

autant de caractères qui rendent cette manière de voir au moins vraisemblable. Mais cette analogie de nature étant reconnue, resterait à préciser le siège de la maladie. Et d'abord on ne saurait, sans aller au delà de l'observation, identifier, comme le fait Valleix, l'irritation spinale et la névralgie dorso-intercostale. Dans cette dernière maladie, et d'après la description donnée par Valleix lui-même, nous voyons les points hyperesthésiques les plus marqués occuper les côtés du rachis, la partie moyenne des espaces intercostaux et leur extrémité antérieure; tandis que dans l'irritation spinale la douleur est souvent exactement limitée au sommet des apophyses épineuses, tout au moins est-elle toujours plus forte là que partout ailleurs. De plus, avec cette douleur vertébrale, apparaissent, soit vers les viscères, soit dans les organes des sens, des symptômes singuliers qui n'accompagnent pas d'ordinaire la simple névralgie intercostale. Symptômes tellement multipliés, tellement variés qu'il semble naturel de les envisager tous, y compris la douleur rachidienne elle-même, comme le retentissement ou l'extension vers la périphérie nerveuse d'un état morbide plus profond, situé ailleurs que dans le lieu même où se constate le symptôme; en un mot, tout nous invite à les rattacher à la souffrance des centres nerveux. Or l'intégrité constante des facultés psychiques met ici le cerveau hors de cause; c'est donc, en définitive, la moelle épinière qui paraît être le véritable siège de la maladie et le point de départ réel de ses symptômes. Sur ce point presque toutes les théories que nous avons précédemment discutées sont d'accord; elles ne se séparent que sur la question du genre de l'affection rachidienne.

En résumé, de l'analyse et de la discussion des opinions diverses émises par les auteurs, comme aussi de l'examen attentif des faits particuliers, il résulte : que les phénomènes groupés sous le titre d'irritation spinale dépendent d'un trouble de l'innervation, ayant la moelle épinière pour point d'origine ou pour centre d'irradiation; que, dans bon nombre de cas, il est impossible de méconnaître l'existence d'une congestion rachidienne comme l'un des élémens de cet état morbide de la moelle; mais on ne peut affirmer ni que cette congestion existe constamment, ni qu'elle soit le fait primitif et générateur de la maladie, ni enfin qu'elle porte plus particulièrement sur telle ou telle partie du centre nerveux rachidien ou de ses enveloppes.

II. Venons-en à l'interprétation des symptômes. — a. Le phénomène principal et le plus constant, la *douleur rachidienne*, n'est autre chose qu'une hyperesthésie cutanée, une véritable dermalgie, correspondant exactement à la ligne des apophyses épineuses. La possibilité de la provoquer par un attouchement léger, par le simple pincement de la peau ou la piqure d'une aiguille, éloigne l'idée d'attribuer la souffrance à l'ébranlement mécanique des vertèbres et de la moelle. Mais d'où vient cette localisation si précise de la douleur? On a cru en trouver la raison dans la brièveté des filets nerveux qui de la moelle

(ou mieux des nerfs spinaux) se rendent à la peau de la région rachidienne. Cette explication n'en est pas une; car, abstraction faite de ce qu'il y a de gratuit dans cette hypothèse d'une transmission plus ou moins rapide des sensations, suivant la brièveté d'un filet nerveux, il faut bien reconnaître que les nerfs ramifiés sur les côtés de la région vertébrale ne sont guère plus longs que ceux destinés à la ligne médiane. — D'après d'autres pathologistes, le siège électif de la douleur au niveau des apophyses épineuses dépendrait de ce que des filets provenant des nerfs rachidiens droits et gauches, se rencontrent sur la ligne moyenne et passent d'un côté à l'autre; en supposant une névralgie *bilatérale* de ces filets, c'est au niveau de leur point d'intersection, c'est-à-dire au sommet de l'apophyse épineuse, que la douleur devra se manifester de préférence; à quoi l'on peut ajouter que les parties hyperesthésiées se trouvent là dans les conditions voulues pour être comprimées par le doigt sur une surface osseuse résistante. Mais si cette supposition était fondée, il s'ensuivrait que dans toute névralgie intercostale *double*, occupant les nerfs droit et gauche à la même hauteur, ce qui au surplus est extrêmement rare, on devrait constater la même douleur circonscrite au sommet de l'apophyse; et l'observation ne justifie pas cette prévision. — Enfin on a dit que l'hyperesthésie est plus marquée sur la ligne médiane, parce que dans ce point les nerfs sont en rapport (de sympathie?) plus direct avec les enveloppes de la moelle. C'est là l'énoncé du phénomène sous une forme différente : la raison anatomophysiologique de ce rapport, voilà justement ce qu'il s'agirait de trouver.

