

coup de cas d'un succès éclatant, mais dans d'autres elle n'a eu presque aucune influence sur la maladie et, après une amélioration passagère, la névralgie est revenue avec son acuité primitive. On comprend l'effet avantageux de la névrotomie quand la section nerveuse peut s'opérer de manière à rejeter vers la périphérie l'endroit du nerf anormalement irrité. Néanmoins la littérature médicale relate des observations dans lesquelles l'opération a été couronnée de succès, même en cas de névralgie occupant une situation centrale. En tout état de chose, on n'entreprendra la section que dans les cas graves où tous les autres remèdes auront été employés en vain ; de plus on fera entrevoir au malade un succès *possible*, voire même probable, mais jamais assuré. — Outre la section nerveuse, on a dans ces derniers temps eu fréquemment recours à la *distension* du nerf névralgié, et parfois mais pas toujours avec un résultat marquant.

Les *bains* ne sont en usage que dans le traitement des névralgies qui atteignent les extrémités (la sciatique de préférence) ; nous en parlerons donc, plus en détail, de même que du *massage*, à l'occasion de ces formes particulières de névralgies.

On voit par conséquent que dans le traitement des névralgies nous disposons d'une foule de remèdes, entre lesquels le choix à faire n'est pas toujours facile. Premièrement, on devra dans chaque cas particulier aller à la recherche de l'indication causale et tâcher de la remplir autant que possible. Dans les nombreux cas où cela ne réussit pas, il faudra avant tout tenter de calmer la douleur et, à cet effet, la morphine est le plus puissant de tous les remèdes, quand les dérivatifs externes demeurent impuissants. Alors il s'agit de dresser le plan proprement dit de la cure. On essayera le traitement électrique, ou bien, quand il n'est pas réalisable, on emploiera l'un ou l'autre des moyens susindiqués. La quinine et l'antipyrine méritent le plus de confiance, surtout dans les cas récents, puis l'arsenic chez les personnes anémiées, le bromure de potassium chez les individus forts. Si ces divers remèdes ne répondent pas à l'attente, on pourra encore, dans des cas donnés, fonder de l'espoir sur une intervention chirurgicale, et à défaut de celle-ci, le traitement palliatif à l'aide des narcotiques est le seul qui nous reste.

## CHAPITRE QUATRIÈME.

## FORMES PARTICULIÈRES DE NÉVRALGIES.

## 1. Névralgie du trijumeau.

(Prosopalgie. Tic douloureux. Douleur faciale de Fothergill.)

**Étiologie.** La névralgie du trijumeau est une des plus fréquentes et des plus importantes parmi ces névralgies dont nous avons appris à connaître, dans le chapitre qui précède, les circonstances étiologiques et les causes prédisposantes. Nombre de cas, les plus légers entre autres, surgissent à la suite d'un *refroidissement*, et parfois en dehors de tout motif plausible. Les névralgies d'origine paludéenne s'attaquent de préférence au domaine du trijumeau. Ensuite ce sont principalement des *affections des os crâniens et de leur périoste*, très souvent des *maladies dentaires* (carie, exostoses dentaires, anomalie de l'évolution et de la disposition des dents), puis des *lésions des sinus frontaux et nasaux*, ainsi que de l'*oreille moyenne*, qui donnent naissance aux névralgies trifaciales. ROMBERG est le premier qui a trouvé comme cause d'une prosopalgie grave et incurable, un *anévrisme de la carotide interne* qui comprimait le ganglion de GASSER. Nous avons vu nous-même un cas parfaitement identique. Enfin, dans des circonstances assez fréquentes, la *fatigue excessive de l'organe de la vue* semble avoir contribué au développement de la névralgie du trijumeau.

