

de soulagement, il était obligé de s'arrêter court, de mettre ses deux mains sur sa tête et aussitôt ses bras s'engourdisaient. Tout était terminé dans l'espace d'une minute; mais l'accès se prolongeait si le malade ne satisfaisait immédiatement à un besoin d'uriner invincible, et avait-il quatre accès en une heure, il était forcé d'uriner quatre fois. Il me signalait en outre cette particularité qu'au moment où sa crise touchait à sa fin, alors que ses bras s'engourdisaient, il avait un sentiment de mouvement congestif vers la membrane muqueuse nasale.

Ces besoins d'uriner, très-fréquents et presque irrésistibles, qui s'observent également dans certains accès d'asthme, constituent pour moi l'analogie que je crois trouver, dans ce cas, entre l'asthme et l'angine de poitrine.

Le 24 juillet de la même année, j'étais consulté par un Sicilien âgé de quarante-huit ans, homme grand et vigoureux, dont le père était sourd-muet et un peu goutteux et dont l'aïeul maternel avait été tourmenté par une goutte des plus violentes. Habituellement dyspeptique, dartreux depuis longtemps, sujet à des migraines, il avait eu, lui aussi, en 1858, une forte attaque de goutte au gros orteil, qu'il combattit par des applications de saignées, par le colchique, et qui disparut brusquement. L'année suivante, sa dyspepsie fut plus accusée, et bientôt survinrent des accès d'*angor pectoris*, commençant par le bras gauche et remontant rapidement vers le cœur. La douleur et la constriction thoracique étaient si horribles qu'il croyait sa fin prochaine. Ses accès revenaient surtout pendant la nuit, se renouvelaient le jour à l'occasion du plus petit exercice et duraient rarement au delà de trois minutes. Son intelligence était intacte. Sous l'influence d'une médication assez indifférente, son état s'améliora et il était bien quand il vint à Paris, pouvant marcher vite, monter lestement les escaliers sans rien éprouver. Je l'engageai à respecter sa goutte si jamais elle apparaissait de nouveau, et je lui conseillai, comme aux goutteux, une grande régularité, de la sobriété dans le régime, de l'exercice, réservant un traitement approprié à l'époque où les accès se reproduiraient.

Le cœur, les gros vaisseaux me paraissaient dans l'état le plus normal.

Je revis ce malade un mois après, et il se maintenait dans d'excellentes conditions. L'angine de poitrine ne s'était pas manifestée. J'examinai encore le cœur et les gros vaisseaux avec le plus grand soin, je n'y pus trouver rien d'anormal.

Dix jours auparavant, le 14 juillet, j'avais reçu dans mon cabinet une dame de cinquante-cinq ans qui, depuis sept à huit ans, avait eu quelques attaques de goutte. Au commencement de l'année 1862, elle avait éprouvé ses premiers accès d'angine de poitrine. La douleur, prenant d'abord dans les deux épaules, se propageait rapidement à la langue, au cou, puis au bras et à la poitrine. Elle se manifestait à l'occasion du plus léger mouvement, de la plus petite émotion, et n'était point accompagnée d'engourdissements. L'accès durait rarement une, deux ou trois minutes, et se terminait plus rapidement quand survenait la transpiration.

L'examen le plus attentif ne me fit découvrir aucun signe de lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux.

Ainsi, messieurs, en tenant compte de ces faits, dans lesquels la goutte, il est du moins permis de le supposer, n'était pas étrangère à l'angine de poitrine, il en serait de celle-ci comme de l'asthme, comme de toutes les névroses qui peuvent être une manifestation de la diathèse goutteuse ou de la diathèse rhumatismale.