Concluons de tout ce qui précède que le siège spécial de cette hyperesthésie est un fait dont l'explication nous échappe.

b. Quant aux *douleurs irradiées* dans les membres, dans les parois du ventre ou de la poitrine, ou à la tête, elles ne paraissent être, comme la douleur rachialgique, que des manifestations périphériques de l'état morbide de la moelle; aussi sont-elles en général moins bien limitées, moins exactement dessinées et plus mobiles que les névralgies proprement dites. En acceptant la comparaison qui a été faite par quelques auteurs entre l'irritation spinale et la migraine, on trouverait de part et d'autre : une douleur *directe*, c'est-à-dire voisine du centre nerveux affecté (rachialgie dans un cas, céphalalgie sus-orbitaire dans l'autre); un grand nombre de *retentissemens douloureux* accusés plus ou moins loin du foyer réel de la souffrance (symptômes de prosopalgie, symptômes de névralgie intercostale, etc.). Malgré leur siège souvent fort éloigné, les douleurs irradiées de l'irritation spinale sont ordinairement réveillées par la pression exercée sur les points douloureux rachidiens, ce qui indique bien qu'elles ont avec ceux-ci un centre commun.

Pour les névralgies viscérales et les perturbations fonctionnelles diverses, palpitations, étouffemens, frissons, etc., on remarque aussi que la pression sur les apophyses épineuses les exaspère souvent; elles pa-

raissent donc devoir être interprétées de la même manière, et la dépendance où le système *ganglionnaire* se trouve à l'égard de la moelle permet d'y voir autant de nouvelles manifestations indirectes d'un état morbide localisé dans le centre rachidien.

c. Mais ces sortes de retentissemens sympathiques ne se bornent pas toujours à quelques légers troubles fonctionnels : on voit parfois, dans le cours de ce même état morbide, les viscères devenir le siège de congestions ou de sécrétions anormales. Au premier abord, on est tenté de n'y voir que des complications fortuites, et l'on hésite à admettre une connexion quelconque entre ces modifications organiques et la douleur dorsale ou les autres symptômes douloureux. Pour produire et pour défaire des lésions aussi considérables, il semble qu'il faille l'intervention d'une cause autrement puissante qu'un état pathologique dont l'unique signe d'existence est quelquefois un peu de douleur spinale. Cependant, quand on voit les congestions, les sécrétions anormales, accompagner les symptômes propres de l'irritation spinale et leur rester en quelque sorte parallèles; se produire et céder en même temps sous des influences semblables; imiter leur mode d'invasion, de terminaison, de récurrence; présenter quelquefois, comme eux, une intermittence des plus tranchées, peut-on ne pas être frappé de ces particularités et se refuser à reconnaître une commune origine à tous ces accidens si variés? Les congestions dans les viscères sont difficiles à étudier et à suivre; mais il est un organe où il est très aisé d'en observer toutes les phases : c'est la conjonctive. Eh bien, il n'est pas rare de voir, chez les individus atteints d'irritation spinale, une hyperémie oculaire s'établir très rapidement, persister plus ou moins longtemps, sans douleur, sans signes d'inflammation proprement dite, malgré la rougeur intense à laquelle elle donne lieu; résister à tous les antiphlogistiques imaginables, puis disparaître aussi rapidement qu'elle était venue, ne laissant dans la membrane qu'elle a occupée aucune trace de son passage. Cette mobilité, cette rapidité de la fluxion, la facilité singulière avec laquelle elle disparaît sans résidu, se retrouvent également dans d'autres organes qui se déroberont à un examen direct, mais dont l'exploration physique ou physiologique peut être faite avec une certaine rigueur; et c'est par des hyperémies passagères de la même espèce que les auteurs se rendent compte d'un certain nombre de perturbations fonctionnelles observées dans le cours de l'irritation spinale. Si l'exactitude de ces faits était démontrée, on en trouverait aisément l'explication. En effet, grâce aux admirables expériences de M. Claude Bernard, l'action du système nerveux sur la circulation capillaire est aujourd'hui trop bien prouvée pour qu'il soit besoin d'y insister, et l'on ne saurait nier la possibilité de congestions produites par l'influence indirecte, mais néanmoins non douteuse, que la moelle exerce sur le système sanguin par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs du grand sympathique.

