

masculin y prédispose singulièrement : ainsi John Forbes, dans un relevé de 88 malades, compte 80 hommes et 8 femmes ; sur 67 cas rassemblés par M. Lartigue, il y avait 60 hommes et 7 femmes. Suivant ce dernier auteur la raison de cette différence se trouverait dans l'influence que la goutte exerce sur le développement de l'angine de poitrine : on sait que cette diathèse est incomparablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Mais bien souvent, il est impossible de trouver dans les antécédens des malades le moindre appui à l'idée de l'origine goutteuse de l'angine pectorale. — La maladie est beaucoup plus commune dans la classe aisée que parmi les gens qui sont constamment obligés de se livrer à des travaux pénibles. — Les climats paraissent jouer un certain rôle dans son développement ; elle est moins rare dans les pays froids et humides que dans les autres ; en Angleterre et en Allemagne, par exemple, qu'en France, en Italie et en Espagne. — Quant aux causes organiques, nous allons les indiquer dans le paragraphe suivant.

1919. *Anatomie pathologique.* — Dans bien des cas l'autopsie ne révèle aucune lésion appréciable. Ce fait reconnu, ajoutons que d'autres fois on trouve diverses altérations soit du cœur, soit des gros vaisseaux, notamment des modifications de texture dans les parois cardiaques (hypertrophie liée ou non à un état pathologique des orifices et des valvules, amincissement, état graisseux) et l'ossification plus ou moins complète des artères coronaires. Cette ossification dont on a certainement exagéré la fréquence, n'a peut-être pas non plus toute la valeur qui lui a été attribuée par quelques auteurs, et l'on peut se demander, avec Stokes, si son rôle ne se réduit pas à déterminer consécutivement un changement dans la nutrition des parois charnues du cœur. — Plusieurs observateurs ont constaté des altérations de l'aorte, depuis la simple rougeur, phénomène dont le caractère morbide peut souvent être mis en doute, jusqu'aux incrustations calcaires, aux dilatations anévrysmales, etc. — Nous passons sous silence un certain nombre d'autres particularités anatomiques qui se sont offertes à l'autopsie de sujets morts d'angine de poitrine, telles que l'ossification des cartilages costaux, qui n'a rien d'insolite à l'âge où cette maladie s'observe le plus communément, la fluidité du sang, due probablement au genre de mort, etc., etc.

1920. *Nosologie. Physiologie pathologique.* — a. Parmi les théories très nombreuses auxquelles l'angine de poitrine a donné naissance, quelques-unes ne sont à proprement dire autre chose que la généralisation, souvent mal fondée, de quelque point d'étiologie ou d'anatomie pathologique ; les auteurs qui ont émis ces idées semblent s'être médiocrement préoccupés d'arriver à la détermination nosologique de l'affection qu'ils avaient observée. C'est ainsi que Rougnon et plusieurs autres, se fondant sur quelques autopsies, avancent que l'ossification des cartilages costaux est la principale cause des accidens ; pour Heberden

ceux-ci se réduisent à une forte crampe provenant d'un ulcère du poumon ; Fothergill les attribue à l'accumulation d'une grande quantité de graisse dans le médiastin, autour du péricarde et dans l'épiploon ; pour Brera l'angine de poitrine est une paralysie momentanée du cœur, due à la compression de cet organe par les viscères abdominaux et surtout par le foie hypertrophié. Les médecins allemands y voient une affection de nature rhumatismale ou goutteuse, et Butter n'hésite pas à lui donner le nom de *goutte diaphragmatique*. Viennent Jenner et Parry qui considèrent les altérations cardiaques, et surtout l'ossification des artères coronaires, comme la source des accidens sternalgiques. Cette manière de voir jouit d'abord d'une grande faveur, mais bientôt elle est attaquée par M. Desportes et par Jurine. Ces auteurs font remarquer que l'ossification plus ou moins complète du système artériel, et en particulier des artères cardiaques, est une lésion commune à l'âge où se développe habituellement l'angine de poitrine ; suivant eux il n'y a pas lieu d'établir une liaison étiologique entre cette maladie et des altérations qui existent chez un grand nombre d'individus sans déterminer le moindre trouble fonctionnel. D'ailleurs, ajoutent-ils, comment l'altération mécanique de nerfs cardiaques par les artères ossifiées pourrait-elle anéantir brusquement l'action du cœur ? Ne sait-on pas que le cœur continue à battre après la destruction de tous les rameaux nerveux qui s'y rendent ? Si tel était le mécanisme suivant lequel se développe la sternalgie, les malades, fait observer Wichmann, devraient nécessairement mourir dans un premier paroxysme ; or cela n'arrive que très rarement. Nous examinerons tout à l'heure la valeur de quelques-uns de ces argumens.

