1836) ; l'article de M. Blache dans le *Dictionnaire de médecine* ; celui de MM. Ri'liet et Barthez dans leur *Traité clinique des maladies de l'enfance* ; enfin le remarquable travail de M. le docteur Sée, couronné par l'Académie de médecine et publié dans le quinzième volume des *Mémoires* de cette compagnie.

**Anatomie pathologique.** — A l'ouverture du corps des choréiques, il n'y a, dans l'immense majorité des cas, aucune lésion appréciable dans le cerveau,

(1) *Annales d'hygiène*, t. XII.

dans la moelle ni dans leurs enveloppes. J'ai trouvé toutes ces parties dans leur état normal chez trois sujets morts en 1834, 1837 et 1848. Il en a été de même sur dix cadavres examinés par Dugès, par Ollivier (d'Angers), par MM. Rostan, Ruz et Blache. L'anatomie pathologique comparée vient confirmer ces premiers résultats : Delafond, ayant ouvert à l'école d'Alfort un grand nombre d'animaux, et surtout des chiens sacrifiés à différentes époques d'une chorée confirmée, n'a trouvé aucune lésion appréciable dans les centres nerveux, dans leurs enveloppes, ni dans les nerfs et leurs divisions, ni dans aucun autre organe, parties qui toutes ont été examinées avec le plus grand soin.

Cependant, comme on l'observe pour le tétanos et pour plusieurs autres névroses, la chorée peut s'accompagner parfois de quelques lésions du côté des centres nerveux. Un de mes anciens condisciples dont le souvenir m'est le plus cher, le docteur Gendron, médecin distingué à Chinon, a trouvé chez deux jeunes filles choréiques, mortes en 1834, à l'hôpital des Enfants, la moelle épinière ramollie au niveau de la région cervicale (voy. *Thèse*, 1836.) Guersant a rencontré la même lésion chez deux enfants. M. Serres aurait, dit-on, constaté des altérations diverses dans les tubercules quadrijumeaux (tumeur lardacée, injection, inflammation). M. Monod a vu une hypertrophie de la moelle, et divers médecins ont trouvé dans le cerveau et dans la moelle des tumeurs et des concrétions diverses. Ces faits, d'ailleurs en petit nombre, prouvent que la chorée, comme la plupart des autres névroses, peut, dans quelques cas rares, être symptomatique.

Dans la liste des lésions, nous n'avons pas encore parlé de la sérosité que M. Prichard, en Angleterre, aurait rencontrée en plus grande abondance dans les centres nerveux chez trois enfants morts de chorée ; personne, en effet, en France, n'a noté, que je sache, une pareille suffusion ; Delafond surtout l'a vainement cherchée chez les animaux. Il est à craindre que le médecin anglais ne s'en soit laissé imposer par la quantité de liquide céphalo-rachidien qui existe naturellement en plus grande abondance chez l'enfant que chez l'adulte ; peut-être aussi cette suffusion séreuse dépendait-elle de la longueur de l'agonie.

M. Sée, ayant analysé dans son travail 84 observations de chorées terminées par la mort, est arrivé à des conclusions un peu différentes. D'après ce médecin distingué, il aurait existé, en effet, 32 fois, ou un ramollissement de la pulpe nerveuse, ou bien un épanchement arachnoïdien, lésions d'ailleurs qu'il se hâte de considérer comme fortuites et comme n'ayant aucune relation directe de cause à effet avec les troubles fonctionnels. Sur une autre catégorie de 34 sujets, M. Sée dit qu'on a trouvé diverses phlegmasies isolées ou réunies du tissu séreux ; ce sont là pour nous des complications ou des lésions ultimes qui se déclarent ici, comme dans le cours d'un grand nombre d'autres affections, sans qu'on puisse être autorisé à voir dans ces phlegmasies, ainsi que M. Sée l'a fait, une expression de la diathèse rhumatismale.

**Symptômes.** — Dans quelques cas très-rares, on a vu la chorée débiter tout d'un coup ; mais cela n'a guère lieu que lorsque la maladie survient à la suite d'une vive émotion, comme la frayeur. Presque toujours la chorée se déclare lentement, progressivement. Quelques enfants, avant de présenter des troubles de la motilité, sont devenus plus irritables, plus irascibles, ou bien ils sont tristes ; d'autres sont plus vifs, plus impétueux que de coutume. Cependant quelques mouvements désordonnés surviennent bientôt dans diverses parties du corps.

Sydenham et Bouteille regardaient la claudication comme étant de tous les phénomènes le plus précoce ; elle est, par contre, fort rare (5 fois sur 158).