d. L'intensité, la continuité de la perturbation nerveuse, à la faveur de cette même influence de la moelle sur les actes de la vie nutritive, peuvent rendre compte du sentiment général de faiblesse et de l'amaigrissement qui s'observent presque toujours dans les cas où la maladie présente une certaine gravité et persiste pendant longtemps.

III. Le groupe de symptômes décrit sous le nom d'irritation spinale doit-il être considéré comme une espèce morbide particulière? Telle est la question que nous avons maintenant à examiner. Et d'abord, ce groupe est-il assez homogène dans sa constitution propre, les phénomènes qui le forment ont-ils entre eux des rapports de dépendance ou de subordination suffisamment évidens, pour que leur coïncidence ne puisse pas être mise sur le compte de quelque simultanéité fortuite? A cet égard, point de doute possible : non-seulement la clinique nous montre des relations fréquentes entre ces élémens en apparence dissemblables, mais encore (en laissant de côté quelques points accessoires), la physiologie nous permet d'expliquer leur enchaînement d'une manière assez satisfaisante. D'autre part, il s'agit de décider si cet ensemble complexe de phénomènes est, sur ses limites, suffisamment distinct de quelques groupes symptomatiques voisins. Les avis les plus opposés sont ici en présence : les uns admettant que l'irritation spinale est en quelque sorte le type des maladies nerveuses, les autres niant qu'une semblable maladie existe, et la qualifiant de *fantôme* (Romberg). Ces opinions contradictoires cessent de surprendre quand on en recherche attentivement les origines. Certains auteurs, vivement frappés de l'importance des fonctions dévolues à la moelle épinière, ont confondu, dans leur exposition, l'étude de l'influence pathogénique de ce centre nerveux avec l'histoire de l'état morbide particulier dont ils avaient à déterminer les caractères propres; ils ont été amenés de la sorte à étendre outre mesure les limites de l'irritation spinale, en imputant à une souffrance réelle ou supposée de la moelle tous les symptômes dans lesquels on doit ou peut admettre un trouble dans les fonctions du centre rachidien. D'autres pathologistes, réagissant contre cet empiétement de la physiologie sur le domaine de l'observation clinique, ont pris l'un après l'autre, chacun des élémens constituans de l'irritation spinale; ils ont reconnu ou cru reconnaître ici une névralgie intercostale, ailleurs une névralgie générale ou l'hystérie, et ils en sont venus peu à peu à rejeter la synthèse qu'on prétendait faire de ces névropathies connues et acceptées en une autre qui les résumât toutes. Ici l'exagération n'est pas moins évidente que dans le parti opposé; car si l'on cherche, sans parti pris, à refaire ce travail de vérification et à essayer cette *réduction* de l'espèce contestée dans les espèces généralement admises, on ne tarde pas à remarquer la rigueur avec laquelle il a été procédé à l'égard des phénomènes dissidens, et l'excès de complaisance avec laquelle on a accueilli toutes les analogies. Nous avons déjà fait voir que la rachialgie

