

tion, et les *inhalations anesthésiques* semblent parmi ces moyens occuper aujourd'hui le premier rang.

On connaît maintenant un assez grand nombre de cas dans lesquels le *chloroforme* a rendu d'incontestables services. En y revenant à plusieurs reprises, en le maniant avec prudence, on a vu des attaques violentes se suspendre complètement et les malades entrer immédiatement en convalescence. Nous citerons à cet égard, comme pouvant être consultées avec fruit, les observations de M. Gros (1), de M. Richet; et M. le docteur Campbell nous racontait dernièrement encore, entre autres faits qui lui sont personnels, les merveilleux résultats que cette médication avait eus chez la fille d'un personnage des plus haut placés dans l'État. J'ajouterai que plusieurs accoucheurs recommandables, et parmi eux je nommerai M. Blot, qui s'étaient élevés longtemps contre l'emploi du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie des femmes en couches, reconnaissent et proclament aujourd'hui hautement l'utilité de cet héroïque remède.

En terminant, je vous rappellerai que, lorsque l'éclampsie survient au huitième ou neuvième mois de la grossesse et qu'elle a résisté aux médications mises en usage pour faire cesser les attaques, l'accouchement provoqué est un moyen employé par la plupart des accoucheurs, moyen conseillé par M. Stoltz (de Strasbourg), et approuvé par des hommes de la plus haute valeur. Il me suffira de vous citer M. le professeur Velpeau et Cazeaux. Quand les accidents surviennent pendant le travail, il faut hâter sa terminaison si les attaques sont violentes, pour soustraire la mère et l'enfant aux dangers qui les menacent. Cependant, messieurs, bien que dans la majorité des cas, les convulsions cessent peu après la délivrance, chez certaines femmes ces accidents marchent, se répètent avec une violence nouvelle et les conduisent rapidement à la mort.

(1) L. Gros (de Sainte-Marie aux Mines), *Éclampsie après l'accouchement* (Bulletin général de thérapeutique, janvier 1849).

XLV. — TÉTANIE.

Causes : l'allaitement et l'état puerpéral sont les plus fréquentes; influence d'une diarrhée antérieure; action du froid. — Tableau de l'affection : trois formes. — Forme bénigne; les manifestations locales sont tout et les accidents très-modérés. — Forme moyenne : les contractures se généralisent et affectent non-seulement les extrémités, mais encore les muscles du tronc et de la face, il s'y joint des phénomènes généraux. — Forme grave : intensité des accidents convulsifs. — Une observation de mort. — Pronostic ordinairement sans gravité. — L'anatomie pathologique très-peu connue. — Nature de l'affection. — Son diagnostic différentiel. — Traitement.

MESSIEURS,

Je consacrerai cette conférence à l'étude clinique d'une étrange affection dont j'ai souvent eu occasion de vous montrer des exemples dans nos salles : je veux parler de ce qu'on a successivement désigné sous les noms de *tétanos intermittent*, de *contracture* et de *paralysie idiopathique*, de *spasmes musculaires idiopathiques*, de *contracture des extrémités*, de ce que j'ai appelé moi-même *contracture rhumatismale des nourrices*, dénominations auxquelles je préfère, pour des raisons que je vous exposerai, celle de *contracture rhumatismale intermittente*, et mieux de *tétanie*.

Généralement sans gravité, bien que parfois elle effraye les malades qui en sont atteints, et qu'elle puisse en imposer aux médecins qui la méconnaissent, cette affection se développe dans des conditions qui se rencontrent trop habituellement, sous l'influence de causes trop communes, pour ne pas avoir existé de tout temps. Cependant, soit qu'elle fût restée ignorée, soit plutôt que les accidents qui la caractérisent aient été confondus avec d'autres espèces de phénomènes convulsifs, il n'en existe aucune description dans les anciens auteurs, et c'est à peine si dans leurs écrits nous trouvons épars quelques faits présentant une certaine analogie avec ceux que nous observons aujourd'hui. L'histoire de la tétanie appartient donc à notre époque. C'est en effet depuis trente ans, c'est surtout dans ces dernières années, que l'attention a été plus particulièrement appelée sur elle.

