

gia ligada á una neuritis crónica siempre es relativamente grave. Por orden de gravedad se coloca entre las dos, la neuralgia de las neuritis agudas ó sub-agudas; en efecto, estas neuritis ó curan con bastante rapidez ó, por el contrario, pasan á la forma crónica.

Por más que esta clasificación está autorizada por los hechos, no es, en verdad, absolutamente rigurosa. Entre la neuritis aguda ó sub-aguda y la neuritis crónica, existen todos los intermedios. Por otra parte, las fronteras de la neuralgia no están precisadas con claridad; en ciertos casos se duda de si hay lesión del nervio, pero cuando menos es posible asegurar, si existe, que es ligera, móvil y transitoria; entonces se puede admitir una simple congestión y hablar de neuralgias congestivas. No obstante, es necesario comprender que esta última interpretación, siendo hipotética, no es más que verosímil; la congestión local, ligada á menudo al acceso neurálgico, debe ser considerada como el efecto, no como la causa.

Colocándonos en un punto de vista clínico, describiremos tres formas principales: la neuralgia-neurosis, la neuralgia-neuritis sub-aguda y la neuralgia-neuritis crónica.

**Neuralgia-neurosis.**—El tipo de esta neuralgia se observa, sobre todo, en los neurópatas. Sin causa ocasional conocida ó sin la influencia de un choque nervioso de origen emotivo ó sensorial, algunas veces á consecuencia de la impresión del frío, estalla bruscamente, sin prodromos de ninguna clase, el dolor agudo que caracteriza los paroxismos neurálgicos. Este dolor aparece y desaparece sin razón apreciable; en los intervalos, no queda ninguna clase de dolor continuo y hasta falta á la presión. Al cabo de un tiempo variable, generalmente corto, desaparece todo sin dejar rastro. Ninguna regularidad en la evolución de esta neuralgia, en la que todo es caprichoso; según la expresión de Lasègue, no es más que una sucesión de dolores fortuitos.

Verosímilmente no existe en esta forma ninguna lesión anatómica del nervio ni de su núcleo, ó sólo se trata de una ligera lesión, como la anemia ó la congestión.

**Neuralgia-neuritis sub-aguda.**—A menudo se presenta bajo la influencia del frío ó de un traumatismo, preferentemente en los sujetos artríticos. Su principio es rápido, pero con todo, gradual; el dolor, ligero al principio, no llega á adquirir una gran agudeza sino al cabo de algunos días ó cuando menos de algunas horas. En el intervalo de los accesos paroxísticos, se nota constantemente un dolor continuo, más ó menos intenso, y los puntos dolorosos de Valleix pueden ser reconocidos por presiones metódicas. Esta continuidad del síntoma y la sensación dolorosa que revela la presión de las ramas nerviosas, parece ya que vienen en apoyo de una lesión real del nervio; los signos que se suman con el elemento dolor, influyen en el mismo sentido, puesto que pertenecen á la neuritis. Tales son la parálisis y la atrofia muscular que se observan cuando la neuralgia ocupa un nervio mixto, como el ciático. A menudo aparecen los trastornos tróficos de la piel, que caracterizan las neuritis. Sin enumerarlos aquí, mencionemos el zona; citemos también el edema local, complicación frecuente.

Después de dos ó tres semanas de duración, unas veces menos y en muchas otras más, el dolor decrece lentamente; queda sustituido primero por un sim-

ple adormecimiento y por fin desaparece. El zona, si existía, ha desaparecido. La atrofia muscular puede aún subsistir algún tiempo. Las recidivas de plazo más ó menos largo, no dejan de ser raras.

La neuritis sub-aguda, sobre todo cuando recidiva, no es más que el preludio de la neuritis crónica.

**Neuralgia-neuritis crónica.**—Esta forma se observa particularmente en los viejos. De ordinario principia con los caracteres de una neuritis sub-aguda; sin embargo, algunas veces se afirma la cronicidad desde sus comienzos, por la lentitud con que se desarrolla la afección. En ésta tiene más importancia el dolor continuo que el paroxístico. Las alteraciones tróficas, musculares y cutáneas, son mucho más marcadas é infinitamente más tenaces que en las neuritis sub-agudas. La enfermedad dura indefinidamente con alternativas de mejoría y de agravación.