b. Aux idées que nous venons d'indiquer a succédé la théorie qui est encore adoptée aujourd'hui et qui consiste à envisager l'angine de poitrine comme une névrose ; mais on a beaucoup varié sur la détermination du siège de cette névrose, de son espèce et du mode suivant lequel s'enchaînent ses différens symptômes. Sans nous arrêter aux idées erronées d'Heberden et de Darwin, arrivons à Baumes qui a le mérite d'avoir classé la maladie parmi les névralgies. Son opinion fut bientôt après reprise par M. Desportes, qui mit surtout en relief l'analogie entre les douleurs névralgiques et les douleurs qui caractérisent l'angine de poitrine : dans les deux cas, elles suivent le trajet de certaines branches nerveuses, qui sont dans la sternalgie les pneumogastriques et les nerfs cardiaques ; les lésions du cœur et des vaisseaux ne se développeraieut que consécutivement. Jurine énonce sur la nature de la maladie une opinion assez analogue au fond, bien que pour lui il n'y ait pas névralgie, mais affection particulière des nerfs pulmonaires, affection qui, combinée avec un état de faiblesse des poumons, déterminerait une oxygénation incomplète du sang, diminuerait les propriétés stimulantes de ce fluide, et finirait enfin par les éteindre, d'où une mort subite. Remarquons tout de suite, avec M. Lartigue, que ce

défaut d'oxygénation du sang n'existe pas : s'il y avait asphyxie progressive, les malades devraient succomber d'une manière lente à la fin d'un accès; et l'on sait que la mort arrive au contraire d'une manière instantanée, et souvent dans l'intervalle de deux paroxysmes. — Laennec, lui aussi, range l'angine de poitrine parmi les névralgies, et il adopte l'opinion de M. Desportes sur le siège du mal. « Je crois, dit-il, que ce siège peut varier; ainsi lorsqu'il y a à la fois douleur dans le cœur et dans les poumons, on doit penser que le nerf pneumogastrique est le siège principal de la maladie; quand, au contraire, il y a simplement sentiment de pression dans le cœur, sans douleur dans le poumon et sans gêne extrême de la respiration, on pourrait plutôt croire que le siège de la maladie est dans les filets que le cœur reçoit du grand sympathique. D'autres nerfs d'ailleurs sont affectés en même temps, soit sympathiquement, soit à raison de leurs anastomoses avec ceux qui sont le siège principal de la maladie. Les nerfs nés du plexus brachial, et surtout le nerf cubital, le sont presque toujours, souvent aussi les thoraciques antérieurs nés du plexus cervical superficiel, quelquefois même ceux qui naissent du plexus lombaire et sacré, puisque la cuisse et la jambe participent dans quelques cas à l'engourdissement douloureux. » — M. Piorry (*Bulletin clinique*, n° 9), après avoir rapporté un certain nombre de faits qu'il considère comme appartenant à l'angine de poitrine, assimile cette maladie aux névralgies *brachio-thoraciques*; mais les observations citées par M. Piorry ne présentent avec celles d'angine classique qu'une analogie assez douteuse. — M. Gintrac, tout en appréciant l'importance de l'élément nerveux dans cette maladie, et sans contester qu'il ne puisse y avoir des angines de poitrine idiopathiques ou primitives, réclame cependant l'attention des pathologistes en faveur des lésions de la crosse de l'aorte. « Il est probable, dit-il, que les nerfs du plexus cardiaque sont affectés, qu'ils sont les agents de cette douleur si violente que les malades expriment, agents, il est vrai, secondaires, lorsqu'il existe des lésions organiques aussi évidentes que celles dont j'ai fait mention. »

