

A la vérité, cette classification, tout autorisée qu'elle soit par l'observation des faits, n'est pas absolument rigoureuse. Entre la névrite aiguë ou subaiguë et la névrite chronique, il y a tous les intermédiaires. D'autre part, les frontières de la névralgie pure ne sont pas nettement précisées; dans certains cas, on doute s'il y a lésion du nerf, mais on est sûr du moins que la lésion, si elle existe, est légère, mobile, transitoire; on peut admettre alors une simple congestion, et parler de névralgies congestives. Toutefois, il faut bien le dire, cette dernière interprétation demeure hypothétique, elle n'est que vraisemblable; la congestion locale, liée souvent à l'accès névralgique, doit en être considérée comme l'effet, non comme la cause.

Nous plaçant à un point de vue clinique, nous décrirons trois formes principales : la névralgie-névrose, la névralgie-névrite subaiguë et la névralgie-névrite chronique.

Névralgie-névrose. — Le type de cette névralgie se montre surtout chez des névropathes. Sans cause occasionnelle connue, ou sous l'influence d'un choc nerveux d'origine émotive ou sensorielle, parfois à la suite de l'impression du froid, on voit éclater brusquement, sans prodromes d'aucune sorte, la douleur aiguë qui caractérise les paroxysmes névralgiques. Cette douleur disparaît et reparait sans raison appréciable; aucune douleur continue ne subsiste dans les intervalles, la douleur à la pression fait elle-même défaut. Au bout d'un temps variable, généralement court, tout s'efface sans laisser de vestiges. Aucune régularité dans l'évolution de cette névralgie, tout y est caprice; ce n'est, suivant l'expression de Lasègue, qu'une succession de douleurs hasardeuses.

Il n'existe vraisemblablement, dans cette forme, aucune lésion anatomique du nerf ni de son noyau, ou bien ce n'est qu'une lésion légère, telle qu'anémie ou congestion.

Névralgie-névrite subaiguë. — On la voit souvent apparaître sous l'influence du froid ou d'un traumatisme, de préférence chez les sujets arthritiques. Son début est rapide, mais pourtant graduel : la douleur, d'abord légère, n'atteint qu'au bout de quelques jours, ou tout au moins de quelques heures, une grande acuité. Dans l'intervalle des accès paroxystiques, on note constamment une douleur continue plus ou moins intense, et les points douloureux de Valleix peuvent être reconnus par des pressions méthodiques. Cette continuité du symptôme, et l'endolorissement des branches nerveuses que la pression révèle, semblent déjà témoigner en faveur d'une lésion réelle du nerf; les signes qui se surajoutent à l'élément douleur plaident dans le même sens, car ils appartiennent à la névrite. Telles sont la paralysie et surtout l'atrophie musculaires qui se montrent quand la névralgie occupe un nerf mixte comme le sciatique. Souvent apparaissent les troubles trophiques de la peau qui caractérisent les névrites. Sans les énumérer ici, mentionnons le zona; citons aussi l'œdème local, complication fréquente.

Après deux ou trois semaines de durée, parfois moins, souvent davantage, lentement la douleur décroît; elle fait place à un simple engourdissement, enfin elle s'efface. Déjà le zona, s'il existait, a disparu. Quant à l'atrophie musculaire, elle peut subsister encore un certain temps. Les récidives, à échéance plus ou moins longue, sont loin d'être rares.

La névrite subaiguë n'est parfois, surtout quand elle récidive, que le prélude de la névrite chronique.

Névralgie-névrite chronique. — Cette forme s'observe principalement chez

les vieillards. D'ordinaire elle débute avec les allures d'une névrite subaiguë, quelquefois pourtant la chronicité s'affirme d'emblée par la lenteur avec laquelle se développe l'affection. Ici la douleur continue a plus d'importance que la douleur paroxystique. Les troubles trophiques musculaires et cutanés sont beaucoup plus marqués et infiniment plus tenaces que dans la névrite subaiguë. La maladie dure indéfiniment, à travers des phases alternatives d'amendement et d'exacerbation.

Telles sont les formes le mieux tranchées que la névralgie affecte. On a cherché à en distinguer beaucoup d'autres, auxquelles on a voulu assigner des modes pathogéniques distincts⁽¹⁾. On a décrit à part les névralgies congestives (Gubler), auxquelles nous avons fait allusion, et qui tiendraient à une congestion du nerf ou de son noyau; elles comprendraient les névralgies palustres, une partie des névralgies *a frigore* et rhumatismales, les névralgies liées à la suppression des règles, etc. De même on a voulu faire une catégorie particulière des névralgies par anémie du nerf ou de son noyau. Mais la pathogénie des névralgies est trop peu connue pour justifier actuellement des classifications qui la prennent pour base.