Mais il est une cause prédisposante, très-incontestable à mon avis, que je n'ai cependant vue indiquée par personne et que je vous ai déjà signalée, cette cause c'est l'épilepsie. En certains cas, et peut-être en un assez bon nombre, d'après ceux que j'ai pu observer, l'*angor pectoris* est une expression de cette redoutable et cruelle maladie, c'est alors une manière d'être de sa forme vertigineuse; c'est, en deux mots, une *névralgie épileptiforme*. Elle en a l'invasion brusque, la marche rapide, la cessation soudaine, et, comme j'ai eu occasion de vous le dire, il n'est pas très-rare que des malades qui ont autrefois éprouvé des accès d'*angor pectoris* prennent plus tard de véritables attaques du mal comitial, de même que, chez d'autres, l'angine de poitrine a pu être autrefois précédée d'accidents épileptiformes bien nettement caractérisés.

Le cas se présentait dernièrement encore à ma consultation.

Un homme de quarante-cinq ans qui était sujet à des accès d'épilepsie, éprouvait depuis six mois des phénomènes dont il me rendait ainsi compte. A l'occasion d'un exercice un peu violent, d'une forte course, il éprouvait tout à coup un sentiment d'oppression douloureuse; depuis un mois ces accidents se reproduisaient trois fois par jour, même quand il était au repos, et ils avaient pris une grande intensité. Ils consistaient alors en des douleurs violentes, occupant d'abord la partie antérieure du côté droit de la poitrine, formant comme une sorte de plastron; puis au bout d'une minute elles irradiaient dans le bras correspondant, qui était engourdi, très-douloureux, et dont la température était plus élevée que celle du bras gauche. Cet accès durait presque un quart d'heure, puis tout absolument cessait.

Au début il y avait une abondante sécrétion de gaz intestinaux.

La santé générale de cet individu paraissait d'ailleurs parfaite. Son appétit était bon, ses digestions étaient régulières; il ne se plaignait de rien en dehors des accidents pour lesquels il venait me consulter, et je ne constatai aucun symptôme, aucun signe de lésions organiques, soit du poulmon, soit de l'appareil circulatoire.

Je conseillai le traitement par la belladone et par le bicarbonate de soude, que j'aurai à vous indiquer.

Indépendamment de la brusquerie de son invasion, de la rapidité de sa marche, de la soudaineté de sa cessation, l'angine de poitrine présente encore, eu égard aux phénomènes qui l'accompagnent, une grande similitude avec la névralgie épileptiforme. En vous parlant de cette dernière affection, je vous

ai montré que la douleur qui en constitue l'élément capital est fréquemment accompagnée d'un mouvement congestif vers les parties que cette douleur occupe. Il en est de même de l'angine de poitrine, comme je vous en ai cité deux cas, et comme j'aurai soin de vous le dire en vous en exposant les symptômes.

Il ne m'est pas démontré que les hommes soient plus sujets que les femmes à cette singulière affection ; mais il est certain aussi que l'*angor pectoris* attaque presque uniquement les individus qui ont passé l'âge de quarante ou cinquante ans. Toutefois on en a observé des cas chez de jeunes sujets. Le malade de Fothergill avait environ trente ans, et Desportes a rapporté l'histoire d'un individu de vingt-cinq ans, à l'autopsie duquel, pour le dire en passant, « les poumons, le cœur, les artères coronaires, les gros vaisseaux thoraciques, leurs valvules à leur origine au cœur, n'offrirent aucune espèce d'altération, ni induration, ni ossification. » Heberden avait dit aussi que l'angine de poitrine pouvait survenir dans la jeunesse, et Robert Hamilton qu'elle ne paraissait pas même épargner l'enfance.

Du moment que cette affection névralgique peut être l'expression d'une diathèse, nous ne devons plus nous étonner que l'on ait admis sa *transmission par hérédité*. Hamilton raconte qu'un soldat qui en était atteint, lui assura que c'était une maladie de famille dont son père, ses deux frères et sa sœur avaient été affectés.

Comme pour toutes les névroses, les *causes occasionnelles* de l'*angor pectoris* sont excessivement multiples et variables.