Le mémoire de Dance, publié dans les *Archives générales de médecine* sous ce titre : *Observations sur une espèce de tétanos intermittent*, date de 1834. A ce travail, le premier qui parut sur la matière, succédèrent bientôt

ceux de MM. Tonnelé (1), Constant (2), Murdoch (3), de La Berge (4). Depuis lors, la tétanie eut sa place dans les ouvrages classiques, ou du moins MM. Rilliet et Barthez, M. Barrier, dans leurs traités spéciaux sur les maladies des enfants, MM. Monneret et de La Berge (5), leur consacraient d'importants articles. En 1843, paraissait le mémoire de MM. Teissier et Hermel (6), et l'année suivante, M. le docteur Imbert-Gourbeyre, actuellement professeur à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, prenait pour sujet de dissertation inaugurale : *De la contracture des extrémités*.

Les observations s'étaient multipliées, plusieurs avaient été consignées dans différents journaux de médecine; pour ma part, j'en avais recueilli un nombre assez imposant dans le service de l'hôpital Necker dont j'étais chargé, et j'en avais plus d'une fois fait l'objet de mes leçons cliniques, lorsqu'en 1846, mon ami M. le docteur Delpech, alors mon interne, aujourd'hui mon collègue dans les hôpitaux et professeur agrégé de notre Faculté, soutint sa thèse sur les *spasmes musculaires idiopathiques*, résumant avec talent les travaux antérieurs et ajoutant des faits nouveaux à ceux jusque-là connus. Six ans plus tard, M. le docteur Lucien Corvisart reprenait le même sujet, proposant de remplacer le nom de *contracture des extrémités* par celui de *tétanie*. En 1855, une communication de Aran à la Société de médecine des hôpitaux de Paris, devenait le point de départ d'une intéressante discussion sur cette maladie. Enfin, plus récemment encore, en 1857, un interne de l'hôpital Saint-Antoine, M. le docteur Rabaud, exposait le résultat de ses *Recherches sur l'historique et les causes des contractures des extrémités* (7). Toutefois, l'auteur de cette monographie, longue et consciencieuse d'ailleurs, tombait dans une déplorable confusion, en comprenant sous un même titre toutes les espèces de contractures.

L'affection dont je veux vous entretenir est une espèce bien distincte. Les conditions de son développement, les causes qui semblent la produire, la forme des accidents, leur marche, constituent pour elle autant de caractères nettement définis.

Comme les premières malades que j'en vis atteintes dans mon service de

(1) Tonnelé, *Mémoire sur une nouvelle maladie convulsive des enfants* (*Gazette médicale*, t. III, n° 1, 1832).

(2) Constant, *Observations et réflexions sur les contractures essentielles* (*Gazette médicale*, 1832, p. 80; et *Bulletin de thérapeutique*, 1835).

(3) Murdoch, *Considérations sur les rétractions musculaires et spasmodiques* (*Journal hebdomadaire*, t. VIII, 1832, p. 417).

(4) De La Berge, *Note sur certaines rétractions musculaires de courte durée, etc.* (*Journal hebdomadaire des progrès, etc.*, t. IV, 1835).

(5) *Compendium de médecine pratique*.

(6) Teissier et Hermel, *De la contracture et de la paralysie idiopathiques chez l'adulte* (*Journal de médecine*).

(7) Rabaud, thèse de doctorat, 1857.

l'hôpital Necker étaient exclusivement des femmes récemment accouchées, et qui allaitaient leurs enfants, je crus d'abord que cette affection était spéciale aux nourrices, et je l'appelai *contracture rhumatismale des nourrices*; mais je ne tardai pas à me convaincre, d'ailleurs d'autres l'avaient dit avant moi, que l'allaitement n'était pas la seule *condition de son développement*.

On doit néanmoins le reconnaître, l'allaitement constitue peut-être la cause prédisposante la plus active et la plus fréquente des contractures intermittentes. Je ne chercherai pas à vous expliquer pourquoi et comment il en est ainsi; mais à défaut de l'explication, l'observation clinique reste; et à n'en juger que par ce qui se passe sous nos yeux, cette influence est incontestable, puisque dans cette partie de notre salle Saint-Bernard réservée aux nourrices, et qui ne contient que douze lits, nous en avons toujours observé un plus grand nombre de cas que dans tout le reste du service.