L'étiologie ne saurait servir davantage à établir une classification rationnelle, car une même cause peut déterminer des névralgies qui diffèrent beaucoup dans leur type et dans leur évolution. E. Besnier, qui a étudié les névralgies rhumatismales, en a donné une description qui répond, pour certains groupes de faits, au tableau de la névralgie-névrose, et, pour d'autres, à celui de la névralgie-névrite. De même les névralgies *a frigore* peuvent revêtir les diverses formes.

Il n'est guère que la névralgie *palustre* qui ait des caractères propres et reconnaissables. Tantôt l'accès névralgique se substitue à l'accès palustre fébrile dont il représente alors une forme larvée; tantôt il le complique, et prend simplement le pas sur les phénomènes fébriles, ceux-ci ne disparaissent point. La névralgie palustre affecte de préférence le trijumeau, mais frappe parfois les intercostaux, l'occipital ou le sciatique. Les accès surviennent presque toujours le matin; ils revêtent d'ordinaire le type quotidien, mais peuvent affecter les modes divers de périodicité qui appartiennent aux accès fébriles; Trousseau a même observé le type triple quart.

Diagnostic. — La névralgie se distingue des autres espèces de douleurs par des caractères propres : correspondance avec le trajet d'un nerf, rémittence ou intermittence, tendance aux irradiations, points précis douloureux à la pression.

La *myosalgie* siège au niveau de l'insertion des muscles affectés; elle s'exaspère au moindre mouvement exécuté par ces muscles, au moindre tiraillement qu'ils subissent; elle est fixe et ne procède point par accès.

Les *douleurs ostéocopes* de la syphilis s'exagèrent la nuit; leur siège est autre que celui des douleurs névralgiques.

Les myélites chroniques, surtout le *tabes*, s'accompagnent de douleurs fulgurantes. Ces douleurs, qui reviennent par accès, et qui consistent en des élancements partant d'un point fixe et parcourant avec la rapidité de l'éclair le membre affecté, ne manquent pas d'analogie avec les douleurs de la névralgie;

⁽¹⁾ Voir HALLOPEAU. Art. NÉVRALGIE du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

mais elles ne sont généralement pas localisées dans un nerf déterminé, et les points douloureux à la pression font défaut. Il importe de ne pas confondre avec une simple névralgie des crises douloureuses qui peuvent être le prélude du tabes; l'erreur a été souvent commise.

Les douleurs, les crampes et l'impotence musculaire, qui caractérisent la *claudication intermittente* de Charcot, ne se montrent qu'après une marche d'une certaine durée. Elles sont dues, comme on sait, à des lésions artérielles: l'insuffisance d'irrigation des membres inférieurs, qui en résulte, permet aux muscles et aux nerfs une nutrition suffisante au repos, insuffisante dans le fonctionnement; de là l'intermittence des phénomènes, que le repos et le mouvement amendent et ramènent tour à tour. On ne peut confondre cette maladie avec une névralgie vulgaire.

Il faut savoir toutefois qu'on désigne parfois, sous le nom de *claudication intermittente de Roth*, des cas de *méralgie paresthésique* (affection à laquelle nous avons fait allusion plus haut) procédant par crises que provoque la marche, et parfois exclusivement la marche, comme dans une observation de Brissaud: il paraît s'agir d'un angiopasme localisé ou plutôt prédominant dans la sphère du nerf fémoro-cutané⁽¹⁾.

Ajoutons que des phénomènes du même genre peuvent se montrer dans d'autres domaines, et provoquer des troubles de la marche qu'on pourrait désigner sous le nom de *claudication intermittente* s'il n'y avait intérêt à conserver à ce terme la définition restreinte accréditée par Charcot, mais qu'il nous paraît préférable, pour éviter les confusions, d'appeler des *dysbasies* intermittentes (L. Hallion et J.-B. Charcot)⁽²⁾.

La névralgie une fois reconnue, on en déterminera la variété. Les douleurs sont-elles franchement intermittentes, le retour des accès très capricieux, on regardera l'affection comme une névralgie pure, due à une simple névrose, tout au plus à une congestion du nerf ou de son noyau. Si la maladie adopte une évolution cyclique, si la douleur continue existe, avec les points de Valleix, mais surtout si des troubles trophiques apparaissent, on devra conclure à une névrite subaiguë. Enfin nous avons vu qu'une névralgie chronique relève toujours d'une névrite chronique.