Mais dans les écrits plus récents, c'est encore l'élément névralgique qui est placé au premier rang. Ainsi M. Bouchut qui, sous le titre: *Mémoire sur la marche et la nature de l'angine de poitrine*, etc., a publié un excellent travail dans la *Revue médicale* de 1844 (t. IV, p. 329), après une discussion approfondie, conclut en reconnaissant dans la sternalgie une névrose douloureuse des plexus cardiaques et des pneumogastriques, et en niant l'importance des lésions du cœur et des vaisseaux. De même M. Lartigue voit dans l'angine pectorale une névralgie succédant dans quelques circonstances à d'autres affections névralgiques, soit par simple déplacement, soit par une sorte de marche progressive. « Son siège est dans les nerfs cardiaques. Le plus souvent elle s'étend par extension au pneumogastrique; dans quelques cas pat-

faitement déterminés, ce nerf est le siège exclusif de la maladie. » C'est surtout la nature de la douleur qui, suivant M. Lartigue, doit la faire localiser dans les nerfs cardiaques; car, « il existe une différence caractéristique entre les douleurs des névralgies suivant qu'elles sont internes ou externes. Dans le premier cas, le malade ne manifeste pas ses sensations par des cris, il se concentre en lui-même; il semble que le mal s'attaque aux sources mêmes de la vie, et le sentiment qu'il fait naître est celui d'un anéantissement complet; la douleur est profonde, elle a quelque chose de *moral*, s'il est permis de s'exprimer ainsi; rien de semblable n'a lieu dans les névralgies externes. » « Il semble, dit également Forbes, qu'il y ait quelque chose de spécial dans cette douleur de l'angine de poitrine, quelque chose de *mental*, ce qui la distingue de celles qui ont leur siège dans les autres parties du corps. »

c. Quand on examine ces avis, si opposés en apparence, relativement à l'importance accordée soit aux troubles nerveux, soit aux altérations anatomiques, il est aisé de voir, en invoquant les considérations que nous avons développées ailleurs (1777, b), que ces opinions sont cependant loin d'être inconciliables. D'une part, la violence des douleurs, leur irradiation suivant le trajet connu des branches nerveuses, la marche paroxystique du mal, son alternance avec l'hyperesthésie d'autres nerfs, et jusqu'à un certain point aussi les causes générales qui paraissent présider à son développement, ainsi que les circonstances qui en provoquent le retour, ne permettent pas de méconnaître dans l'angine de poitrine les caractères d'une névrose douloureuse ou névralgie. Mais, d'autre part, on ne saurait non plus, sans encourir le reproche de négation systématique, faire abstraction des désordres matériels du cœur et des vaisseaux que d'excellents observateurs ont constatés chez plusieurs individus morts de cette affection. Concluons-en que l'angine de poitrine est une névralgie, idiopathique dans certains cas, symptomatique dans d'autres; gardons-nous bien de récuser l'existence d'une névralgie sous prétexte qu'on a trouvé des altérations de texture, ou de méconnaître la valeur de ces dernières en alléguant que la névralgie peut se produire en leur absence. En effet, pour concevoir une hyperesthésie essentielle, la difficulté, dans ce cas particulier, n'est ni moindre ni plus grande que dans tant d'autres, bien que, à vrai dire, les conditions d'âge et de tempérament dans lesquelles l'angine de poitrine a coutume de se montrer diffèrent notablement de celles où les névralgies idiopathiques se développent le plus volontiers. Mais, en somme, savons-nous mieux comment le nerf trijumeau ou les nerfs intercostaux s'endolorissent *idiopathiquement* chez une foule de personnes? Pourquoi donc, ayant renoncé à trouver dans un dérangement appréciable de la texture de ces nerfs la raison d'être de leur hyperesthésie, nous faudrait-il affirmer la présence de concrétions inaperçues des artères coronaires ou d'invisibles dégénérescences des parois du cœur dans les