Souvent les malades sont pris plus ou moins violemment de leurs accès, sans qu'il leur soit possible d'en déterminer la raison ; ils en sont pris même pendant le sommeil. Cela a lieu surtout quand l'*angor pectoris* n'est qu'une aura épileptique.

Les uns vous diront que les variations brusques de l'atmosphère provoquent les crises ; ou bien qu'ils ne peuvent marcher ou courir, soit à pied, soit à cheval, à contre vent, sans qu'aussitôt ils soient forcés de s'arrêter par une attaque de leur mal.

Les causes les plus générales, surtout lorsque l'*angor pectoris* se lie à l'existence d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, sont des mouvements brusques, un exercice plus violent que d'habitude, comme une marche plus rapide, l'action de monter ; ou bien encore ce sont des accès de toux, l'exercice longtemps prolongé de la parole, les efforts pour aller à la selle. Il n'est même pas nécessaire quelquefois que ces efforts ou les mouvements musculaires soient très-violents, puisque nous avons vu qu'il suffisait pour l'intendant militaire dont je vous parlais en commençant, qu'il eût donné beaucoup de signatures dans son cabinet pour que les douleurs revinssent.

Il est des personnes chez lesquelles les premières attaques se sont déclarées à la suite d'un excès de table ou de boisson ; chez beaucoup, les paroxysmes ne reviennent jamais si violents qu'après le repas, même lorsque ce repas a

été frugal, et cela, soit qu'ils fassent de l'exercice, soit qu'ils restent au repos. Cependant Jurine a rapporté l'observation d'un malade dont les accès n'étaient jamais plus forts et plus longs que lorsqu'il était à jeun.

Les émotions vives de l'âme, mais surtout les emportements de la colère, sont des causes occasionnelles fréquentes de l'angine de poitrine, et non-seulement elles en provoquent les accès, mais encore elles en augmentent l'intensité au point que la mort peut en être la conséquence.

Telles sont les circonstances dans lesquelles survient, le plus habituellement, sans qu'il soit permis de poser aucune règle à cet égard, la singulière affection dont nous nous occupons. Leur multiplicité démontre la nature essentiellement nerveuse de la maladie, et cela ressortira beaucoup mieux encore de l'extrême variabilité des *symptômes*.

Presque jamais l'angine de poitrine n'est annoncée par des phénomènes précurseurs, son invasion est brusque. La douleur se fait sentir soudainement derrière le sternum, accompagnée d'une sensation de constriction et d'angoisse, occupant d'ordinaire le côté gauche de la poitrine, quelquefois le côté droit ; elle est telle, qu'elle fait craindre au malade la suffocation et la syncope et qu'elle lui ôte l'usage de la parole.

Rarement elle reste bornée là ; presque toujours elle s'étend simultanément, tantôt le long du cou, jusqu'à l'articulation de la mâchoire inférieure dont elle gêne les mouvements, le plus souvent le long des muscles pectoraux jusqu'à l'articulation scapulo-humérale, d'où elle descend le long de la partie interne du bras jusqu'au coude, le long de l'avant-bras jusqu'aux doigts.

C'est, je vous l'ai dit, le côté gauche qui est ordinairement affecté, mais d'autres fois c'est le côté droit, ainsi que cela se passait chez le malade épileptique dont je vous ai parlé. En d'autres cas, au lieu de remonter vers le cou ou le bras, la douleur descend vers l'épigastre et se prolonge dans l'aîne ; en d'autres cas encore, mais très-rarement, elle occupe toutes ces régions à la fois.

Sa propagation au membre supérieur est un phénomène si constant, qu'on pourrait, à l'exemple de quelques auteurs, de Wall en particulier qui presque en même temps que Heberden a décrit l'angine de poitrine, qu'on pourrait, dis-je, le donner comme un caractère essentiel de la maladie.