La *menstruation*, l'*état puerpéral*, la *grossesse* surtout, ont été mis en cause, et il est permis de voir une liaison entre les phénomènes dont nous parlons et les autres troubles de l'innervation qui accompagnent si fréquemment ces différents états intermédiaires à la santé et à la maladie; cependant, les contractures non-seulement surviennent chez les femmes en dehors même de ces circonstances, mais encore elles affectent aussi les individus de l'autre *sexe*.

Elles se rencontrent le plus habituellement chez les personnes jeunes; la plupart de nos malades, hommes ou femmes, avaient de dix-sept à trente ans. Toutefois une femme couchée au n° 20 de la salle Saint-Bernard, accouchée depuis deux mois, et chez laquelle les accidents avaient une certaine intensité, était âgée de quarante-six ans. On en a cité des cas chez des sujets de cinquante-deux et même de soixante ans. Les exemples n'en sont pas rares chez les enfants, et même chez ceux du premier âge, entre un et deux ans. Vous vous rappelez en avoir vu un très-remarquable chez une petite fille de vingt et un mois.

Cette enfant, le huitième d'une mère âgée de trente ans, avait eu en naissant de grandes attaques d'éclampsie, et présentait encore des convulsions partielles, consistant en un tremblement spasmodique de la paupière supérieure et du globe oculaire; quelquefois en des spasmes de la glotte se produisant sous l'influence d'une émotion morale, d'une contrariété, et caractérisés par une inspiration prolongée et sifflante. Les contractures des extrémités, phénomènes du même ordre que ceux-ci, étaient très-prononcées. Aux mains, le pouce, dans l'adduction forcée, était fléchi dans la paume de la main sous les doigts serrés les uns contre les autres. Il y avait en outre de l'œdème des pieds, et ce gonflement œdémateux occupait également les extrémités supérieures à un même degré. La petite malade, d'une chétive constitution, était d'ailleurs affectée de stomatite ulcéro-membraneuse, et les exsudations, d'un blanc grisâtre, s'étendaient sur la langue; de plus, elle était sujette depuis neuf mois à une toux qui depuis quelque temps avait pris un caractère convulsif.

La *dentition*, qui prédispose si évidemment, soit d'une manière directe, soit d'une manière indirecte, aux accidents éclamptiques, a été regardée comme ayant aussi une influence sur le développement de la tétanie; mais on comprend combien une cause de cette nature est difficile à apprécier, d'autant plus qu'elle se complique presque toujours d'états pathologiques divers auxquels les accidents sembleraient plutôt devoir être rattachés.

De ces états pathologiques, la *diarrhée*, alors surtout qu'elle a été abondante et rebelle, est celui dont l'action est la plus évidente. Cette cause *occasionnelle* m'avait, dans le principe, complètement échappé. Mon ami le docteur Lasègue l'a le premier parfaitement mise en lumière, et depuis, elle a été signalée par d'autres, par Aran en particulier. Aujourd'hui son intervention, dans la majorité des cas, est acceptée par tous les praticiens, et en interrogeant les malades de la Clinique, vous avez pu vous-mêmes vous assurer de son existence presque constante.

Cependant, chez un jeune homme de notre salle Sainte-Agnès, la contracture qui coïncidait avec une *constipation* opiniâtre cédait, au contraire, quand, par des purgations, on provoquait les évacuations alvines.