faits où l'autopsie des sujets morts d'angine de poitrine ne donne que des résultats négatifs? Par contre, s'il existe des altérations évidentes et considérables du cœur ou des gros vaisseaux, nous n'irons pas imaginer, avec quelques auteurs, qu'elles sont la conséquence et le produit de la douleur sternalgique! Nous éviterons également de dire avec certains autres que, ces lésions pouvant exister sans l'angine et l'angine sans elles, aucune relation ne doit être admise entre ces deux termes de la maladie: l'altération anatomique et l'affection nerveuse. C'est comme si l'on voulait nier la névralgie faciale produite par une tumeur, ou l'hépatalgie due à des concrétions biliaires, ou l'épilepsie liée à une lésion intra-crânienne. Vainement alléguerait-on que ces concrétions crétaées des artères, ces transformations des parois cardiaques étant le plus souvent inoffensives, latentes, on ne peut leur attribuer les accidents formidables de l'angine de poitrine: ces faits négatifs ne paraissent contradictoires que parce que nous ignorons complètement les vraies conditions d'activité pathologique ou d'inertie du système nerveux. Vainement aussi voudrait-on arguer de la discontinuité des accidents pour mettre hors de cause une lésion permanente; rien ne serait plus contraire à ce qu'enseigne l'observation journalière que de considérer l'intermittence comme l'apanage exclusif des névroses essentielles.

d. Ceci posé, et la nature névralgique de l'angine de poitrine étant reconnue, aussi bien dans les faits où aucune lésion ne peut être constatée que dans ceux où l'on rencontre des altérations bien caractérisées, il reste à déterminer le siège anatomique de cette hyperesthésie et à expliquer le mode de succession et d'enchaînement de ses symptômes. A cet égard, on ne peut guère formuler que des hypothèses; mais encore est-il que la localisation de la douleur dans les plexus cardiaques réunit en sa faveur la plus grande somme de probabilités: siège profond de la souffrance, ce qui suffirait pour faire rejeter l'idée d'une névralgie des parois pectorales (au moins d'une névralgie primitive), à supposer que le caractère tout particulier de la sensation laissât du doute quant à sa nature *viscéralgique*; — angoisses inexprimables, tontefois sans véritable dyspnée, ce qui porte à penser que l'affection n'envahit pas tout d'abord le nerf pneumogastrique lui-même; — prédominance des altérations, quand on en constate, dans le cœur ou les gros vaisseaux; — mort par le cœur, dans une syncope.

Des plexus cardiaques, qui semblent être dans la plupart des cas le véritable foyer de cette névralgie, la douleur rayonne dans diverses directions: on la voit se propager suivant le trajet du nerf vague et des nerfs du plexus brachial. Comment s'opère cette extension? Il n'est pas aisé de s'en rendre compte, et l'on retrouve ici les difficultés que nous avons déjà signalées en parlant des névralgies multiples (voyez à ce sujet § 1793, 2, *b*). Disons cependant que c'est dans une action morbide des centres nerveux plutôt que dans une communication de proche en

proche par les filets périphériques des nerfs, qu'il semble rationnel de chercher l'explication de ces sympathies. Ainsi, pour suivre par la pensée la marche des phénomènes qui se succèdent, des nerfs cardiaques l'excitation pathologique sera transmise à la moelle; là elle s'étendra dans la profondeur du centre rachidien, d'une part vers les origines du pneumogastrique (nerfs mixtes), faisant naître par le mécanisme de la sensation périphérique (théorème I de Müller, voy. § 1793) les douleurs que le malade *accusera* sur le trajet de ce nerf, et donnant lieu à la syncope, car on sait aujourd'hui qu'en excitant le pneumogastrique on détermine l'arrêt des contractions cardiaques. D'autre part, l'excitation atteindra dans la moelle les filets radiculaires du plexus brachial et des nerfs intercostaux (1), de là l'engourdissement ressenti dans le membre supérieur et les douleurs des parois pectorales (névralgie brachiothoracique de M. Piorry). Cette diffusion de l'excitation dans la moelle est, au surplus, l'unique hypothèse qui nous permette d'expliquer d'autres phénomènes sympathiques plus éloignés que l'on observe quelquefois dans l'angine de poitrine, tels que la constriction des mâchoires, les douleurs des membres inférieurs, la dysurie, etc. Quant à la préférence des irradiations douloureuses pour le côté gauche du corps, sans chercher à en donner la raison, nous nous contenterons de rappeler que l'on retrouve la même prédilection dans une foule d'autres névroses, par exemple dans la névralgie intercostale ou lombo-abdominale, dans l'anesthésie hystérique, etc.