Quelquefois on l'a vue suivre une marche inverse. Débutant par le bras, la douleur gagne rapidement la poitrine. Ne reconnaissez-vous pas là, messieurs, une grande analogie avec ce que nous observons dans l'*aura epileptica*, et ce fait ne vient-il pas se mettre en opposition avec l'idée que l'angine de poitrine dépend nécessairement d'une lésion matérielle des organes contenus dans la cavité thoracique ?

Quelquefois encore, cette douleur se manifeste seulement dans la main, sans partir de la poitrine, sans passer par les nerfs du bras, sans non plus prendre la marche ascendante.

Le 29 mars 1863, je voyais en consultation avec MM. les docteurs Gruby et

Maître, un grand seigneur russe atteint d'une maladie du cœur avec hypertrophie et bruit de souffle au premier temps, à la pointe. De temps en temps, il éprouvait une assez vive douleur dans la région cardiaque, douleur qui s'éteignait sur place; puis tout à coup, sans que rien se manifestât du côté du cœur, il ressentait dans toute sa main gauche une douleur qu'il comparait à une crampe et qui était accompagnée d'engourdissement. Il n'y avait d'ailleurs aucun spasme musculaire. L'accès durait à peu près une minute et se dissipait sans laisser aucune trace.

J'ai vu récemment dans mon cabinet un monsieur âgé de soixante-quatre ans, qui était pris d'attaques violentes, s'annonçant par une douleur légère dans une des vertèbres dorsales; puis cette douleur envahissait successivement le petit doigt, le coude, avec sensation de pesanteur, et enfin le derrière du sternum. Le malade n'avait rien au cœur et ne portait pas de goître.

Dans certains cas enfin, l'angine de poitrine consiste en des palpitations violentes, avec de l'engourdissement dans le bras gauche sans douleur.

Il en était ainsi chez une jeune dame âgée de vingt-deux ans qui, le 22 novembre 1862, venait me consulter dans mon cabinet. Petite-fille de goutteux, fille d'une mère horriblement névralgique, elle était affectée d'angine de poitrine depuis l'âge de seize ans. Pendant quatre ans elle n'avait eu que des palpitations d'une excessive violence, sans ressentir rien dans le bras, mais depuis quatre ans les palpitations étaient accompagnées d'un engourdissement *non douloureux* dans le bras gauche, qui la forçait de lâcher ce qu'elle tenait dans sa main. Ces accidents revenaient à l'occasion d'un exercice un peu plus fort que d'habitude. Je ne constatai aucun signe de lésions cardiaques ou vasculaires.

Quand la douleur existe, ce qui est sans contredit de beaucoup le plus ordinaire, la pression exercée sur les parties qui en sont le siège, les mouvements du bras dans lequel elle irradie, ne l'augmentent pas habituellement; bien plus, cette pression peut la soulager, et je vous rappellerai encore à ce propos le malade auquel j'ai fait plusieurs fois allusion, et qui calmait ses élancements douloureux en appuyant son dos contre un meuble.

Bien que durant leurs accès les individus affectés d'angine de poitrine se croient sur le point de suffoquer, la résonance thoracique reste normale, et si l'on ausculte la poitrine au moment où ils reprennent haleine, on entend partout le murmure vésiculaire; il n'y a rien là qui ressemble à ce que nous voyons dans les accès de dyspnée.

Si l'attitude du malade a quelque chose de particulier, elle est commandée par la douleur et nullement par le besoin de respirer. Cette attitude est d'ailleurs très-variée: l'un sera couché immobile sur le dos, un autre se tiendra renversé en arrière sur le dossier de sa chaise ou sur ses oreillers, un troisième se mettra à genoux appuyé sur ses coudes, un dernier, enfin, se courbera en deux fortement penché en avant.