C'était ce gros et vigoureux garçon, ouvrier sellier, âgé de vingt et un ans, qui resta à peu près cinq semaines au n° 7. Il faisait remonter à quatre ans le début de son affection. Toujours de bonne santé jusque-là, sa première attaque l'avait pris subitement pendant un voyage en chemin de fer. Bien que ce fût en hiver, il affirmait ne s'être pas refroidi. Il s'était tout à coup aperçu que ses doigts restaient fermés, sans qu'il lui fût possible de les étendre et de s'en servir. L'accès dura deux ou trois heures, et pendant trois mois, se répéta tous les jours, la santé générale n'étant d'ailleurs en aucune façon troublée. On le traita par les émissions sanguines; mais, d'une part, immédiatement après chaque saignée, la contracture, non-seulement devenait plus violente, mais encore se généralisait, occupant les extrémités et tous les muscles du tronc, ceux de la face, à ce point que pendant une minute environ, il ne pouvait plus bouger, que sa respiration était gênée et sa parole embarrassée; d'autre part, à mesure que les saignées du bras se répétaient, les crises augmentaient d'intensité, si bien qu'elles ne furent jamais plus fortes qu'après la quatrième. Toutefois une application de douze ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale parut avoir un résultat tout opposé, et faire cesser les accidents qui ne se reproduisirent plus une seule fois dans l'espace de dix mois. A partir de cette époque ils reparurent, et depuis lors ils revinrent chaque année, se répétant chaque jour pendant deux mois et toujours à la fin de l'hiver. Pendant l'été qui précéda son entrée à l'hôpital, le malade eut deux ou trois crises, passagères, il est vrai, et assez faibles pour qu'il ne fût pas forcé d'interrompre ses occupations. La santé générale, je le répète, restait bonne; l'appétit avait une régularité parfaite; mais (et c'est le fait sur lequel j'appelle votre attention), à la liberté du ventre dont ce jeune homme jouissait d'ordinaire, avait succédé une *constipation opiniâtre*. Quand, par les

purgatifs (50 grammes de sel de Sedlitz) qu'il prenait tous les huit jours, il avait sollicité les évacuations, il était momentanément guéri de ses accidents convulsifs; mais la constipation revenait plus opiniâtre, et pendant quatre ou cinq jours, il n'avait pas de garde-robes.

Ce fait, messieurs, est trop exceptionnel pour infirmer en rien la règle générale que l'on pourrait formuler relativement à l'influence de la diarrhée sur le développement des contractures intermittentes.

Celles-ci surviennent encore après les grandes maladies, et dans l'épidémie de *choléra* de 1854, nous les avons vues se manifester chez beaucoup de ceux qui avaient été atteints par le fléau. Elles surviennent aussi après les fièvres graves, après la *fièvre typhoïde* en particulier, ainsi que M. Demarquay cité par M. Imbert-Gourbeyre, ainsi que M. le docteur Delpech en ont rapporté des cas.

Peut-être invoquera-t-on ici encore l'influence des flux intestinaux, phénomènes morbides prédominants dans le choléra et dans la dothiéntérie; mais je vous ferai observer que la contracture affecte également, bien que moins fréquemment, les individus dans la convalescence d'autres maladies où la diarrhée ne se montre pas d'habitude, où du moins elle ne constitue qu'un épiphénomène passager et sans grande valeur, et que dès lors les spasmes musculaires doivent être considérés, à plus juste titre, comme étant des accidents du même ordre que les phénomènes nerveux, paralysies, etc., accidents que les maladies de longue durée, que les fièvres graves surtout laissent après elles, et qui sont le résultat, soit d'une action directe de la cause morbide sur l'appareil de l'innervation, soit de l'érythisme nerveux qui accompagne l'affaiblissement des forces générales de l'économie.

En dehors de ces causes prédisposantes, il est un certain nombre de *causes occasionnelles* que j'ai à vous indiquer. L'influence des *émotions morales* notée par les auteurs, est à mon sens très-douteuse, relativement du moins au développement d'une première attaque. J'admets pourtant que chez un malade affecté de contractures, les émotions morales puissent devenir l'occasion du retour des accès.

Chez une femme de vingt et un ans couchée au n° 11 de la salle Saint-Bernard, et qui au cinquième mois d'une seconde grossesse fut prise de contractures, les accidents devenaient plus violents lorsqu'elle éprouvait une émotion.

Si ce genre de causes ne doit pas être accepté sans réserves, il n'en est point ainsi du *froid* signalé par tous les médecins. Son influence est incontestable non-seulement en tant que cause occasionnelle, mais en tant qu'elle suffit à elle seule pour produire l'affection dont nous nous occupons.