Il se peut aussi qu'au lieu d'avoir pour point de départ les plexus cardiaques, comme nous venons de le supposer, l'excitation morbide naisse dans un autre point du trajet des nerfs qui entrent dans la composition de ces plexus, sans qu'il en résulte de notables différences dans les symptômes de la maladie. Nous ignorons quel rôle peut jouer sous ce rapport le nerf grand sympathique; quant à la huitième paire, sa névralgie paraît n'être autre chose que l'angine de poitrine elle-même: les faits publiés par M. Bouchut et que M. Lartigue veut distraire de l'affection qui nous occupe, en leur donnant le nom de *pneumogastralgie*, ne paraissent pas suffisamment distincts des cas d'angine de poitrine pour qu'on doive les ranger dans une catégorie spéciale. Il ne répugne pas même d'admettre, au point de vue physiologique, que dans certains cas d'angine de poitrine le foyer de l'hyperesthésie puisse être dans les nerfs du membre supérieur ou dans les nerfs intercostaux, et que les plexus cardiaques soient alors l'aboutissant de l'excitation morbide de la moelle, au lieu d'en être l'origine; mais, il faut bien le reconnaître, ce qui manque, ce sont les preuves cliniques à l'appui de cette ingénieuse supposition. — Enfin on a pu encore imaginer que chez

(1) Voyez pour plus de développemens la thèse de M. Leoni (*Considérations sur la névralgie des nerfs intercostaux*, Paris, 1858).

d'autres malades la névrose en question est tout à fait étrangère à la périphérie nerveuse, qu'elle a pour siège primitif la moelle elle-même, et que tous les symptômes d'hyperesthésie profonde et superficielle, viscérale et pariétale, qui l'accompagnent, ne se développent que consécutivement à cette excitation spinale, à titre de sensation périphérique. C'est même de cette manière qu'on a tenté de théoriser les faits d'angine de poitrine avec absence de toute lésion appréciable du cœur ou des gros vaisseaux.

1921. *Diagnostic.* — *a.* Comme nous l'avons déjà dit, l'angine de poitrine est une maladie aprétorique, essentiellement caractérisée par des accès douloureux que séparent des intervalles de calme parfait. Le siège de la douleur au-dessous du sternum et un peu à gauche, son mode particulier, ses irradiations spéciales, le défaut de gêne réelle de la respiration et de la circulation malgré les angoisses les plus affreuses, constituent un ensemble de caractères assez tranchés pour qu'il soit en général facile de reconnaître la maladie. Cependant des lésions du cœur et du poumon accompagnées de douleur et d'un certain degré d'oppression ont été souvent confondues avec la sternalgie, ce qui n'a pas peu contribué à l'obscurité qui couvre l'histoire de cette dernière affection. Grâce aux progrès que l'auscultation a imprimés au diagnostic, de semblables méprises deviennent de plus en plus rares aujourd'hui. — La dyspnée excessive qui existe dans l'asthme au moment de l'accès, les bruits si caractéristiques qui se produisent dans les bronches, l'expectoration, l'aspect cyanosé du malade, ne laisseront aucun doute sur la véritable nature de l'accès. — De même les symptômes asphyxiques qui accompagnent les maladies chroniques du cœur et que les médecins anglais continuent d'appeler improprement l'asthme cardiaque, seront toujours aisément distingués de l'angine de poitrine. Reste, il est vrai, le cas où celle-ci s'ajoute à titre de complication ou d'épiphénomène à une lésion plus ou moins avancée des orifices et des parois du cœur; mais encore en pareille circonstance, on arrivera sans peine à formuler le diagnostic, en tenant impartialement compte du trouble de l'innervation attesté par les sensations du malade, et de la lésion matérielle que révèle l'exploration physique des organes circulatoires.

b. Si maintenant nous passons à un autre ordre d'affections, ayant pour attribut principal la douleur, nous voyons d'abord que l'absence de la douleur sous-sternale dans les cas de névralgies dorso-intercostales, brachio-thoraciques, cervicales, suffira à elle seule pour empêcher qu'on ne confonde ces hyperesthésies extérieures avec l'angine de poitrine.