**Symptômes et marche.** Les accès de douleur qui marquent la névralgie de la cinquième paire ont d'ordinaire une assez grande intensité et peuvent, dans des cas graves, atteindre un degré de violence formidable. Ils se montrent tantôt d'une manière tout à fait spontanée, tantôt sous l'empire des causes les plus minimes (action de se laver, de parler, mouvements corporels, émotions morales, etc.). Les douleurs se renferment dans le domaine des différentes branches du trijumeau, mais s'irradient parfois dans l'occiput, le cou, les épaules, etc. Souvent on remarque des *contractions réflexes* dans la face, comme le blépharospasme et des mouvements convulsifs (tic) de l'angle de la bouche. Les *troubles vasomoteurs* se révèlent sous forme d'une pâleur initiale excessive, bientôt suivie d'une injection de la face et de la conjonctive. Quand la névralgie atteint les deux rameaux supérieurs, l'accès s'accompagne fréquemment d'une *hypersécrétion de larmes*. Il est plus rare d'observer un *flux anormal de salive* ou de *mucus nasal*. Parfois, quoique assez rarement, se manifestent sur le parcours des nerfs affectés, des *éruptions d'herpès*, le *zona frontal*, l'*herpès de la conjonctive*, etc. On a signalé aussi dans quelques circonstances, des affections oculaires graves appartenant à la catégorie de l'ophtalmie neuroparalytique (v. p. 17). Dans les

névralgies qui persistent de longues années, il se déclare quelquefois des *désordres trophiques* : des altérations du tissu cutané et sous-cutané, la canitie et la chute des cheveux dans le domaine de la branche frontale, etc.

La majeure partie des névralgies trifaciales ne siège pas dans toute l'étendue du territoire d'expansion du nerf, mais n'en occupe qu'un ou plusieurs rameaux (V. fig. 1). On distingue d'après cela : 1. La *névralgie du premier rameau (névralgie ophtalmique)*, qui se montre surtout sous forme de *névralgie sus-orbitaire ou frontale*. En ce cas la pression à l'endroit de la sortie du nerf du trou sus-orbitaire produit, en général, une douleur plus ou moins vive. Il est plus rare qu'on rencontre des points douloureux supplémentaires au nez, à l'angle interne de l'œil, à la bosse pariétale. 2. La *névralgie du deuxième rameau (névralgie sus-maxillaire)* occupe le plus souvent le nerf sous-orbitaire (*névralgie sous-orbitaire*) avec un point douloureux principal au trou sous-orbitaire, puis à l'os zygomatique, à la lèvre supérieure, etc. 3. La *névralgie du troisième rameau (névralgie sous-maxillaire)* dont le siège préféré est le *nerf alvéolaire inférieur*. Cependant on rencontre aussi des névralgies dans la région temporale (N. auriculo-temporal) et dans la langue (N. lingual). Le point douloureux principal réside au trou mentonnier.

La marche générale de la névralgie de la cinquième paire est très différente d'après les cas. On observe toutes les nuances possibles, depuis les plus légères et les plus fugaces jusqu'à ces formes graves et incurables qui sont capables de pousser les malades au désespoir et même au suicide. En général, les névralgies du premier rameau sont relativement les plus légères, celles du deuxième et surtout celles du troisième rameau constituent les formes les plus graves. Une variété particulièrement grave, dont la cause est inconnue, dont les accès se manifestent avec la dernière violence, tantôt à intervalles rapprochés (toutes les demi-heures ou tous les quarts d'heure), tantôt après des périodes plus longues de calme, et qui brave opiniâtrément tous les remèdes, c'est celle qui a été désignée par TROUSSEAU sous le nom de « *névralgie épileptiforme* », quoiqu'on n'ait pu découvrir d'affinité certaine entre cette maladie et l'épilepsie véritable. Il est digne de remarque que c'est précisément cette forme qui se déclare chez les individus à tare névropathique.