Tales son las formas mejor deslindadas que afecta la neuralgia. Se ha pretendido distinguir otras muchas á las cuales se las ha asignado distintas patogenias (1). Se han descrito aparte las neuralgias congestivas (Gubler) que ya hemos aludido, las cuales serían debidas á una congestión del nervio ó de su núcleo; comprenderían las neuralgias palúdicas, una parte de las neuralgias *a frigore* y reumáticas, las neuralgias ligadas á la supresión de las reglas, etc. Del propio modo se ha formado una categoría particular de las neuralgias por anemia del nervio ó de su núcleo. Pero la patogenia de las neuralgias es muy poco conocida para justificar actualmente clasificaciones que en ellas se basen.

Tampoco podría servir mejor la etiología para establecer una clasificación racional, desde el momento que una misma causa determina neuralgias que difieren mucho en su tipo y en su evolución. E. Besnier, que ha estudiado las neuralgias reumáticas, ha dado una descripción semejante para algunos grupos de hechos, al cuadro de la neuralgia-neurosis, y para otros, al de la neuralgia-neuritis. También las neuralgias *a frigore* revisten diversas formas.

No es de extrañar que la neuralgia *palúdica* tenga caracteres propios y reconocibles. Unas veces el acceso neurálgico sustituye al acceso palúdico febril, del cual representa entonces una forma larvada; otras le complica y se ingerta en los fenómenos febriles sin que éstos desaparezcan. La neuralgia palúdica interesa de preferencia al trigémino, pero afecta algunas veces los intercostales, el occipital ó el ciático. Los accesos se presentan casi siempre por la mañana; toman de ordinario el tipo cotidiano, pero pueden tomar los diversos modos de periodicidad que pertenecen á los accesos febriles; el mismo Trousseau ha observado el tipo triple cuartana.

**DIAGNÓSTICO.**—La neuralgia se distingue de las otras clases de dolores por caracteres propios: correspondencia con el trayecto de un nervio, remitencia ó intermitencia, tendencia á las irradiaciones y puntos dolorosos precisos á la presión.

La *miosalgia* ocupa la inserción de los músculos interesados; se exaspera al menor movimiento ejecutado por estos músculos y por la menor tirantez; es fijo y no procede por accesos.

(1) Véase Hallopeau, art. *Néuralgie* du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

Los dolores osteóscopos de la sífilis se exageran por la noche; el sitio que ocupan es muy distinto de los dolores neurálgicos.

Las mielitis crónicas y particularmente la *tabes*, van acompañadas de dolores fulgurantes. Estos dolores, que se presentan por accesos y que consisten en lancetazos, que parten de un punto dado y recorren con la rapidez del rayo el miembro enfermo, no dejan de tener alguna analogía con los dolores de la neuralgia; pero en general no están localizados en un nervio determinado y faltan los puntos dolorosos á la presión. Importa no confundir con una simple neuralgia las crisis dolorosas que pueden ser el preludio de la *tabes*; el error se ha cometido á menudo.

Una vez reconocida la neuralgia, se determinará la variedad. Cuando los dolores son francamente intermitentes, la reaparición de los accesos muy caprichosa, se tomará la afección como una neuralgia pura, debida á una simple neurosis ó á lo más á una congestión del nervio ó de su núcleo. Si la enfermedad sigue una evolución cíclica, si existe dolor continuo con los puntos de Valleix y si especialmente aparecen alteraciones tróficas, se concluirá que se trata de una neuritis sub-aguda. Por fin, ya hemos visto que una neuralgia crónica depende de una neuritis crónica.

El diagnóstico de la causa tiene algunas veces un gran interés. Se indagará si en algún punto del trayecto del nervio existe una lesión que pueda provocar la neuralgia, traumatismo, compresión por un tumor, etc. No se olvidará la posibilidad de las neuralgias reflejas, las cuales dependen ordinariamente de una lesión visceral. El estado general del sujeto y sus antecedentes suministra útiles indicaciones, descubriendo la sífilis, la clorosis, el paludismo, el cáncer, etc., enfermedades que por diversos procedimientos son capaces de producir la neuralgia. La intervención de la malaria y de la sífilis son particularmente dignas de conocer. Hemos indicado ya los principales caracteres de los accesos neurálgicos en los palúdicos, pero añadiremos que la eficacia del tratamiento por el sulfato de quinina será otra presunción, pero nada más que una presunción, en favor del origen palúdico de los accesos. En los casos en que se sospecha la sífilis, sin ser ésta evidente, el tratamiento específico sirve de criterio.