Au moment de l'accès, le visage pâlit et se colore bientôt après d'une rou-

geur plus ou moins vive; ce mouvement congestif, que j'ai comparé à ce qui se passe dans les attaques d'épilepsie, se fait aussi dans d'autres parties où s'étend la douleur. Ainsi chez notre femme de la salle Saint-Bernard, nous avons noté que la peau de la main gauche qui était très-douloureuse, devenait d'abord d'une extrême pâleur, puis d'un rouge violacé, bleuâtre. Quelquefois, en outre, la face et les extrémités se couvrent de sueur.

Généralement les facultés intellectuelles restent intactes au milieu de cet orage; on a néanmoins cité des faits, très-exceptionnels il est vrai, dans lesquels les malades avaient un air égaré, une sorte d'extase et balbutiaient des paroles inintelligibles; enfin il y a quelquefois perte de connaissance, au moment où la douleur cesse, ce qui s'observe surtout quand l'*angor pectoris* n'est qu'une aura épileptique; cependant l'excès de la douleur et peut-être un grand trouble des mouvements du cœur peuvent causer la syncope, très-différente de la perte de connaissance qui accompagne l'angine de poitrine épileptique.

Lorsque l'angine de poitrine se déclare pour les premières fois, ses attaques sont passagères et durent à peine une ou deux minutes; mais lorsque la maladie est ancienne, les crises peuvent durer plusieurs heures, et même plusieurs jours avec des exacerbations.

L'accès se termine soudainement comme il a commencé; toutefois le malade conserve quelque temps encore un sentiment d'engourdissement dans les parties qui ont été le siège de la douleur. Si les accès ont été violents et répétés, alors que la maladie est arrivée à un haut degré d'intensité, il reste, pendant un temps plus ou moins long, un tremblement et une faiblesse soit de tout le corps, soit seulement du membre affecté, et ce sentiment peut persister jusqu'au retour d'un autre accès.

Un individu peut n'avoir qu'une attaque d'*angor pectoris* et en être quitte pour toujours. Ces cas sont fort rares, et il est douteux que le diagnostic ait été alors bien exact. Le plus souvent plusieurs accès se succèdent et à des intervalles plus ou moins éloignés, des années, un an, six mois, trois mois, des semaines, se rapprochant ainsi à mesure que la maladie de laquelle l'affection relève fait elle-même des progrès. Nous avons vu que ces accès pouvaient avoir un retour périodique. Dans l'intervalle, le sujet paraît jouir d'une santé parfaite, à moins, bien entendu, que l'angine de poitrine ne se lie à l'existence d'une affection organique, comme une maladie du cœur ou des gros vaisseaux, à laquelle l'état général reste subordonné.

De ce que je vous ai dit de sa coexistence avec les maladies organiques, coexistence qui, ai-je ajouté, se présente peut-être le plus souvent, de ce que je vous ai dit encore qu'elle était une des manières d'être de la forme vertigineuse de l'épilepsie, il ressort évidemment que l'angine de poitrine est une affection des plus graves, en tant qu'elle est le symptôme de maladies qui tôt ou tard ont une terminaison fatalement funeste. Si, eu égard à sa nature, l'angine de poitrine, idiopathique, rhumatismale, goutteuse, comporte un

*pronostic* moins sévère, il ne faut pas se dissimuler que ce pronostic doit être fort réservé. En effet, les exemples d'individus qui ont été emportés dans un accès, ces exemples, quoique rares, se rencontrent encore quelquefois, et parmi ceux qu'on pourrait citer, je vous rappellerai celui de John Hunter, mourant subitement à la suite d'un mouvement de colère qui occasionna le retour d'une attaque d'angine de poitrine à laquelle il était sujet depuis huit ans.

Cette terminaison funeste peut arriver peu de temps après l'apparition des premiers accès, comme aussi des malades peuvent vivre pendant de longues années, soit que leurs attaques se rapprochent en augmentant d'intensité, ce qui est le plus ordinaire lorsque l'angine de poitrine est symptomatique d'une affection cardiaque ou lorsqu'elle est l'expression du *morbus comitialis*, soit qu'elles s'éloignent en s'affaiblissant ou en persistant à un moindre degré.