n'est pas le point postérieur de la névralgie intercostale. De même, la névralgie générale paraît incommensurable avec la névralgie générale, telle que nous l'avons décrite d'après Valleix, à moins que cette description ne présente de grandes lacunes et que les réserves que nous avons faites au sujet d'une souffrance des centres nerveux dans cette maladie (1801 *b.*) ne soient fondées. L'irritation spinale est plus que telle ou telle névralgie; elle est moins ou est autre que telle névrose générale avec laquelle on a tenté de l'identifier. C'est ce qui ressortira plus clairement du parallèle que nous ferons plus loin entre l'irritation spinale et l'hystérie, l'état nerveux, etc. Maintenant, que cette même affection puisse être observée, à titre d'élément constituant ou de complication dans plusieurs névroses générales, quel argument prétendrait-on en tirer contre son individualité? Comment s'ensuivrait-il qu'il fallût dédaigner l'étude d'une manifestation pathologique féconde elle-même en désordres secondaires? Parce qu'on aura reconnu que la névralgie intercostale, par exemple, ou la migraine, est fréquente dans la névropathie chlorotique, faudra-t-il donc négliger de faire la description de ces névralgies, pour les englober confusément dans cette même névropathie? Une pareille méthode ne tendrait à rien moins qu'à bannir l'analyse d'une partie de la pathologie qui l'exige plus impérieusement que toute autre. Aussi, loin de s'ingénier à prouver qu'il y a, dans l'irritation spinale, de la névralgie intercostale, et qu'il y a de l'irritation spinale chez les hystériques; sans s'efforcer d'autre part d'accommoder les symptômes observés aux résultats des vivisections, on ferait une œuvre utile et véritablement médicale, en dégagant, par des observations multipliées, ce qui appartient strictement en propre à l'irritation spinale, de tout ce que les états morbides concomitans, antérieurs ou secondaires, y mêlent d'éléments étrangers. Sans doute, les matériaux recueillis jusqu'à présent sont incomplets à plusieurs égards; mais tels qu'ils sont, il est incontestable qu'ils suffisent largement pour faire admettre l'existence de l'espèce pathologique dont nous avons présenté la description.

1911. *Diagnostic.* — Le diagnostic n'offre aucune difficulté quand la maladie est dégagée de toute complication; mais il n'en est plus de même si l'irritation spinale, ainsi qu'il arrive assez souvent, n'est que l'un des élémens d'un état morbide complexe, ou encore quand elle ne se manifeste que par un très petit nombre de symptômes. Parmi ces signes, le premier et le plus important, avons-nous dit, est la rachialgie, avec ses caractères particuliers. Ce n'est point un signe pathognomonique assurément, mais en son absence les autres phénomènes morbides sont si vagues et peuvent être rapportés à un si grand nombre d'affections diverses, qu'on ne saurait y trouver les élémens d'un diagnostic suffisamment motivé. — La rachialgie se rencontre, comme chacun le sait, dans une foule de maladies de la moelle bien différentes de l'irritation spinale. On l'observe aussi dans un grand nombre de circonstances qui ne per-

mettent même pas de croire à un état de maladie confirmée, par exemple à la suite d'efforts un peu prolongés ou d'une longue contention d'esprit; elle accompagne l'imminence de plusieurs maladies, et fait partie de leurs prodromes. Il faut donc, pour qu'elle ait une valeur séméiotique réelle, que la douleur spinale soit persistante et dure au moins quelques jours, et qu'elle soit escortée de quelques-uns des autres signes de la maladie, tels que les sensations irradiées sous l'influence de la pression, la faiblesse, l'amaigrissement, les étouffemens, les palpitations, etc. Il faut enfin qu'un examen attentif de tous les organes ait démontré l'absence d'une lésion locale capable de rendre plus directement compte de ces mêmes troubles fonctionnels.

Les maladies avec lesquelles l'irritation spinale peut être le plus facilement confondue sont l'hystérie, les névralgies (cervicale, dorso-intercostale et lombaire), la congestion rachidienne intense, les hémorrhagies de la moelle, la myélite et la méningite rachidienne.

a. Exposer le diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'irritation spinale, est le meilleur moyen de prouver que cette hyperesthésie peut être admise comme affection particulière. Or, si l'on compare entre eux les deux groupes de symptômes dont il s'agit, on trouve, il est vrai, de part et d'autre un certain nombre de caractères communs : douleur rachidienne, retentissemens douloureux multipliés, vagues et mobiles; épigastrie fréquente, troubles fonctionnels infiniment variés. Mais on découvre aussi plusieurs signes différentiels en observant l'une et l'autre maladie à l'état de simplicité, et en faisant abstraction des faits intermédiaires qui établissent, en quelque sorte, des transitions de l'une à l'autre. Ainsi la douleur rachidienne de l'hystérie occupe habituellement la gouttière vertébrale gauche; celle de l'irritation spinale siège au sommet des apophyses épineuses. Dans l'hystérie, les fonctions nutritives sont à peine troublées; l'irritation spinale entraîne un amaigrissement assez prompt. L'hystérie est le partage à peu près exclusif du sexe féminin; l'irritation spinale est loin d'être rare chez l'homme, etc.