PRONÓSTICO.—El pronóstico varía con las formas. La neuralgia simple es benigna, porque siempre cura. La neuralgia por neuritis sub-aguda debe despertar más temores, porque puede recaer y degenerar, más pronto ó más tarde, especialmente en los viejos, en neuralgia crónica. La neuralgia por neuritis crónica siempre es grave, porque su duración es indefinida. Es, pues, esencial, antes de augurar sobre la posible evolución, determinar la forma del caso clínico.

La neuralgia palúdica y la sífilítica son relativamente benignas, porque son tributarias del tratamiento específico, de ordinario eficaz.

TRATAMIENTO.—Calmar el dolor y suprimir la causa, tal debe ser el doble objetivo.

La morfina llena por completo la primera indicación; la inyección subcutánea de 1 centígramo de este medicamento disipa con rapidez el dolor. Desgraciadamente la acción sedativa obtenida no dura más que de seis á ocho horas; además, estableciéndose el hábito, se han de aumentar progresivamente las do-

sis, y es de temer el morfismo crónico con los deplorables efectos que consigo lleva. El extracto tebaico tiene, con poca diferencia, las mismas ventajas y los mismos peligros. El sulfato de atropina á la dosis de 1 á 2 miligramos obra bien, pero es peligroso. Según Gubler, es preferible la aconitina. La antipirina y la fenacetina son recomendables. A menudo el sulfato de quinina da mejores resultados, sobre todo en las neuralgias de tipo periódico, por más que no dependan de la infección palúdica. Gubler recomienda administrarla á la dosis de 50 centigramos, cuando menos, cuatro horas antes de la presunta repetición del acceso. Todos estos medicamentos, y, de un modo general, todos los narcóticos y todos los sedantes, tienen sus ventajas. Muy á menudo, sin que precisamente se conozca la razón, alguno de ellos sienta muy bien en un punto y en otro no produce resultado; entonces es necesario hacer un tanteo para elegir con provecho.

Se han preconizado diversos tópicos en aplicaciones en la superficie de la piel, *loco dolenti*: pomadas de beleño, de belladona, etc. Su eficacia es dudosa y en todo caso mínima. Por el contrario, existe una medicación local, á menudo muy eficaz, la *revulsión*. El cloroformo y el éter, empleados en fricciones, lo mismo que la esencia de trementina, obran tal vez como agentes revulsivos más bien que como anestésicos propiamente dichos. Mencionemos las ventosas secas ó escarificadas, los sinapismos, los vëjigatorios, la acupuntura, poco usada hoy día, y sobre todo un procedimiento, que se ha extendido mucho en estos últimos años: la pulverización de cloruro de metilo (Tennessee, Debove). Se proyecta en la superficie de la piel dolorosa, y sobre todo el trayecto del nervio interesado un chorro de cloruro de metilo, que produce una congelación inmediata del tegumento. Importa reducir á un tiempo muy corto la pulverización de un punto dado, porque una refrigeración excesiva provocaría, no sólo una vesicación ulterior, inconveniente relativamente mínimo, sino que también una modificación del dermis, una escara. El procedimiento del *styppage*, imaginado por Bailly (de Chambly), permite dosificar los efectos con más seguridad.

Luton había recomendado, como procedimientos de revulsión, inyecciones subcutáneas irritantes (nitrato de plata), con el objeto de determinar abscesos. Bartolow inyecta cloroformo hasta en la proximidad del nervio; sin duda que de este modo obtenía efectos revulsivos más bien que la anestesia directa de las fibras nerviosas. Pero esto último se ha obtenido inyectando cocaína en el nervio ó en sus inmediaciones. Estos diversos procedimientos parece que no están exentos de peligro; si así se determina un alivio más ó menos prolongado, ¿no se expone uno á agravar después las lesiones que había?