Le diagnostic de la cause a parfois un grand intérêt. On cherchera s'il n'existe pas sur un point quelconque du trajet du nerf une lésion d'où la névralgie dépend: traumatisme, compression par une tumeur, etc. On songera à la possibilité des névralgies réflexes, lesquelles procèdent habituellement d'une affection viscérale. L'état général du sujet, ses antécédents, peuvent fournir d'utiles indications en révélant la syphilis, la chlorose, l'impaludisme, le cancer, etc., toutes maladies qui, par des procédés divers, sont capables de produire la névralgie. L'intervention de la malaria et de la syphilis sont particulièrement importantes à mettre en lumière. Nous avons indiqué les principaux caractères des accès névralgiques chez les paludéens; ajoutons que l'efficacité du traitement par le sulfate de quinine serait une nouvelle présomption, mais rien qu'une présomption, en faveur de l'origine palustre des accès. Dans les cas où l'action de la syphilis est soupçonnée sans être évidente, les effets du traitement spécifique servent de critérium.

M. Pitres a appliqué avec succès un procédé intéressant au *diagnostic du*

⁽¹⁾ BRISSAUD. *Soc. de neurol.*, 6 juillet 1899, in *Revue neurol.*, 1899, p. 514.

⁽²⁾ Dysbasies d'origine nerveuse. *Arch. de neurol.*, 1892-1895.

siège des excitations algésiogènes dans les névralgies: il compare les effets des injections anesthésiantes de cocaïne, pratiquées soit sous la peau des régions endolories, soit le long du trajet des troncs nerveux, soit dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne. On distingue ainsi si la névralgie est extra-fasciculaire, fasciculaire, ou radiculo-médullaire, et l'on décide si une intervention chirurgicale est opportune et si elle doit porter sur tel ou tel point des trajets nerveux.

Dans les cas de névralgies réflexes, des injections portées sur le foyer d'irritation calmeront la douleur, et l'on voit comment la méthode peut permettre de préciser l'existence et le siège de ce foyer, ne fût-ce que par tâtonnement⁽¹⁾.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant les formes. La névralgie pure est bénigne, car elle guérit toujours. La névralgie par névrite subaiguë doit éveiller plus de craintes, car elle peut récidiver, et dégénérer tôt ou tard, surtout chez les sujets âgés, en névralgie chronique. La névralgie par névrite chronique est toujours grave, car sa durée est indéfinie. Il est donc essentiel, avant d'augurer de l'évolution probable, de déterminer la forme en présence de laquelle on se trouve.

La névralgie palustre et la névralgie syphilitique sont relativement bénignes, car elles donnent prise à un traitement spécifique habituellement efficace.

Traitement. — Calmer la douleur, en supprimer la cause, tel doit être le double objectif.

La *morphine* remplit à merveille la première indication; l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de ce médicament dissipe rapidement la douleur. Malheureusement l'action sédative obtenue ne dure guère plus de six à huit heures; de plus, l'accoutumance s'établissant, on se voit conduit à augmenter progressivement les doses, et le morphinisme chronique est à craindre, avec les déplorables effets qu'il comporte. L'extrait thébaïque offre à peu près les mêmes avantages et les mêmes périls. De même l'héroïne jusqu'à un certain point. Le sulfate d'atropine, à la dose de 1 à 2 milligrammes, réussit bien, mais il est dangereux. L'aconitine serait préférable, d'après Gubler. L'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon sont recommandables. Le sulfate de quinine est souvent du meilleur effet, surtout dans les névralgies à type périodique, et cela en dehors même de toute infection palustre; Gubler recommande de l'administrer à la dose de 50 centigrammes, quatre heures au moins avant le retour présumé de l'accès. Tous ces médicaments, et, d'une façon générale, tous les narcotiques, tous les sédatifs ont leurs avantages. Bien souvent, sans qu'on en sache précisément la raison, tel d'entre eux réussit auprès d'un sujet, échoue auprès d'un autre; c'est alors par tâtonnement qu'on est amené à faire un choix.