**Diagnostic.** Le *diagnostic* de la névralgie trifaciale est facile dans tous les cas prononcés, pourvu qu'on soit attentif à la distribution de la douleur, à son invasion paroxysmale et aux points douloureux. A un examen superficiel on pourrait aisément la confondre avec des affections inflammatoires des os et du périoste, avec de vrais maux de dents, avec la migraine et d'autres formes de céphalalgie et de douleurs de la face. Si les contractions

musculaires réflexes sont très fortes on pourrait, en passant légèrement sur le diagnostic, confondre la névralgie trifaciale avec le spasme clonique de la face (le tic douloureux avec le tic convulsif.)

**Pronostic.** Le *pronostic* ne saurait être porté avec une certitude entière. Il est le plus favorable dans les cas récents et quand on est en présence d'une cause appréciable facile à écarter. Mais si la maladie tient à une lésion anatomique plus sévère, non susceptible d'être enlevée, ou qu'il s'agisse d'un cas ancien et enraciné par une longue habitude, les chances sont malheureusement le plus souvent précaires.

**Traitement.** Le traitement se base tout entier sur les règles posées dans le chapitre précédent. Dans la poursuite de l'*indication causale* il faut, en cas de névralgie de la seconde et de la troisième branche, aller toujours à la recherche, d'abord de *maladies dentaires*, puis d'*affections du nez*, des *sinus frontaux* et de l'*oreille moyenne*. Les dents cariées qui font souffrir et qui semblent avoir quelque rapport avec la névralgie, doivent toujours être extirpées, et les autres affections que nous venons de mentionner demandent à être traitées à fond et avec des connaissances spéciales. Si l'on a lieu de soupçonner la *syphilis*, on essayera l'*iodure de potassium* et la *quinine* quand on redoute la *malaria*.

D'ailleurs dans les névralgies récentes (rhumatismales) on aura également et tout d'abord recours à la *quinine* (1,0 à 3,0 ou à plus haute dose encore) ou à un des multiples « *nervins* » tout dernièrement découverts (*antipyrine*, *phénacétine*, *salipyrine*, *exalgine*, etc.). Parfois leur action est réellement efficace, d'autres fois incertaine. Beaucoup d'autres moyens, autrefois très usités dans les névralgies, ne sont que rarement appliqués de nos jours, comme par ex. le *butylchlorhydrate*, la *teinture de gelsemium sempervirens*, l'*aconitine*, le *sulfate de cuivre ammoniacal* et d'autres. L'*arsenic* encore actuellement se prescrit plus souvent et avec plus de chance de succès.

Outre les moyens internes, l'*électricité* peut encore rendre des services. De préférence on appliquera l'*anode* sur les endroits cuisants des nerfs correspondant à leur lieu d'émergence, et sur les autres points douloureux, tandis que la cathode sera tenue dans le cou. — Courants légers tout en évitant les brusques interventions ! D'autres procédés (brosse faradique) peuvent aussi être mis en œuvre. — Le *massage* est également vanté dans les névralgies du trijumeau. Dans les cas réellement graves, il ne procurera, pas plus que l'électricité, d'effet durable.

Si, en dépit d'un traitement rationnel, électrique et médicamenteux, la névralgie persiste dans toute sa gravité, il ne faut pas tarder trop longtemps de proposer au malade, si la chose est possible, les *ressources opératoires (névrectomie)*. C'est surtout dans la névralgie frontale et sous-orbitaire que

la nevrectomie constitue une opération relativement légère, laquelle, à part de nombreux insuccès, peut se réclamer d'une série de brillants résultats. La *nevrectomie* dans les névralgies presque toujours graves et d'autre part incurables du troisième rameau, peut également encore être parfois suivie d'un succès relatif. La description détaillée du procédé technique de cette opération, de même que l'exposé de la *distension nerveuse* beaucoup moins recommandable et de la *ligature carotidienne*, entreprise dans quelques rares cas, sont réservés aux ouvrages de chirurgie.

Si l'on doit s'en tenir au traitement purement *symptomatique*, les injections de morphine sont malheureusement indispensables dans les cas graves. En tout cas, il faudra à cet égard être aussi réservé que possible. Les « nervins » cités plus haut ont quelquefois aussi une action symptomatique. Parfois on réussit encore à l'aide de la compression du nerf ou de la carotide à atténuer ou à raccourcir la crise douloureuse.