La electroterapia, bien manejada, suele dar excelentes resultados. Se aplica una corriente farádica en el trayecto del nervio, especialmente en los puntos dolorosos, por medio del pincel de Duchenne, ó bien se faradiza durante algunos minutos el tronco nervioso, lo más cerca posible de su origen. Erb recomienda mucho las corrientes galvánicas; según él la galvanización no es inferior á la faradización en los casos de neuralgia simple, y es preferible en los casos de neuritis. ¿Convendría emplear corrientes ascendentes, es decir, aplicar el polo positivo á la periferia sobre los puntos dolorosos y el polo negativo más cerca de los centros ó vale más que las corrientes sean descendentes? En este

punto las opiniones están divididas; ciertos autores recomiendan las corrientes sucesivamente dirigidas en los dos sentidos, cada vez durando algunos minutos. Se han de emplear corrientes débiles, sin pasar, cuando más, de 10 á 12 miliamperes, y las sesiones, que se repetirán todos los días, ó cada dos, no deben durar más de ocho á diez minutos cada una de ellas. En lugar de aplicar en dos puntos del trayecto nervioso los electrodos de pequeña superficie, se puede usar el método unipolar; el electrodo indiferente de ancha superficie se coloca en cualquiera región del tronco, y el electrodo activo, de pequeña extensión, representando el polo negativo ó el polo positivo, se aplica *loco dolenti*. En suma, todavía no está bien establecido el mejor modo de emplear el agente eléctrico, sobre todo en lo que se refiere á las corrientes galvánicas.

Las placas metálicas, aplicadas permanentemente, parece que han dado buenos resultados, sin duda porque desarrollan corrientes continuas muy débiles, más eficaces algunas veces que las corrientes fuertes (Regnard).

La hidroterapia en forma de baños de vapor y de duchas calientes, encuentra sus indicaciones particularmente en las formas crónicas; aplicada en una fase aguda, no dejaría de ser peligrosa.

Tales son las principales medicaciones internas y externas empleadas contra los dolores neurálgicos. Nos faltan indicar los procedimientos terapéuticos puestos en práctica para luchar, no contra el síntoma, sino contra la causa misma de la enfermedad: después del tratamiento sintomático el tratamiento causal. A la verdad, esta división no deja de ser algo esquemática; algunos de los medios que acabamos de señalar ejercen sin duda un efecto duradero sobre la lesión, al mismo tiempo que un efecto pasajero sobre las manifestaciones dolorosas; tales son la revulsión, la hidroterapia, la electroterapia y también algunos medicamentos como el sulfato de quinina por ejemplo.

De todos modos, el tratamiento causal se refiere á la lesión del nervio que constituye, cuando existe, la causa próxima del dolor y la terapéutica, en este caso es la de las neuritis, tal como se expone en el capítulo relativo á estas últimas; ó bien se refiere á la causa primitiva que ha dado origen al total proceso, es decir, á una de las causas enumeradas en la etiología de las neuralgias.

El arsénico, el ioduro de potasio á pequeñas dosis, etc., modifican ventajosamente el terreno artrítico; el bromuro de potasio, la valeriana y los otros agentes antiespasmódicos y nervinos, hallan sus indicaciones en los neuropatas. Pero, ante todo, una higiene bien entendida y rigurosamente observada viene á ser el medio más enérgico para luchar contra estos estados diatélicos. En realidad, los esfuerzos dirigidos contra el estado general y la constitución, por lógicos que parezcan, son á menudo poco eficaces ante una neuralgia crónica, en relación con lo que lo son en la neuralgia reciente; lo cual se comprende porque entonces se trata de una lesión definitivamente constituida y desde este momento incapaz de regresión; contra estas lesiones, pues, se debe obrar directamente. Por el contrario, la modificación del terreno podrá prevenir algunas veces la repetición de las neuralgias benignas, resultado al que se debe aspirar, porque las recidivas conducen á la cronicidad.

En algunos casos, la medicación causal obra de un modo soberano, sobre todo, si se aplica á tiempo; tal sucede con la neuralgia debida á la sífilis ó al

paludismo. El tratamiento específico por las preparaciones hidrargíricas en el primer caso, y por el sulfato de quinina en el segundo, deben administrarse inmediatamente.