Des topiques divers ont été préconisés en applications à la surface de la peau, *loco dolenti*: pommades à la jusquiame, à la belladone, etc. Leur efficacité est douteuse, minime en tout cas. Par contre, il est une médication locale souvent très efficace; nous voulons parler de la révulsion. Le chloroforme, l'éther, employés en frictions, de même que l'essence de térébenthine, agissent peut-être comme agents révulsifs plutôt que comme anesthésiants proprement dits. Mentionnons les ventouses sèches ou scarifiées, les sinapismes, les vésicatoires,

⁽¹⁾ *Revue neurol.*, 1900, p. 1154.

l'aquapuncture, aujourd'hui peu usitée, et surtout un procédé qui a pris une grande extension dans ces dernières années : la pulvérisation de chlorure de méthyle (Tennessee, Debove). On projette à la surface de la peau, sur la région douloureuse et sur tout le trajet du nerf affecté, un jet de chlorure de méthyle qui produit une congélation immédiate du tégument. Il importe de limiter à un temps très court la pulvérisation sur un point donné, car une réfrigération excessive provoquerait non seulement une vésication ultérieure, inconvénient relativement minime, mais encore une mortification du derme, une escarre. Le procédé du « stypage », imaginé par le Dr Bailly (de Chambly), permet de doser plus sûrement l'effet. Signalons encore les applications locales du salicylate de méthyle.

Luton avait recommandé, comme procédés de révulsion, des injections sous-cutanées irritantes (nitrate d'argent) ayant pour but de déterminer des abcès. Bartholin injecta du chloroforme jusque dans le voisinage du nerf : il obtenait sans doute ainsi des effets de révulsion plutôt que l'anesthésie directe des fibres nerveuses. Mais on a obtenu cette dernière action par l'injection de cocaïne dans le nerf, ou tout au moins dans son voisinage immédiat. Ces divers procédés ne paraissent pas exempts de danger ; si l'on détermine ainsi un soulagement plus ou moins prolongé, ne court-on pas le risque d'aggraver pour la suite les lésions existantes ?

Les injections hypodermiques de salicylate de soude, au voisinage immédiat du nerf malade, donnent d'excellents résultats (Bouchard).

L'électrothérapie, bien maniée, fournit souvent d'excellents effets. On applique un courant faradique sur le trajet du nerf, et plus spécialement au niveau des points douloureux, à l'aide du pinceau de Duchenne ; ou bien on faradise pendant quelques minutes le tronc nerveux le plus près possible de son origine. Erb recommande beaucoup les courants galvaniques ; d'après lui, la galvanisation n'est pas inférieure à la faradisation dans les cas de névralgie pure, et lui est bien préférable dans les cas de névrite. Faut-il employer des courants ascendants, c'est-à-dire appliquer le pôle positif à la périphérie, sur les points douloureux, et le pôle négatif plus près des centres ? Vaut-il mieux que les courants soient descendants ? Sur ce point les avis sont partagés ; certains auteurs recommandent les courants successivement dirigés dans les deux sens, chaque fois durant quelques minutes. On doit employer des courants faibles, ne dépassant pas, en tout cas, 10 à 12 milliampères, et les séances, qu'on renouvelera tous les jours ou tous les deux jours, ne doivent pas durer chacune plus de huit à dix minutes. On peut, au lieu d'appliquer sur deux points du trajet nerveux des électrodes de petite surface, user de la méthode unipolaire ; l'électrode indifférente, de large surface, est située sur une région quelconque du tronc, et l'électrode active, de faible étendue, représentant le pôle négatif ou le pôle positif, est appliquée *loco dolenti*. Somme toute, le meilleur mode d'emploi de l'agent électrique, surtout en ce qui concerne les courants galvaniques, est encore mal établi.

Les plaques métalliques, appliquées en permanence, paraissent avoir fourni de bons effets, sans doute parce qu'elles développent des courants continus très faibles, plus efficaces parfois que les courants forts (Regnard).

L'hydrothérapie, sous forme de bains de vapeur et de douches chaudes, trouve ses indications surtout dans les formes chroniques ; appliquée dans une phase aiguë, elle ne serait pas sans péril.

Telles sont les principales médications internes et externes dirigées contre les douleurs névralgiques. Il nous reste à indiquer les procédés thérapeutiques mis en œuvre pour lutter non plus contre le symptôme, mais contre la cause même de la maladie : après le traitement symptomatique, le traitement causal. A la vérité, cette division ne laisse pas d'être un peu schématique ; certains moyens que nous avons signalés tout à l'heure exercent sans doute un effet durable sur la lésion en même temps qu'un effet passager sur les manifestations douloureuses : telles sont la révulsion, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage ⁽¹⁾, tels sont aussi plusieurs médicaments, le sulfate de quinine, par exemple.