b. Le diagnostic différentiel des névralgies a déjà été indiqué plus haut: absence de point spinal prédominant; trajet de la douleur et points hyperesthésiques mieux dessinés; irradiations moins nombreuses; troubles de l'état général moins accusés relativement à l'intensité des douleurs locales, telles sont les particularités qui caractérisent les névralgies.

c. Il ne saurait être question de différencier les congestions myéliques faiblement intenses de l'irritation spinale, puisqu'un certain degré d'hyperémie existe très vraisemblablement dans cette dernière affection. Il n'en est plus de même des congestions violentes : le développement rapide des accidens, la paralysie qui envahit promptement les membres inférieurs, les caractérisent suffisamment, bien qu'elles s'accompagnent de douleurs dorsales et de quelques troubles fonctionnels analogues à ceux de l'irritation spinale.

d. La myélite aiguë fébrile ne saurait être comparée à la maladie qui nous occupe, mais bien la myélite subaiguë ou chronique, circonscrite et sans réaction fébrile. Pour celle-là, on donne comme signes distinctifs : 1° l'étendue moindre de la douleur rachidienne, ordinairement limitée à un petit nombre de vertèbres voisines les unes des autres ; 2° la fixité opiniâtre de cette douleur, qui, dans l'irritation spinale, au contraire, saute souvent d'une vertèbre à l'autre ; 3° la prédominance des phénomènes paralytiques, qui atteignent presque toujours les membres inférieurs, affectent une marche progressive et deviennent promptement très marqués ; tandis que, dans l'irritation spinale, la faiblesse se fait sentir tout aussi bien et même de préférence dans les membres supérieurs et demeure longtemps stationnaire, ou se montre avec des alternatives fréquentes et inexplicables d'augmentation et de décroissement ; 4° l'importance relativement beaucoup moindre, des phénomènes de névropathie générale dans la myélite. — Dans la méningite rachidienne, lorsque l'intensité et la continuité du mouvement fébrile ne fournissent pas déjà des signes distinctifs certains, les contractures ne manquent pas de les fournir.

e. Les mêmes caractères serviraient au diagnostic de l'hémato-myélite. Cette hémorrhagie ayant, dans ses symptômes directs, une très grande analogie avec l'inflammation de la moelle, se distinguerait de l'irritation spinale justement par les caractères qui la rapprochent de la myélite.

f. Ce n'est pas seulement avec les maladies de la moelle et les affections nerveuses que l'irritation spinale peut offrir, dans son aspect symptomatique, quelque ressemblance. Les troubles fonctionnels qui l'accompagnent et qu'on observe dans les appareils de la circulation, dans les voies aériennes et digestives, peuvent être, avons-nous dit, et sont en effet souvent assez prononcés pour faire croire à quelque lésion viscérale ; aussi est-ce seulement d'après les résultats d'une exploration attentive des organes qu'on pourra affirmer la nature nerveuse de ces perturbations fonctionnelles, et y reconnaître les manifestations éloignées de l'affection rachidienne. La nécessité d'un pareil examen paraîtra surtout évidente si l'on se souvient que l'irritation spinale bien caractérisée n'exclut en aucune façon l'existence de lésions organiques qui jouent à son égard le rôle de cause ou de complications.

1912. *Pronostic.* — L'irritation spinale est une des maladies dont il est le plus difficile de prévoir, avec quelques chances d'exactitude, l'issue probable et la durée, attendu l'extrême irrégularité de ses allures. On a vu qu'elle ne se terminait jamais par la mort ; ce que l'on a à craindre c'est, au début du mal, de le voir passer à l'état chronique, ou de le voir récidiver après une cessation temporaire. La maladie est-elle récente et sa forme légère, elle se dissipe en général promptement ; mais quand elle n'a pas cédé dans les premières semaines ou les premiers mois, on se trouve en présence de l'une des affections les plus opi-

niâtes. Au dire de Hinterberger, après une année de durée, elle peut être considérée comme incurable. C'est la déplorable fréquence des récidives qui doit surtout rendre circonspect dans le pronostic : si complète que semble la guérison, il faut se tenir en garde contre le retour possible des accidens, retour si fréquent, que le plus souvent le malade, perdant confiance en son médecin, finit par se livrer aux charlatans et aux guérisseurs. Ceux-ci trouvent alors dans l'insuccès du traitement antérieurement suivi le thème d'une critique fort goûtée des gens du monde, et dans la cessation toute spontanée, mais éphémère, du mal, une source de succès merveilleux.