Nos resta hablar del tratamiento quirúrgico. Cuando la neuralgia depende de una compresión del nervio por un tumor ó de su englobamiento en un absceso, la intervención del cirujano está desde luego indicada. También puede estarlo cuando se trata de neuralgias persistentes y rebeldes á toda terapéutica médica; estas neuralgias se combaten por varias clases de intervención operatoria: el estiramiento, la simple sección ó la excisión de un trozo de nervio enfermo. El estiramiento no suele dar más que resultados transitorios. Lo mismo sucede con la sección, que no se opone á la regeneración del nervio lesionado. La resección del nervio en cierta extensión es más segura, y sus efectos más duraderos. Sin embargo, también esta última operación no da buen resultado en algunos casos, sea porque el sitio de las alteraciones que provocan el dolor, se halle relativamente hacia los centros nerviosos, del extremo del segmento reseñado, sea que el dolor continúe transmitiéndose por las otras vías que le suministra la sensibilidad recurrente. Bueno es, antes de practicar la operación, asegurarse de que la compresión del nervio (Arloing y Tripier) ó su cocainización, por encima de una región accesible al cirujano, suprime el dolor neurálgico; sólo entonces podrá ser eficaz la intervención.

PATOGENIA.—El dolor de la neuralgia tiene por carácter principal el de seguir, al localizarse, la distribución de los ramos nerviosos. Desde el primer momento se siente el ánimo inducido á buscar el sitio de los desórdenes en un sistema anatómico que da clara cuenta de esta distribución y aparecen dos hipótesis: ó el mismo nervio es la causa, ó lo es el grupo de células medulares sensitivas en donde termina el nervio. La segunda hipótesis es, *a priori*, muy aceptable, dado el papel fisiológico de las células sensitivas de la médula. En efecto, cuando una excitación dolorosa obra sobre un nervio periférico, estas células son las que primero se impresionan; mediante ellas, la excitación es transmitida hasta los centros de percepción. Supongamos que de repente se verifica en las células una modificación que en estado normal es el producto de las excitaciones periféricas dolorosas; se percibirá un dolor, y este dolor será el mismo que si la excitación periférica se hubiera producido en realidad.

Entre estas dos hipótesis que se pueden distinguir con los términos de teoría periférica y teoría central ó medular, sería fácil la opción si la anatomía patológica suministrara siempre datos decisivos. Pero, lejos de esto, el examen del nervio y el de la médula casi siempre son negativos en los más característicos casos de neuralgia; aún queda el campo abierto á la discusión.

La teoría *periférica* invoca argumentos importantes. Bastantes veces, como está demostrado, el síndrome neuralgia tiene por substratum anatómico una verdadera lesión del nervio; neuritis ó congestión. Al contrario, en los sujetos afectados de neuralgia en que se ha podido examinar la médula, ó nunca se halló esta alterada, ó cuando menos no era ella sola la alterada; es verdad que se han citado hechos de este género, pero parecen poco concluyentes. Por esto, y razonando por analogía, se inclina el ánimo á atribuir á las modificaciones más determinadas del nervio mismo, los casos de neuralgia en que la anatomía patológica es más explícita. Tal vez se trate de lesiones puramente con-

gestivas que desaparecen por completo después de la muerte, ó también quizá de simples perversiones funcionales como las que se admiten en las neurosis.

La teoría *central* coloca en la médula el sitio único de las lesiones, ó cuando menos, el sitio inicial de los desórdenes. Esta doctrina, tal como fue formulada y sostenida con intransigencia por Anstie, es demasiado exclusiva; pero sin duda contiene una parte de la verdad. Como lo ha hecho observar particularmente Vulpian, sólo la participación de la médula en el proceso morboso da cuenta de ciertos hechos. Una caries dentaria, despierta una neuralgia en toda la cara, ¿cómo explicar esta difusión? Bajo la influencia de la excitación dolorosa periférica y, tal vez, en virtud de una predisposición anterior que resulta del temperamento individual, se exagera la excitabilidad de las células del eje gris, no sólo las células directamente interesadas, sino que también las células adyacentes manifiestan una especie de eretismo morboso. La exaltación funcional hasta puede traspasar los límites del núcleo sensitivo, directamente impresionado, y propagarse, hasta cierto punto, á toda la médula. Esta concepción — tanto más verosímil puesto que concuerda con los datos de la fisiología normal — nos da una explicación satisfactoria de diversas particularidades propias de las neuralgias: la sensación nacida en la periferia, amplificándose á la vez en intensidad y en extensión, y una lesión localizada en el dominio de un nervio, revelándose por un dolor que se extiende por toda la esfera de distribución de este nervio, y hasta se irradia por otros territorios. En fin, las neuralgias reflejas, cuyo punto de partida puede reducirse á una sensación relativamente mínima, reciben una interpretación de la misma clase.