## 2. Névralgie occipitale.

Parmi les névralgies qui se déclarent dans le domaine sensible relevant des quatre nerfs cervicaux supérieurs, la névralgie du *grand nerf occipital* est relativement la plus fréquente et la plus importante en pratique. Indépendamment de toutes les causes qui agissent dans les névralgies quelconques, il faut avant tout avoir égard aux *maladies des vertèbres cervicales supérieures* (carie, néoplasmes). — Les paroxysmes douloureux peuvent atteindre le plus haut degré d'intensité. D'ordinaire ils sont localisés simultanément dans les *deux* nerfs occipitaux, de manière que la névralgie est bilatérale, quoiqu'elle soit généralement plus prononcée d'un côté que de l'autre. Les *points douloureux* se trouvent le plus souvent au milieu de l'espace qui sépare l'apophyse mastoïde des vertèbres supérieures. On constate fréquemment des troubles vasomoteurs, la chute des cheveux, etc.

Le *pronostic* est relativement favorable, partout où il n'y a pas de grave lésion anatomique (inflammation des vertèbres) à la racine du mal. Dans les cas récents, le *salicylate de soude*, l'*antipyrine*, le *courant constant*, parfois aussi de forts irritants cutanés dans le cou (vésicatoires), rendent les meilleurs services.

Toutes les autres névralgies qui affectent le domaine du plexus cervical sont rares. Elles peuvent se présenter dans le territoire d'innervation du *petit nerf occipital* (cette névralgie est due assez souvent à la *syphilis*, d'après SEELIGMÜLLER, et serait alors facile à guérir par l'iode de potassium), du *grand nerf auriculaire* et des *nerfs susclaviculaires*. On a même décrit une *névralgie phrénique* dans laquelle la douleur se propage le long du nerf

phrénique jusqu'aux insertions du diaphragme. Il est probable que dans ce cas il s'agit, comme d'ailleurs dans beaucoup de névralgies « viscérales » qu'on a décrites, d'une confusion avec des maladies d'une tout autre nature ou de symptômes hystériques.

## 3. Névralgies dans le domaine du plexus brachial.

(Névralgie cervico-brachiale.)

Les névralgies du plexus brachial sont en général rares et presque jamais elles ne se limitent rigoureusement au territoire d'expansion d'un seul nerf. Le nerf radial et le nerf cubital sont communément un peu plus souvent atteints que le nerf médian. On a observé aussi des névralgies du nerf brachial cutané interne. — Sous le *rapport étiologique* il faut mentionner avant tout les plaies et blessures assez fréquentes des nerfs, puis les cicatrices et les corps étrangers. C'est surtout à la suite de plaies aux doigts (blessures, coupures) qu'on a observé des névralgies intenses qui peuvent s'étendre à une grande surface du bras. Dans quelques-uns de ces cas, il s'agit d'une névrite ascendante qui a pour point de départ un petit ramuscule nerveux qui a été lésé; dans d'autres ce sont probablement des rétractions cicatricielles, des épaisissements du névrilemme ou de petits névromes nés de la plaie, qui provoquent les douleurs. Les productions névromateuses qui surgissent à l'endroit où le tronc nerveux a été coupé, donnent lieu aux *névralgies d'amputation* parfois si cuisantes dans les moignons. Des névralgies graves se produisent souvent par *compression* des nerfs du bras, par ex. à raison de tumeurs du creux de l'aisselle (carcinomes, etc.), d'anévrysmes de l'aorte. Il y a aussi des névralgies *rhumatismales*. La *névralgie brachiale bilatérale* doit toujours faire songer à une affection avoisinant les racines postérieures de la moelle spinale, principalement à une pachyméningite cervicale, une spondylite des vertèbres cervicales inférieures.