Lorsque la maladie ne relève d'aucune cause appréciable, ou bien lorsqu'elle dépend de la diathèse rhumatismale ou goutteuse, elle est susceptible de guérir, et l'on a surtout lieu d'espérer cet heureux résultat dans le cas où l'angine de poitrine s'est montrée chez des jeunes sujets, et plus encore si ses attaques ont été modérées. La maladie est presque inévitablement mortelle lorsqu'elle est héréditaire.

La violence des attaques, la facilité avec laquelle elles reviennent sous l'influence des causes occasionnelles, augmentent nécessairement la gravité du pronostic, et de là découlera cette règle capitale dans le traitement, d'éviter l'action de ces causes, et par-dessus tout d'éviter les émotions morales, qui de toutes sont peut-être les plus puissantes.

On conçoit que l'extrême variabilité des phénomènes caractéristiques de l'angine de poitrine rende souvent son *diagnostic* fort incertain, et l'on ne s'étonnera pas que l'on ait confondu avec elle des affections très-différentes. Comme le faisait déjà observer Wichmann (1), vingt-cinq ans après Heberden, il suffit qu'un individu se plaigne d'une gêne, d'une sensation de constriction de la poitrine, même de gêne de la respiration, pour qu'immédiatement on prononce le mot d'angine de poitrine.

Ainsi, on a pris pour des accès d'*angor pectoris* certaines pleurodynies survenues tout à coup à la région précordiale, gênant momentanément la respiration, mais cédant avec une grande rapidité. Ces douleurs, beaucoup plus superficielles que celles de l'angine de poitrine, n'irradient pas comme elles au delà des parties qu'elles ont primitivement occupées; elles siègent dans les muscles pectoraux; une forte inspiration quelque temps soutenue, une compression exercée sur la région affectée les calment et les font disparaître; enfin, elles n'ont pas le caractère lancinant, elles ne sont pas accompagnées du sentiment d'angoisse, elles ne sont pas suivies de la sensation d'engourdissement que présente l'*angor pectoris*.

(1) Wichmann, *Ideen zur Diagnostik*. Hannover, 1801, t. II.

Les névralgies thoraciques et cervico-brachiales se distinguent de celle-ci par le siège de la douleur limité au trajet des nerfs malades. De plus, cette douleur, qui revient par élancements, reste continue, persistant opiniâtrément pendant plus ou moins longtemps, et n'a pas, par conséquent, dans son invasion et dans sa cessation, cette soudaineté qui caractérise l'angine de poitrine.

Il est un cas dans lequel le diagnostic est difficile à établir : c'est lorsque, chez un individu affecté d'anévrysme de l'aorte, il survient des douleurs sternales se propageant vers l'épaule et accompagnées d'un sentiment de suffocation, qui, s'exaspérant par moments, pourraient en imposer. Mais, dans ce cas encore, ces douleurs n'ont pas de caractères paroxystiques parfaitement tranchés; elles sont continues, ou du moins ne cessent jamais complètement. J'en dirai autant des douleurs pongitives, lancinantes, atroces, accompagnées d'oppression, qui surviennent quelquefois dans les péricardites.

En définitive, malgré leur extrême diversité, les caractères de l'angine de poitrine ont une physionomie telle qu'il me semble difficile de les méconnaître.

En général, je ne connais rien de plus difficile que le *traitement* des affections nerveuses. Nous l'avons vu pour l'asthme; les névroses ont non-seulement leurs fantaisies étiologiques, leurs fantaisies symptomatiques, mais elles ont encore leurs fantaisies thérapeutiques : tels individus guérissent par des moyens qui, employés chez d'autres, auraient complètement échoué; et chez ces mêmes individus la maladie cède quelquefois à des remèdes qui, dans des circonstances semblables en apparence, n'avaient été d'aucune efficacité. La variabilité même de leurs manifestations, la brusquerie de leur invasion sans cause appréciable, de leur disparition quelquefois inattendue, permettent souvent aussi de douter du degré d'utilité de notre intervention. Il en est particulièrement ainsi pour l'angine de poitrine.