Je ne citerai que quelques faits. Un individu de notre salle Sainte-Agnès attribuait lui-même les accidents qu'il éprouvait à un refroidissement qu'il avait eu en sortant au mois de décembre couvert de vêtements trop légers pour la saison, et le froid l'avait d'autant plus fortement saisi, qu'il travaillait dans une chambre habituellement très-chaude.

Un autre, couché au n° 23 de la même salle, avait passé la nuit dehors étant en état d'ivresse, et avait été trouvé le lendemain matin dans l'état où nous le vîmes lorsqu'on nous l'envoya de la préfecture de police.

Une femme, sur l'histoire de laquelle j'aurai à revenir, avait été prise de contractures pour avoir été, par des nuits d'hiver, puiser de l'eau à la fontaine dans la cour de l'hôpital. Cette cause agit d'autant plus activement sur elle, que, récemment accouchée avant terme, elle était d'une constitution délabrée par la misère et affaiblie par une diarrhée rebelle dont elle était à peine débarrassée.

Enfin, en vous exposant les phénomènes qui caractérisent les contractures, je vous ferai voir que la compression exercée sur le membre affecté, les fait infailliblement et très-rapidement revenir.

Retracer le *tableau* de cette affection est chose difficile, et la meilleure description ne pourrait reproduire ce qu'on ne saurait oublier une fois qu'on l'a observé. Je dois cependant essayer de vous en donner une idée aussi exacte que possible, et afin de mieux vous en faire saisir les principaux traits, j'admettrai que l'affection revêt trois formes distinctes, bien que ces divisions soient en réalité très-arbitraires.

Dans une première forme que j'appellerai *forme bénigne*, les *manifestations locales* sont tout, et voici en quoi elles consistent.

L'individu éprouve une sensation de fourmillements dans les mains et dans les pieds, puis une certaine hésitation, une certaine gêne dans les mouvements des doigts et des orteils qui n'ont plus leur liberté habituelle d'action. Bientôt la convulsion tonique commence et se traduit par la roideur des parties affectées, roideur que la volonté est impuissante à vaincre complètement, quoiqu'elle lutte encore contre elle, et que les malades puissent encore faire agir dans une certaine limite les muscles contracturés, mouvoir et même étendre un peu les doigts; cette contraction involontaire augmente, elle est douloureuse, et tout à fait analogue à la crampe à laquelle d'ailleurs les patients la comparent.

Aux extrémités supérieures, le pouce est énergiquement entraîné dans l'adduction forcée, les doigts, serrés les uns contre les autres, se fléchissent à demi sur lui, le mouvement de flexion ne s'opérant ordinairement que dans l'articulation métacarpo-phalangienne; la main, dont la paume se creuse par le rapprochement de ses deux bords externe et interne, affecte alors la forme d'un cône, ou, si vous le voulez, celle que prend la main de l'accoucheur lorsqu'il veut l'introduire dans le vagin. Cette forme, que vous observerez le plus habituellement, est tellement spéciale, que déjà elle suffit souvent à elle seule pour caractériser cette espèce de contracture. D'autres fois, l'index, plus fortement fléchi que les autres doigts, se place en partie sous eux; en d'autres cas, la flexion est plus générale et plus complète. Le pouce, plié dans la paume de la main, est recouvert par les doigts pliés eux-mêmes, et si fortement que les ongles s'impriment sur la peau; tellement serrés les uns contre les autres, que

dans une observation rapportée par M. Hérard, de véritables eschares furent la conséquence de cette compression longtemps prolongée. La convulsion peut n'affecter que le pouce, tandis que les doigts sont à peine contractés; mais le fait est rare, et il est plus commun de voir la contracture s'étendre, le poignet se fléchissant à son tour, la main s'inclinant fortement en dedans sans qu'on puisse la redresser.

Aux extrémités inférieures, les orteils se fléchissent sous la plante du pied, en se serrant les uns contre les autres, le pouce se portant au-dessous d'eux, la face plantaire se creusant d'une manière analogue à celle de la main; tandis que la face dorsale se cambre vigoureusement, le talon est tiré en haut par la contraction des muscles de la partie postérieure de la jambe, celle-ci est étendue sur la cuisse et la cuisse sur le bassin.