Quoi qu'il en soit, le traitement causal s'adresse à la lésion du nerf qui constitue, quand elle existe, la cause prochaine de la douleur, et la thérapeutique en pareil cas est celle des névrites, telle qu'elle est exposée dans le chapitre relatif à ces dernières ; ou bien il s'adresse à la cause primitive qui est à l'origine même du processus, c'est-à-dire à l'une des causes énumérées dans l'étiologie des névralgies.

L'arsenic, l'iode de potassium à petites doses, etc., peuvent modifier avantageusement le terrain arthritique ; le bromure de potassium, la valériane et autres agents antispasmodiques et nervins trouvent leurs indications chez les névropathes. Mais, avant tout, une hygiène bien entendue, rigoureusement observée, demeure le moyen le plus puissant pour lutter contre ces états diathésiques. En réalité, les efforts dirigés contre l'état général, contre la constitution, pour logiques qu'ils paraissent, ont souvent peu d'efficacité vis-à-vis de la névralgie une fois installée à demeure, de la névralgie chronique ; cela se comprend, car il s'agit alors de lésions définitivement constituées, désormais incapables de régression ; c'est contre ces lésions qu'il faudrait directement agir. Par contre, la modification du terrain pourra parfois prévenir le retour des névralgies bénignes : résultat très désirable, car les récurrences conduisent à la chronicité.

Il est des cas où la médication causale agit le plus souvent d'une façon souveraine, surtout si elle est appliquée à temps ; c'est quand la névralgie tient à la syphilis ou à l'impaludisme. Le traitement spécifique, par les préparations hydrargyriques dans le premier cas, par le sulfate de quinine dans le second, doit être immédiatement mis en œuvre.

Il nous reste à parler du traitement chirurgical. Si la névralgie tient à une compression du nerf par une tumeur, à son englobement dans un abcès, l'intervention du chirurgien est naturellement indiquée. Elle peut l'être aussi quand il s'agit de névralgies sévères, rebelles à toute thérapeutique médicale ; ces névralgies sont justiciables de plusieurs modes d'intervention opératoire : l'élongation du nerf malade, sa section simple, ou son excision sur une certaine étendue. L'élongation ne donne souvent que des résultats transitoires. Il en est de même de la section, qui ne s'oppose pas à la régénération du nerf lésé. La résection du nerf sur une certaine étendue est plus sûre, ses effets plus durables. Pourtant cette dernière opération fournit elle-même des échecs, soit que le siège des altérations d'où les douleurs dépendent se trouve, relativement aux centres nerveux, en deçà du segment réséqué, soit que la douleur continue à se transmettre par les voies détournées que lui fournit la sensibilité récurrente. Avant de pratiquer l'opération, il est bon de s'assurer que la compression du nerf (Arloing et Tripier) ou sa cocaïnisation, au-dessus d'une certaine région acces-

(1) Voy. DAGRON. *Bull. méd.*, 5 mars 1902.

sible au chirurgien, supprime la douleur névralgique; alors seulement l'intervention promet d'être efficace (1).

Pathogénie. — La douleur de la névralgie a pour caractère principal de se conformer, dans sa localisation, à la distribution des branches nerveuses. On est de prime abord induit à chercher le siège des désordres dans un système anatomique qui rende compte de cette répartition, et deux hypothèses se présentent : ou bien le nerf lui-même est en cause, ou bien c'est le groupe de cellules médullaires sensitives auquel le nerf aboutit. La deuxième hypothèse est, *a priori*, très acceptable, étant donné le rôle physiologique des cellules sensitives de la moelle. En effet, quand une excitation douloureuse est portée sur un nerf périphérique, ces cellules sont les premières impressionnées; c'est par leur intermédiaire que l'excitation se transmet jusque dans les centres de perception. Supposons que, d'emblée, se réalise dans des cellules une modification qui, normalement, résulte des excitations périphériques douloureuses; une douleur sera perçue, et cette douleur sera la même que si l'excitation périphérique avait eu lieu réellement.

Entre ces deux hypothèses, qu'on peut distinguer sous les termes de théorie périphérique et de théorie centrale ou médullaire, l'option serait aisée, si l'anatomie pathologique fournissait toujours des résultats décisifs. Mais, loin de là, l'examen du nerf et celui de la moelle demeurent souvent négatifs dans les cas de névralgie les mieux caractérisés; le champ reste ouvert à la discussion.