1913. *Traitement.* — Au premier rang des moyens de traitement qui peuvent être opposés à l'irritation spinale dans sa première période et dans sa forme aiguë, se placent les émissions sanguines locales, appliquées sur le point douloureux du rachis. Hâtons-nous d'ajouter au sujet des émissions sanguines, que leur emploi ne paraît pas devoir être exclusivement réservé aux premiers temps de la maladie, et que, même après une longue durée, elles agissent encore avec une promptitude et une efficacité qui tiennent, pour ainsi dire, du prodige, si l'on s'en rapporte aux observations d'Ollivier (d'Angers) et de plusieurs autres praticiens. Dans les cas chroniques toutefois, on est ordinairement obligé d'y revenir à plusieurs reprises. — Les sinapismes, les vésicatoires appliqués sur la région rachidienne, les ventouses sèches, les frictions alcooliques excitantes, peuvent suffire dans les cas légers et récents, ou suppléer aux émissions sanguines lorsque celles-ci se trouvent être contre-indiquées. Si les douleurs sont très violentes, on a recours avec avantage aux onctions fortement narcotiques, ainsi qu'aux narcotiques donnés à l'intérieur ; on y associe, en Angleterre surtout, les préparations mercurielles.

Dès que la période d'acuité est passée, ou même dès le début, quand la maladie affecte d'emblée une forme subaiguë ou chronique, la médication presque unanimement reconnue comme utile est la médication quinique, sous quelque forme que ce soit. La quinine n'est pas donnée, en général, à grandes doses, mais avec persistance. Si la maladie revêt un caractère intermittent, ce qui n'est point rare, on y trouve une nouvelle indication du quinquina, qui doit alors être donné à doses plus larges dès le commencement, afin d'obtenir avec plus de promptitude et de facilité la suppression des accès.

À côté du quinquina se rangent, avec un degré non moins grand d'efficacité et pouvant être employés concurremment avec lui, les bains, les douches, les irrigations d'eau froide, employés suivant les principes de l'hydrothérapie rationnelle. On trouve en outre souvent l'indication d'associer à ces différens moyens les ferrugineux et les toniques. Nous passons sous silence plusieurs autres parties de ce traitement qui sont communes à toutes les névroses.

Enfin, parmi les préceptes de l'hygiène, qui n'offre non plus ici rien de spécial, on insiste sur l'usage des vêtements de flanelle. (Voy. pour plus de détails le traitement de l'État nerveux.)

ARTICLE XXVIII.

DE L'ANGINE DE POITRINE.