Les contractures peuvent simultanément occuper les extrémités supérieures et les extrémités inférieures, comme elles peuvent les occuper alternativement ou rester limitées à l'une d'elles. Exceptionnellement les membres inférieurs sont pris seuls, et c'est le plus généralement les mains qui sont affectées.

Les muscles convulsés résistent aux efforts qu'on fait pour changer la position des parties, et si l'on y parvient, les doigts se fléchissent de nouveau lorsqu'on cesse de les tenir redressés, ou bien, et c'est là l'exception, ils gardent la position nouvelle qu'on leur a donnée, tout en restant contracturés. A la pression, les muscles offrent une dureté plus ou moins considérable qui les fait ressembler à des cordes solidement tendues; mais je n'ai jamais constaté ces contractions fibrillaires dont ils sont, dit-on, agités. Les efforts pour vaincre la résistance musculaire sont généralement très-douloureux pour le patient. En quelques circonstances cependant les malades semblent en éprouver du soulagement.

Ces convulsions toniques durent sans interruption cinq, dix, quinze minutes, quelquefois même une, deux, trois heures de suite: la sensation de fourmillement se manifeste de nouveau, et de même qu'elle avait annoncé le début de l'accès, elle en annonce aussi la fin. Les parties affectées reprennent leurs mouvements jusqu'à ce que, après un intervalle de repos variable, se reproduisent de nouveaux accès dont la série constitue l'attaque, laquelle est susceptible de se prolonger pendant plusieurs jours, et même pendant un, deux et trois mois.

Tant que celle-ci n'est pas terminée, vous pouvez à volonté faire revenir les accès, alors même que les malades en seraient quittes depuis vingt-quatre, trente-six, quarante-huit, soixante-douze heures, et davantage. Il suffit pour cela, ainsi que je vous l'ai dit il y a un instant, d'exercer *une compression sur les membres affectés, soit sur le trajet des principaux cordons nerveux qui s'y rendent, soit sur les vaisseaux, de façon à gêner la circulation artérielle ou veineuse.*

Le hasard m'a fait découvrir cette influence de la compression. Assistant à une saignée du bras que je faisais pratiquer à l'hôpital Necker chez une femme

atteinte de contractures, je vis, aussitôt que la constriction fut opérée avec la bande, un accès se produire dans la main correspondante. Je pensai d'abord que la congestion veineuse déterminée par la compression des veines en était la cause. Cependant, cherchant à me rendre compte du phénomène, je vis chez d'autres malades que la compression des artères agissait identiquement de la même manière. J'ai, depuis, répété l'expérience un grand nombre de fois, et comme elle n'a aucun inconvénient pour les patients, puisque les accidents cessent aussitôt qu'on la suspend, je l'ai souvent faite devant vous. Or, vous avez vu que, non-seulement en interrompant la circulation artérielle ou veineuse, mais encore en exerçant la compression soit sur le nerf médian au bras, soit sur le plexus brachial au-dessus de la clavicule, la contracture se manifestait, immédiatement précédée des fourmillements qui en sont les premiers symptômes. En comprimant l'artère crurale, en appliquant une ligature sur la cuisse, ou plus simplement en la serrant vigoureusement avec ses deux mains, en comprimant le nerf sciatique, les spasmes musculaires surviennent, quoique avec moins de facilité, aux extrémités inférieures.

Dernièrement, vous avez pu voir, chez une femme couchée au n° 26 de la salle Saint-Bernard, la compression déterminer une série de phénomènes très-curieux et sur lesquels je vous demande la permission d'insister un instant.

Cette jeune femme, âgée de vingt-quatre ans et d'un tempérament très-nerveux, entra chez nous, le 2 février 1864, pour une contracture des extrémités supérieures. Le 9, la contracture avait cessé et, devant vous, je fis les expériences suivantes : je comprimai en masse le bras droit et, peu après, la main se contracta; mais, ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que la main du côté opposé ne tarda pas à se contracter à son tour. Le même phénomène se produisit par le fait de la compression du plexus brachial, et la contracture persista un assez long temps.