Les accès ont souvent une si courte durée, ils cessent ordinairement d'une manière si soudaine, qu'il serait difficile d'attribuer leur cessation à l'action de la médecine. S'ils sont survenus à l'occasion d'un exercice un peu violent, comme une marche accélérée, une course, etc., il suffira que le malade s'arrête pour que les accidents se calment, et cependant on a rapporté des exemples d'individus qui, bravant leur douleur, l'avaient fait céder en continuant la course qu'ils avaient commencée. D'autres suspendaient leurs accès en retenant fortement leur respiration. Je vous ai cité le malade de Jurine, dont les crises n'étaient jamais plus fortes que lorsqu'il était à jeun, et qui ne se renouvelaient jamais plus promptement que lorsqu'il ne mangeait pas à l'instant.

S'il est difficile d'apprécier à sa juste mesure l'efficacité de tel ou tel remède, il est cependant possible, en se plaçant au point de vue de la nature des accidents qu'on veut combattre, d'apprécier le plus ou moins d'opportunité de telle ou telle médication. Or, et avant toutes choses, il est des moyens thérapeutiques pour lesquels j'avoue sans hésiter ma répugnance lorsqu'il s'agit de les appliquer à l'angine de poitrine dans laquelle l'état syncopal paraît

aussi menaçant ; ce sont les *émissions sanguines*. Bien qu'elles aient été conseillées par les médecins les plus recommandables, par Laennec lui-même, les saignées du bras, les applications de sangsues à l'épigastre ou à la région précordiale, me semblent tout au moins irrationnelles.

Les *vomitifs*, l'émétique en particulier, qui ont été aussi préconisés dans les accès violents, me paraissent également contre-indiqués, en raison même de l'action hyposthénisante qu'ils exercent sur l'économie.

Les *stimulants diffusibles*, les préparations d'éther, l'ammoniaque donnée à petites doses, l'alcoolat de mélisse, trouvent beaucoup mieux leur indication pendant l'accès que l'opium et les autres narcotiques dont on a vanté les heureux effets.

Lorsque l'accès se prolonge et qu'il y a une tendance marquée à la syncope, on peut aider l'action de ces remèdes administrés à l'intérieur par celle des *stimulants* appliqués à l'extérieur, par des frictions excitantes, alcooliques, ammoniacales, par des manulaves ou des pédilaves sinapisés.

Mais il ne s'agit pas seulement de lutter contre les attaques du mal, il faut chercher surtout à les prévenir.

Une foule de moyens, les uns tout à fait empiriques, les autres imaginés d'après les différentes opinions qu'on s'était faites sur la nature de l'angine de poitrine, ont été tour à tour adoptés et abandonnés. Les stupéfiants, l'opium ou ses principes actifs, les *solanées vireuses*, la *laitue vireuse*, préconisée par Schelinger (de Francfort), occupaient entre tous le premier rang.

Je me rappelle un malade qui, atteint d'une angine de poitrine des plus graves et dont les paroxysmes revenaient plusieurs fois par jour avec une violence inquiétante, vit son état s'améliorer avec une grande rapidité, et qui obtint ce qu'il *appelait* de la guérison par des frictions faites plusieurs fois par jour, sur la région du sternum, avec de la mixture de datura stramonium.

Chez d'autres, les injections sous-cutanées d'atropine, faites au niveau du point d'origine des douleurs et dans les régions cervicale et axillaire, retardent le retour des attaques, en diminuent la violence, et finissent par guérir, surtout si la névralgie n'est pas liée à une affection organique du cœur ou de l'aorte.