Il y a peu de chose à ajouter concernant la *symptomatologie* spéciale de la névralgie brachiale. La douleur est ordinairement répartie sur tout le trajet du nerf, sans toutefois, comme nous l'avons dit, être très strictement localisée. Les *points douloureux* se trouvent souvent au niveau du plexus brachial, sur le parcours du nerf radial (côté externe du bras), du nerf cubital (gouttière du condyle interne), du nerf médian (bord interne du biceps) et sur les expansions cutanées des nerfs, là où ils émergent du fascia. On a observé quelquefois des troubles vasomoteurs et trophiques (« *Glossy fingers* » c'est-à-dire un état particulièrement luisant et atrophique de la peau des doigts, de l'éruption d'herpès, etc.), et dans les névralgies graves une atrophie prononcée de tout le bras. — Le *diagnostic* de la né-

vralgie comme telle n'est d'ordinaire pas difficile ; il faut seulement se garder de la confondre avec des *affections articulaires* (principalement avec l'arthrite déformante à son début). Mais il est beaucoup plus difficile de rechercher la cause cachée de la névralgie.

Le traitement des névralgies brachiales n'est pas toujours aisé, étant donné qu'on a affaire fréquemment à une maladie opiniâtre et de très longue durée. Indépendamment de l'indication causale à remplir, dans la mesure du possible, il y a surtout à considérer le *traitement électrique* (courant galvanique descendant le long des nerfs atteints), puis l'emploi des *narcotiques* (morphine, cocaïne), ensuite comme moyens lénitifs le *salicylate de soude*, l'*anti-pyrine*, la *phénacétine*, etc., enfin localement les *bains de boue chauds et de sable*. Avec les narcotiques (morphine) il s'agit d'être prudent. Dans les cas graves, il faut songer à l'éventualité d'une opération chirurgicale (*dilatation des nerfs*, excision de cicatrices).

#### 4. Névralgie intercostale.

(Névralgie dorso-intercostale.)

Comme les rameaux postérieurs (dorsaux) des nerfs thoraciques ne sont atteints que par exception, les névralgies qui se rapportent à ces nerfs se présentent presque toujours à l'état de *névralgie intercostale* pure. Cette névralgie affecte le plus souvent les nerfs intercostaux moyens (depuis le cinquième environ jusqu'au neuvième), soit un nerf isolément, soit plusieurs à la fois. L'affection siège beaucoup plus à *gauche* qu'à droite.

Sous le rapport *étiologique*, il importe de se rappeler que les névralgies intercostales opiniâtres sont souvent un symptôme (l'unique pendant un temps considérable) de lésions anatomiques graves, par ex. *d'affections des côtes, des vertèbres* (carie, carcinome), *de la moelle* (tabes, méningite spinale, tumeurs) et *d'anévrismes de l'aorte*. Indépendamment de ces névralgies symptomatiques, on rencontre assez fréquemment des névralgies intercostales essentielles, idiopathiques, qui, d'après notre expérience personnelle — à part ce qui concerne l'herpès zoster — sont en réalité plus rares qu'on ne serait tenté de l'admettre s'il fallait en croire beaucoup d'auteurs. On les décrit surtout comme étant l'apanage des femmes anémiques et nerveuses, et des filles jeunes et d'un âge moyen. Enfin les refroidissements et les influences traumatiques peuvent encore être signalés comme causes des névralgies intercostales.

Les *douleurs* dans la névralgie intercostale peuvent atteindre un degré excessif et s'accroissent d'ordinaire par les mouvements étendus du thorax. C'est pourquoi les malades évitent, autant que possible, les inspirations