Le 15, la contracture était revenue plus forte aux mains; elle ne se manifestait aux pieds que quand la malade était debout. Ce jour-là, je comprimai devant vous la fémorale droite et, presque immédiatement, vous avez pu constater la roideur tétanique des orteils; puis, au bout de quelques minutes, les orteils du côté gauche se roidirent à leur tour. La roideur cessa bientôt dans les orteils, mais fut suivie de douleurs dans les mollets et les pieds, puis, finalement, de crampes dans les mollets. Ainsi la suspension de l'ondée artérielle avait produit directement la contracture dans le pied droit, et l'état particulier de l'innervation locale que cette contracture suppose, avait provoqué, par action réflexe, la contracture du côté opposé.

Je passe rapidement sur les alternatives de la tétanie chez cette malade, qui eut des rechutes fréquentes sous l'influence du retour de la diarrhée, pour arriver à la mention d'un fait plus remarquable encore : le 18 mars, je plaçai une ligature sur la cuisse droite, de manière à comprimer les muscles, les vaisseaux et les nerfs; les orteils correspondants se contractèrent rapidement, puis, bientôt après, ceux du pied gauche entrèrent en contracture.

Mais la synergie réflexe ne s'arrêta pas là : presque aussitôt les deux mains se contractèrent, et enfin la malade eut une violente attaque d'hystérie. Ainsi, contracture provoquée directement dans un membre par la compression de ce membre, — contracture par action réflexe *latérale* dans le membre homologue, — contracture par action réflexe *ascendante* dans les membres supérieurs, — et enfin attaque d'hystérie; ou, en analysant davantage encore, modification fonctionnelle de l'innervation périphérique d'un membre par action exercée sur un segment de ce membre, — modification fonctionnelle de la moelle par suite de la modification de la périphérie, — et enfin, modification fonctionnelle du grand sympathique par suite de la modification fonctionnelle de la moelle. — Voilà ce que prouve cette observation.

J'ajoute que ce fait est un exemple de ce qu'on a appelé un peu prétentieusement les lois de Pflüger, à savoir, que la réflexion était *unilatérale*, c'est-à-dire se produisait du même côté que l'excitation, quand celle-ci était modérée; que la réflexion était *symétrique*, c'est-à-dire se produisait des deux côtés homologues, quand l'excitation d'un seul de ces côtés avait été plus énergique, et qu'enfin la réflexion se *généralisait*, quand l'excitation était plus énergique encore.

Ce phénomène, déjà intéressant en lui-même, n'est pas sans utilité pratique; il peut fournir un élément de diagnostic, et jamais dans aucune autre affection convulsive vous ne produirez un effet de ce genre par des moyens analogues.

Chose extraordinaire! le froid, dont l'influence est si évidente sur le développement de cette affection, *le froid, appliqué sur les parties malades, fait quelquefois cesser les accidents*. Ainsi dans un grand nombre de circonstances, il suffit aux individus atteints de contracture des extrémités inférieures de poser leurs pieds sur un sol carrelé ou dallé pour que la convulsion cède presque immédiatement et pour que les mouvements reprennent leur liberté. En diverses occasions j'ai suspendu des accès occupant les extrémités supérieures en faisant plonger les bras et les mains dans un bassin d'eau froide. Cette suspension est, il est vrai, très-momentanée, et les accidents reparaisent aussitôt après l'immersion.

Les contractures intermittentes sont d'ordinaire précédées et accompagnées d'impuissance musculaire. Les mouvements d'extension enrayés par la contraction convulsive des muscles ne sont pas seuls abolis, les mouvements de flexion le sont également. Les doigts, par exemple, lorsqu'ils sont à moitié fléchis, n'obéissent plus à la volonté, et le malade ne peut pas les fermer davantage; cette roideur qui, dans les formes graves, est quelquefois portée à un très-haut degré, cette roideur, légère dans la forme bénigne, jointe à la roideur convulsive des mains, rend les individus maladroits, les empêche de faire un libre usage de leurs mains; si ce sont des nourrices, elle les empêche de donner à leurs enfants les soins accoutumés, de les habiller et même de les tenir dans leurs bras.