Dans l'hypothèse, admise comme je vous l'ai dit, que l'angine de poitrine dépendait d'une ossification des artères coronaires du cœur, on a recommandé l'emploi de l'*acide phosphorique*, afin de s'opposer aux progrès de ces ossifications et même pour les détruire. Je n'ai pas besoin de dire que cette idée absurde n'a pu naître que dans l'esprit d'un chimiste qui, avant de faire de la thérapeutique, aurait bien fait d'étudier la physiologie et la médecine.

Bretonneau, chez qui les connaissances chimiques les plus étendues n'avaient pas étouffé le sens pratique, et qui, à mesure qu'il vieillissait dans l'exercice de son art, confessait hautement les déplorables fautes que la chimie lui avait fait faire, et le peu de parti qu'il en avait tiré pour la thérapeutique, Bretonneau fut pourtant conduit au traitement et à un traitement utile de l'angine de poitrine par une théorie chimique.

Le succès obtenu, je l'ai souvent entendu railler lui-même la théorie qu'il avait imaginée, et s'étonner qu'une fois dans sa vie, la chimie, la science favorite de ses premières années, l'eût mené à quelque chose de bon en thérapeutique.

Voici comment l'illustre médecin de Tours raconte de quelle façon il a été conduit au traitement de l'*angor pectoris*. Il supposait, bien entendu, que l'*angor pectoris* était dû à des concrétions calcaires de l'origine de l'aorte. « Consulté par une personne atteinte d'angine de poitrine, je me demandai si ce pauvre malade ne recueillerait pas quelque allègement de l'usage longtemps continué du *bicarbonate de soude*, dont les calculeux obtiennent souvent de si merveilleux effets. Il existait toutefois tant de différence entre les concrétions propres à l'*angor pectoris* et les calculs urinaires, qu'il était fort douteux qu'aucun résultat bienfaisant pût être acquis, même avec la plus docile et la plus patiente persévérance dans ce traitement si vaguement motivé. Aussi me trouvai-je plus affligé que surpris, lorsque après deux mois de ce traitement, je constatai qu'il n'avait procuré aucun changement favorable.

» Cependant, à partir de ce moment, il devint évident que si le mal n'avait pas cédé, il ne s'était pas aggravé, puisque manifestement il s'allégeait, et au seizième mois de l'usage presque habituel de l'eau de Vichy factice, il ne restait plus trace d'*angor pectoris*. »

Le hasard l'ayant heureusement servi, Bretonneau a souvent, depuis lors, répété l'expérience, et il eut à enregistrer un bon nombre de succès. Le bicarbonate de soude est donné suivant une certaine méthode. D'abord à la dose de 2 grammes : 1 gramme avant chacun des deux principaux repas ; et cette dose doit être graduellement portée, si la tolérance le permet, à 8 et même 10 grammes par jour : une dose de 4 à 5 grammes matin et soir, ces dernières doses étant divisées en deux, dont l'une est prise une heure ou au moins une demi-heure avant le repas, la seconde immédiatement avant ce repas. Bretonneau recommandait de suivre pendant dix jours une progression croissante, et pendant dix autres jours une progression décroissante. Alors on suspend temporairement la médication pendant quinze à vingt jours, pour la reprendre ensuite, la continuer ainsi pendant plus d'une année, et y revenir encore après une interruption de plusieurs mois.

Au bicarbonate de soude, Bretonneau associait la *belladone*, administrée également suivant certaines règles. On fait faire des pilules contenant un demi-centigramme d'extrait et un demi-centigramme de poudre de racine de belladone.

Le malade en prend d'abord une le matin, un quart d'heure avant le premier repas, et ainsi trois jours de suite. Pendant dix autres jours, il en prend deux, au même moment et à la fois. Pendant vingt jours, trois, et toujours à la fois. Si aucune amélioration progressive n'est obtenue, on porte la dose à quatre pilules, et si les accès n'ont rien perdu de leur fréquence et de leur intensité, de dix en dix jours on augmente d'un centigramme la dose du mé-