La théorie *périphérique* invoque des arguments importants. Maintes fois, c'est chose démontrée, le syndrome névralgie a pour substratum anatomique une véritable lésion du nerf : névrite ou congestion. Au contraire, chez des sujets atteints de névralgie dont on a pu examiner la moelle, on n'a jamais trouvé que celle-ci fût altérée, ou du moins qu'elle fût altérée seule; on a signalé, il est vrai, des faits de ce genre, mais ils paraissent peu probants. Dès lors, raisonnant par analogie, on est tenté d'attribuer à des modifications mal déterminées du nerf lui-même les cas de névralgie sur lesquels l'anatomie pathologique demeure muette. Peut-être s'agit-il de lésions purement congestives, dont la trace se dissipe après la mort; peut-être aussi de simples perversions fonctionnelles, telles qu'on les admet dans les névroses.

La théorie *centrale* place dans la moelle le siège unique, ou tout au moins le siège initial des désordres. Cette doctrine, telle qu'elle fut formulée et soutenue avec intransigeance par Anstie, est trop exclusive; mais elle renferme sans doute une part de vérité. Comme l'a fait ressortir en particulier Vulpian, une participation de la moelle au processus morbide peut seule rendre compte de certains faits. Une carie dentaire éveille une névralgie dans toute la face; comment expliquer cette diffusion? Sous l'influence de l'excitation douloureuse périphérique, et peut-être en vertu d'une prédisposition antérieure qui résulte du tempérament individuel, les cellules de l'axe gris voient leur excitabilité s'exagérer; non seulement les cellules directement ébranlées, mais encore les cellules adjacentes manifestent une sorte d'éréthisme morbide. L'exaltation fonctionnelle peut même déborder les limites du noyau sensitif directement impressionné, et se propager, dans une certaine mesure, à toute la moelle. Cette

(1) Voy. H.-F. PLIQUE. Le traitement des névralgies et des névrites. *Actualités méd.*, J.-B. Baillière, in-18, 96 p., 1901.

conception, d'autant plus vraisemblable qu'elle concorde avec les données de la physiologie normale, fournit une explication satisfaisante de diverses particularités propres aux névralgies : la sensation née à la périphérie s'amplifiant à la fois comme intensité et comme étendue, une lésion localisée dans le domaine d'un nerf se traduisant par une douleur qui s'étend à toute la sphère de distribution de ce nerf et s'irradie même dans d'autres territoires. Enfin les névralgies réflexes, dont le point de départ peut être dans une sensation relativement minime, reçoivent une interprétation du même ordre.

II. — NÉVRALGIES DE DIFFÉRENTS NERFS

Nous décrirons en premier lieu la sciatique et la névralgie faciale qui sont, à divers égards, les plus importantes parmi les névralgies. Les autres espèces seront étudiées en second lieu, et de façon plus sommaire.

SCIATIQUE

Cotugno (1764) décrit le premier avec précision, sous le nom d'*ischias nervosa postica*, cette maladie douloureuse; il en fait une affection du nerf sciatique, et il la distingue avec soin de la coxalgie ou *ischias arthritica*.

Avec Valleix (1) et Romberg (2), qui étudient les paroxysmes douloureux, la maladie perd de sa personnalité, elle paraît se calquer sur le type banal des névralgies; il ne s'agit plus à proprement parler d'une maladie du nerf sciatique, mais de douleurs localisées dans ce nerf.

Lasègue (3) apporte des vues plus larges et plus justes; il montre qu'au point de vue clinique les paroxysmes douloureux ne sont pas les seuls phénomènes importants, ni même les plus importants; il met en valeur les symptômes permanents, il fait observer que la sciatique possède une physionomie propre, présente une évolution particulière, revêt des formes diverses, et conclut qu'elle doit être regardée non pas comme un cas particulier de la névralgie banale, mais comme une maladie bien distincte, relevant d'une altération réelle du nerf. D'autres auteurs, parmi lesquels on doit citer Fernet (4) et surtout Landouzy (5), reprennent et développent la même doctrine, et retournent avec Lasègue à la tradition de Cotugno.

Citons encore, comme travaux d'ensemble sur la sciatique, la thèse de Lagrelette (6), les articles de Homolle (7) et de Lereboullet (8).

Étiologie. — La névralgie sciatique est la plus fréquente après la névralgie intercostale. Ses causes sont, d'une manière générale, les mêmes que celles de

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

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

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

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

(5) *Archives générales de médecine*, mars-mai 1865.

(6) Thèse de Paris, 1869.

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

(8) *Dict. encycl. Dechambre*.