Dans une affection encore mal connue qui a été désignée sous le nom de *névralgie diaphragmatique*, on constaterait, au dire des auteurs, les caractères particuliers suivans, pouvant servir à empêcher toute erreur : la dyspnée est habituelle; les mouvemens respiratoires des parois abdominales sont suspendus et ces parois sont rétractées; le malade éprouve

de la constriction à la base de la poitrine, mais il n'y a pas de douleur localisée au-dessous du sternum; enfin on peut, suivant M. Lartigue, provoquer les attaques de la névralgie diaphragmatique en repoussant les viscères abdominaux vers le diaphragme.

c. Quant à la détermination de l'espèce d'angine de poitrine à laquelle on aura affaire, avons-nous besoin de répéter qu'on pourra tout au plus considérer cette névrose comme essentielle quand on n'aura constaté aucun signe d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux; que si cette névrose se montre chez une personne ayant présenté des symptômes de goutte ou procédant de parens gouteux, on pourra croire que la diathèse arthritique n'est pas étrangère à son développement, etc. ?

1922. *Pronostic.* — L'angine de poitrine est une affection presque toujours très grave; elle forme sous ce rapport une triste exception à la bénignité générale des névroses, exception facile à concevoir lorsqu'on réfléchit à l'importance de l'organe frappé. Quelques auteurs la considèrent comme nécessairement mortelle; c'est là une exagération, sans doute, moindre cependant que celle des pathologistes par qui cette affection est décrite comme étant sans danger.

C'est surtout au point de vue du pronostic qu'il est nécessaire de bien déterminer la variété de la maladie à laquelle on a affaire. La sternalgie essentielle est celle qui présente les conditions les moins défavorables, surtout si le malade est jeune. L'angine symptomatique est toujours très redoutable, toutefois elle n'est pas non plus fatalement mortelle.

Suivant la remarque de M. Desportes, des accès rapprochés altèrent rapidement la constitution, tandis que des paroxysmes séparés par de longs intervalles de repos, laissent les malades dans un état général satisfaisant. Mais il semble que dans ces cas les attaques gagnent en gravité ce qu'elles perdent en fréquence, et lorsqu'il s'est écoulé plusieurs années entre deux accès consécutifs, presque toujours la récédive devient mortelle après le troisième ou le quatrième paroxysme.

Si dans le cours d'un paroxysme, la douleur qui ne s'était jamais étendue plus loin que le coude, vient à se propager jusqu'aux extrémités des doigts, elle annonce pour l'ordinaire une mort subite très prochaine, soit dans l'accès actuel, soit dans le suivant. S'il survient des vomissemens, le péril est imminent.

1923. *Traitement.* — La thérapeutique n'a quelques chances de succès, que si l'angine de poitrine est essentielle : les préparations opiacées et antispasmodiques peuvent alors lui être opposées avec avantage. Heberden conseillait à ses malades de prendre le soir de dix à vingt gouttes d'une teinture opiacée. La poudre de Dower a été prônée par Jurine qui l'administrait également le soir à la dose de trois ou quatre grains. Parmi les substances antispasmodiques, nous signalerons comme ayant été plus spécialement vantées : la valériane, l'asa fœtida, le camphre, l'extrait de ciguë, l'oxyde de zinc, le castoréum, le musc, l'éther et l'am-

moniaque. Le docteur Munck a obtenu deux guérisons à l'aide du soufre. L'arsenic paraît avoir également réussi dans quelques cas. Laennec était partisan de l'emploi du magnétisme : il faisait appliquer deux plaques d'acier fortement aimantées, d'une ligne d'épaisseur, de forme ovale, et légèrement courbées sur le plat, pour s'accommoder à la forme de la poitrine, l'une sur la région précordiale gauche, et l'autre dans le dos, de manière que les pôles fussent exactement opposés, et que le courant magnétique traversât la partie affectée; dans quelques cas il faisait appliquer un vésicatoire sous la plaque antérieure.—Aujourd'hui que l'électricité a été si heureusement appliquée à la thérapeutique des affections nerveuses, et que son emploi est susceptible d'être varié de tant de manières, on peut espérer en retirer dans l'angine de poitrine des avantages plus grands que ceux obtenus autrefois. M. Duchenne se loue surtout de la révulsion extrêmement intense qu'on produit à la peau au moyen des pinceaux électriques. — Pendant l'attaque on fera des frictions irritantes sur toute la surface cutanée, on promènera des sinapismes sur les membres inférieurs, des vésicatoires seront appliqués sur les parois thoraciques au niveau des parties douloureuses. Mais quant aux saignées, quoi qu'en aient dit certains auteurs et Laennec lui-même, bien rarement on trouvera l'indication de les mettre en usage.