1914. *Bibliographie.* — ROUGNON. *Lettre à M. Lorry touchant les causes de la mort de M. Charles, ancien capitaine de cavalerie.* Besançon, 1768, in-8.
- W. HEBERDEN. *Some account of a disorder of the breast (Med. Transactions by the College of physicians of London, 1768, t. II, p. 59).* — *A letter to Dr Heberden concerning the angina pectoris, and Dr Heberden account of the dissection of one.* 1775, *Ibid.*, t. III, p. 1.
- J. WALL. *On the angina pectoris*, in *Medical Tracts*, publiés par Martin Wall. Oxford, 1770, in-8. — *A Letter to Dr Heberden.* (Déjà cité, *Med. Transact.*, t. III.)
- J. FOTHERGILL. *Case of an angina pectoris (Med. Observations and Inquiries, 1767, t. IV, p. 233)*, et dans les *Œuvres de Fothergill.* Londres, 1783, in-8, 2 vol.
- TH. PERCIVAL. *Case of angina pectoris (Med. Commentaries.* Londres, 1775, t. III, p. 180).
- ELSNER. *Abhandlung über die Brustbräune.* Koenigsb. 1778.
- D. MACBRIDE. *A case of angina pectoris which terminated fatally (Med. Commentaries, t. V, p. 92).* — *History of angina pectoris successfully treated (Med. Observ. and Inquiries, 1778, t. VI, p. 9).*
- GRUNER. *Spicilegium and angina pectoris.* Iena, 1782.
- R. HAMILTON. *Case of angina pectoris (Med. Commentaries, 1780, t. IX, p. 307).*
- TODE. *Diss. de inflammationibus pectoris chronicis, angina pectoris, etc.* Copenhague, 1788.
- J. JOHNSTONE. *Case of angina pectoris from an unexpected disease of the heart (Mem. of med. Society of London, t. I, p. 376.* — Le même volume contient une observation de HOOPER).
- J.-B. SCHAEFFER. *Diss. de angina pectoris.* Gœttingue, 1787, in-8.
- WAGHAS, *presid.* HARTMANN. *Diss. de angina pectoris.* Francfort-sur-l'Oder, 1791.
- SCHMIDT. *Diss. de angina pectoris.* Gœttingue, 1793.
- S. CRAWFORD. *Diss. de angina pectoris.* Edimbourg, 1795.
- J. HAYGARTH. *A case of angina pectoris (Med. Transactions, t. III, p. 37).*

- E. ALEXANDER. *History of a case of angina pectoris cured by the solutio arsenici (Med. Comment., 1790, t. XV, p. 373).*
- W. LEE PERKINS. *A case of angina pectoris cured by white vitriol (Mem. of med. Society of London, 1792, t. III, p. 580).*
- S. BLACK. *Cases of angina pectoris (Mem. of med. Society, t. IV, p. 261, et Ibid., t. VI, p. 41).*
- EVERARD HOME. *A short account of the late John Hunter's life.* Londres, 1794, in-8. — Extrait dans la *Bibliothèque britannique, sciences et arts*, t. II, p. 299.
- W. BUTTER. *A Treatise on the disease commonly called angina pectoris.* Londres, 1796, in-8.
- C.-H. PARRY. *An inquiry into the symptoms and causes of the syncope anginosa, etc.* Londres, 1799, in-8.
- G.-N. HILL. *Case of angina pectoris (Med. and physical Journal, 1800, t. IV, p. 30).*
- HESSE. *Specimen de angina pectoris.* Halle, 1800.
- WICHMANN. *Ideen zur Diagnostik*, 2^e édit. Hanovre, 1801, t. II, p. 143.
- SLUIS. *Dissert. de sternodynia synoptica et palpitante.* Groningue, 1802.
- G. HUME. *Observations on angina pectoris, etc.* Dublin, 1804, in-8.
- DREISSIG. *Handwörterb. d. medicin. Klinik*, 1806, t. I, p. 229.
- JAHN. *Ueber die Syncope anginosa Parry's, etc. (Hufeland's Journal, 1806, t. XXIII).*
- BAUMES. *Recherches sur cette maladie à laquelle on a donné les noms d'angina pectoris et de syncope angineuse, etc. (Annales de la Soc. de méd. pratique de Montpellier, 1808, t. XII).*
- L.-L.-B. LENTIN. *Beyträge zur ausübenden Arzneywissenschaft. Supplementband.* Leipzig, 1808, in-8, p. 30.
- V.-L. BRERA. *Della sternocardia saggio patologico-clinico.* Modène, 1810, in-4.
- E.-H. DESPORTES. *Traité de l'angine de poitrine, etc.* Paris, 1811, in-8.
- J. BLACKALL. *Observations on the nature and cure of dropsies, to which is added an appendix containing several cases of angina pectoris.* Londres, 1813, in-8.
- J. LATHAM. *Observations on certain symptoms denoting angina pectoris (Med. Transactions.* Londres, 1813, t. IV, p. 278).
- ZECCHINELLI. *Sulla angina del petto e sulle morti repentine.* Padoue, 1814, t. I.
- JURINE. *Mémoire sur l'angine de poitrine, qui a emporté le prix, etc.* Paris, 1815, in-8.
- J. AVERARDI. *De angine pectoris ejusque præcipua specie sternocardia.* Pavie, 1816.