profondes, la toux, l'action de parler à haute voix, etc. On trouve d'ordinaire *trois points douloureux*, un à côté de la colonne vertébrale, un second vers le milieu du nerf et un troisième à côté du sternum ou au niveau du muscle droit de l'abdomen. Parmi les *désordres trophiques* il faut signaler l'apparition assez fréquente de l'*herpès zoster*. Mais en ce cas, il est probable que c'est toujours une *névrite* véritable d'un ou de plusieurs nerfs intercostaux qui est en jeu. Les douleurs précèdent l'éruption du zona ou se déclarent presque en même temps que lui. Très souvent elles persistent un temps considérable après la guérison de l'affection cutanée. Sur la genèse propre des vésicules du zoster, la lumière n'a pas encore été faite complètement. Des recherches anatomiques minutieuses, récemment instituées (A. DUBLER), tendent à faire croire que la production des vésicules est due uniquement à la propagation directe à l'enveloppe cutanée du travail phlegmasique émanant des houpes nerveuses terminales. L'hypothèse de désordres « trophiques » particuliers serait donc passablement inutile. Il est digne de remarque que le zona se montre quelquefois avec un certain caractère *d'épidémicité* ou même *d'endémicité*, qui tend à faire admettre une influence infectieuse. L'*infiltration* presque constante *des ganglions lymphatiques avoisinants* (de l'aisselle, du bord inférieur du muscle pectoral, etc.) milite aussi en faveur de l'existence d'une véritable névrite inflammatoire dans l'herpès zoster. La peau qui sépare les plaques de vésicules présente souvent un léger degré de diminution de la sensibilité.

La *marche* de la maladie dépend principalement de sa cause. Les névralgies intercostales protopathiques sont, il est vrai, parfois très rebelles, tout en autorisant un pronostic généralement favorable. C'est le cas principalement aussi de la névralgie intercostale accompagnée de zona. — Le *diagnostic différentiel* entre la névralgie intercostale essentielle et les *rhumatismes musculaires*, la *pleurésie* à son début, etc., n'est pas toujours facile. Ici un examen objectif attentif, la détermination du siège de la douleur et des points douloureux, et finalement le tableau d'ensemble de la maladie, doivent prémunir contre les erreurs de diagnostic. Les attaques d'angine de poitrine sont aussi quelquefois à tort confondues avec la névralgie intercostale (v. t. II), et enfin on ne doit pas oublier que des affections graves de la colonne vertébrale et de la moelle spinale peuvent au début se présenter sous l'image d'une semblable névralgie.

Le *traitement* se dirige d'après les règles générales exposées dans le chapitre précédent. Dans les cas *récents*, de forts irritants cutanés (sinapismes, vésicatoires) sont souvent très efficaces. Le *traitement électrique* se fait à l'aide de la brosse faradique ou du courant constant (cathode sur la colonne vertébrale, anode sur le point douloureux latéral ou antérieur, courant stable

assez puissant). Parmi les *moyens internes* tous les antinévralgiques utilisables (antipyrine, phénacétine, exalgine, etc.) sont mis en réquisition. Dans les cas graves, les piqûres de morphine sont indispensables. — L'herpès zoster guérit sous l'influence d'un traitement simple avec la lanoline ou des substances pulvérulentes (oxyde de zinc 5,0, amidon 10,0).

**Mastodynie** (névralgie de la grande mammaire). On considère comme une forme névralgique particulière appartenant au domaine des nerfs intercostaux, la *mastodynie* (appelée *irritable breast* par ASTLEY COOPER). Elle ne se déclare que chez la *femme* arrivée à la période de puberté et constitue une souffrance suraiguë des plus agaçantes et des plus opiniâtres. Les douleurs sont tantôt continues, et tantôt se manifestent sous forme d'accès espacés, parfois accompagnés de vomissements. La glande tout entière est excessivement sensible au toucher. On ne sait rien de bien certain concernant l'*étiologie*. L'anémie, l'hystérie, les influences traumatiques semblent exercer une certaine influence. Parfois on sent dans le sein de petites nodosités très douloureuses (tubercula dolorosa, névromes ?) qui ont fait croire quelquefois à un carcinome en voie de développement.

La maladie peut durer des années. Le *traitement* est difficile. Des enveloppements chauds, un bandage suspensif et surtout les narcotiques procurent du soulagement. L'électricité peut être très utile. On est aussi, dans des cas désespérés, intervenu chirurgicalement (amputation du sein, extirpation des nodosités douloureuses), mais ces tentatives sont d'un succès douteux.