## II. — Neuralgias en particular.

Describiremos, en primer lugar, la ciática y la neuralgia facial, que son por varios conceptos las más importantes entre las neuralgias. En segundo lugar, y de un modo más sumario, estudiaremos las otras especies.

### I. — CIÁTICA

Cotugno (1764), fue el primero que describió con precisión, con el nombre de *ischias nervosa postica*, esta enfermedad dolorosa; creyó que se trataba de una afección del nervio ciático, y la distinguió de la coxalgia ó *ischias arthritica*.

Con Valleix (1) y Romberg (2), que estudian los paroxismos dolorosos, pierde la enfermedad parte de su personalidad, y parece entrar en el tipo común de las neuralgias; hablando con propiedad, más bien se trata de dolores localizados en el nervio ciático, que de una enfermedad de dicho nervio.

Lasègue (3) aporta nuevos datos más exactos; demuestra que desde el pun-

(1) *Traité des névralgies*, Paris, 1841.

(2) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, Berlin, 1840.

(3) *Archives générales de médecine*, 1864.

to de vista clínico, los paroxismos dolorosos no son los únicos fenómenos importantes, y ni siquiera los más importantes; da valor á los síntomas permanentes, hace observar que la ciática posee una fisonomía propia, presenta una evolución particular, reviste diversas formas, y concluye que debe ser considerada, no como un caso particular de la neuralgia común, sino de una enfermedad bien distinta, dependiente de una alteración real del nervio. Otros autores, entre los cuales se debe citar Fernet (1), y sobre todo Landouzy (2), hacen suya y desarrollan la misma doctrina, y vuelven con Lasègue á la tradición de Cotugno.

Citemos también, como trabajos de conjunto sobre la ciática, la tesis de Lagrelette (3), y los artículos de Homolle (4) y de Lereboullet (5).

**ETIOLOGÍA.** — La neuralgia ciática es la más frecuente, después de la neuralgia intercostal. Las causas son, en tesis general, las mismas que las de toda neuralgia ó de toda neuritis. Se las puede dividir simplemente en causas generales ó lejanas, y en causas locales, si bien es verdad que muy á menudo se unen estas dos clases de causas.

**Causas generales.** — Excepcional en el niño, la ciática es sobre todo una enfermedad de la edad madura. Los hombres, más expuestos á la intemperie, la padecen ocho veces más que las mujeres (Gibson) (6), aunque estas últimas están más sujetas á las afecciones de la pequeña pelvis, causas frecuentes de ciática.

La *constitución* y el temperamento, factor complejo y mal definido, en donde los estigmas hereditarios se complican con las modificaciones adquiridas, desempeña un papel etiológico innegable. Un gotoso, un reumático y un neuropata, están predispuestos á la ciática. La «gota ciática» es una localización bastante común de la diátesis (Garrod). La ciática y, más especialmente, la ciática doble (Worms), está ligada algunas veces á la diabetes.

El papel de ciertas *intoxicaciones* (plomo, tabaco, óxido de carbono), no está claramente demostrado.

Existe, por el contrario, una ciática *infecciosa*. Es una de las manifestaciones posibles de la sífilis, y no una de las más raras, según Fournier. La neuralgia, que representa una forma larvada de la malaria, afecta también al ciático (Flitz), pero excepcionalmente (L. Colin); puede ser doble (Potti) (7). La ciática no es rara en los tuberculosos.

La fiebre tifoidea, la infección puerperal, la grippe y, sin duda, también la mayor parte de las demás infecciones agudas, pueden provocar la aparición de la ciática; pero merece una mención particular la blenorragia, que cuenta este accidente entre sus manifestaciones llamadas reumáticas (Fournier).

Entre las ciáticas de causa general ó, mejor dicho, *de causa remota*, tenemos las ciáticas llamadas *reflejas*. Una neuralgia facial (Piorry, Brown-Séguard),

(1) *Archives générales de médecine*, 1878.

(2) *Archives générales de médecine*, Marzo-Mayo, 1865.

(3) Thèse de Paris, 1869.

(4) *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

(5) *Dict. encycl.*

(6) V. Gibson, Analyse de 1000 cas de sciaticque primitive. *The Lancet*, 15 Abril, 1893, p. 869, anal. in *Rev. neurol.*, p. 338, 1893.

(7) *Univ. M. Mag.*, Philad., III, 317, 1890-1891.