Pour prévenir le retour des accès, on s'attachera à modifier autant que possible les conditions pathogéniques générales, telles que la diathèse goutteuse, l'état nerveux, etc. Des auteurs recommandables ont conseillé d'établir un ou plusieurs cautères à la cuisse, de manière à entretenir une source constante de suppuration.

Telle est en résumé la médication active qu'on dirige contre l'angine de poitrine; il faut en outre que le malade s'entoure d'une foule de précautions hygiéniques, qui ont été formulées par Jurine avec beaucoup de soin: « On conseillera aux malades, dit cet auteur, de vivre, s'il est possible, à la campagne, pour fuir les soucis des affaires; d'occuper de préférence un appartement au rez-de-chaussée, pourvu qu'il ne soit pas humide, de faire de petites promenades à pied, ou mieux en voiture. Le régime devra consister en une nourriture fort simple, mais autant animale que végétale, afin de ne pas trop diminuer les forces; dans ce but on permettra aux malades un peu de vin aux repas, qui seront au nombre de trois par jour, pour ne pas surcharger l'estomac; le souper sera même très léger, et ils se coucheront deux heures après l'avoir pris. Les malades en se levant prendront un lavement pour entretenir la régularité des garderobes; ils renonceront à tout commerce avec le sexe, car de telles jouissances ne peuvent être que très nuisibles dans cette maladie; ils éviteront l'humidité et se tiendront vêtus chaudement, ils prendront des bains froids par immersion; de plus on s'efforcera de les mettre à l'abri des émotions morales même les plus légères. »

ARTICLE XXIX.

DE L'ARTHRALGIE (DOULEURS NERVEUSES DES ARTICULATIONS).

1924. *Bibliographie.* — BENJ. BRODIE. *Lectures illustrative of certain local nervous affections.* Londres, 1837, in-8, p. 37 et suivantes.

COULSON. *Hysterical affections of the hip-joint.* (*London Journal of medicine.* July 1851.)

1925. Au lieu d'une description dogmatique pour laquelle les matériaux sont encore en trop petit nombre, nous préférons mettre sous les yeux du lecteur les principaux passages des leçons cliniques faites par Brodie sur cette singulière hyperesthésie.

« Souvent les symptômes sont rapportés à l'articulation de la hanche; ils ont alors une grande ressemblance avec ceux des maladies qui affectent les os et les cartilages; cependant un examen fait avec soin vous laissera rarement dans le doute au sujet du diagnostic. Il existe dans la hanche et dans le genou une douleur qui est augmentée par la pression ou les mouvemens du membre, et la malade reste souvent couchée dans une position invariable; mais cette douleur n'est généralement pas fixée dans une seule partie, elle est étendue au membre entier. Vient-on presser sur la hanche, la malade se recule et pousse des cris; mais elle ne fait pas moins lorsque la pression est exercée sur l'ilium, ou sur le flanc à la hauteur des fausses côtes, ou sur la cuisse, ou même sur la jambe au niveau de la cheville, et partout cette sensibilité morbide siège principalement dans la peau. Si vous pincez les tégumens en les soulevant en même temps, la malade se plaindra bien plus que si vous serrez avec force la tête du fémur contre la cavité cotyloïde. Son attention est-elle fixée davantage sur l'examen dont elle est l'objet, la douleur qu'elle éprouve en sera augmentée; que son esprit soit occupé par la conversation, à peine se plaindra-t-elle de ce qui, dans un autre moment, aurait occasionné une torture. D'ailleurs, il n'y a ni amaigrissement des muscles fessiers ni aplatissement de la fesse, et l'aspect de la malade est bien différent de celui que vous vous attendriez à trouver, si les os et les cartilages d'une jointure étaient dans un état d'ulcération. On n'observe pas davantage ces soubresauts douloureux du membre pendant la nuit, ni ces rêves effrayans qui marquent l'existence de cette dernière affection. Quelquefois la douleur empêche la malade de s'endormir; mais une fois le sommeil venu, il continue avec calme pendant plusieurs heures successives. Et cet état de choses peut persister pendant des semaines, des mois, et même des années, sans aboutir à la formation d'un abcès ni à aucune autre conséquence fâcheuse. Il peut y avoir soupçon d'abcès (j'en ai vu de nombreux exemples), mais ce soupçon ne se