### 5. Névralgies dans le domaine du plexus lombaire.

Comme les névralgies qui se rapportent à ce plexus sont rares et ne présentent rien de particulier, nous nous contenterons d'en énumérer brièvement les formes les plus importantes.

La *névralgie lombo-abdominale* provoque des douleurs dans la région lombaire, lesquelles s'irradient vers le siège, l'hypogastre et les organes génitaux. La *névralgie crurale* réside en partie dans le rameau cutané fémoral antérieur et externe, en partie dans le tronc principal du nerf crural (rameau cutané fémoral moyen et interne). Cette névralgie se caractérise surtout par sa propagation aux expansions cutanées du nerf grand saphène (région interne du mollet et bord interne du pied). Dans la *névralgie obturatrice*, la douleur s'étend du bord interne de la cuisse jusqu'à la région du genou (v. fig. 6 et 7).

Pour ce qui concerne leurs particularités, à toutes ces névralgies s'applique parfaitement ce qui a été dit dans le chapitre précédent. Le *diagnostic*

n'est pas toujours facile, et on doit surtout se garder de les confondre avec des affections des os et des articulations, avec le lumbago, les coliques néphrétiques, etc.

### 6. Sciaticque.

(Névralgie sciaticque. Ischialgie. Mal de Cotugno.)

**Étiologie.** Après la névralgie trifaciale, celle du nerf sciaticque est de beaucoup la plus fréquente et la plus importante au point de vue pratique. Le cours anatomique de la sciaticque explique comment ce nerf est facilement exposé aux injures mécaniques et aux influences frigorifiques. Beaucoup de cas se produisent certainement à la suite de semblables causes (fatigue des membres inférieurs après de rudes travaux, position assise incommode et prolongée, se refroidir, être trempé, etc.), et c'est ce qui démontre que la maladie est en général plus fréquente chez l'*homme* que chez la *femme*. Certaines conditions étiologiques sont à la vérité capables de provoquer également chez la *femme* la névralgie sciaticque, telle en particulier la compression exercée par l'utérus gravide sur le plexus sacré ou le froissement mécanique de ce plexus pendant les accouchements laborieux (délivrance au moyen du forceps, etc.). On *voit* plus rarement la *stase des veines du bassin* (hémorroïdes) et la *constipation habituelle* donner lieu au développement de la sciaticque.

Les rapports qu'affecte la sciaticque avec certaines *affections générales* constitutionnelles et toxiques sont très importants au point de vue pratique. C'est ainsi, par ex., que dans le diabète sucré il se produit assez souvent une sciaticque unilatérale ou même bilatérale ; la même chose a été observée dans la *goutte véritable* (arthrite urique), dans le *rhumatisme articulaire*, à la suite de la *syphilis* et dans la *gonorrhée*, chez les *alcooliques*, etc. Signalons encore l'apparition de douleurs en apparence purement ischialgiques au cours du *tabes dorsal*.

Enfin on relate encore l'existence de *névralgies symptomatiques* dans le domaine du nerf sciaticque en cas de *tumeurs pelviennes*, de *carie du sacrum* et affections analogues.

**Symptômes et marche.** La sciaticque occupe vis-à-vis des autres névralgies une position quelque peu différente, en ce sens que la *douleur* sciaticque ne présente ordinairement pas d'une manière aussi complètement exprimée les particularités caractéristiques des véritables névralgies. Les *accès douloureux* notamment considérés à part, sont rarement dans la sciaticque aussi nettement accusés et séparés par des intervalles libres comme c'est le cas, par ex., dans beaucoup de névralgies trifaciales. Quoiqu'il se présente souvent aussi des exacerbations et des rémissions dans l'ischialgie, celle-ci dans son ensemble donne beaucoup plus l'impression d'une *douleur neu-*