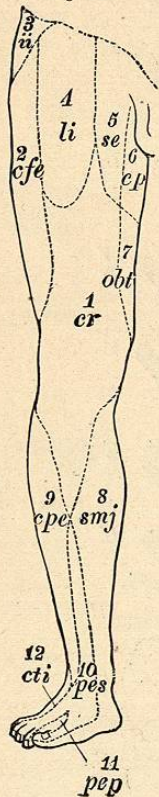


de ces deux fonctions, mais rarement isolément; les troubles dont ils sont fréquemment le siège, n'ont qu'une valeur symptomatique de maladies centrales et, en particulier, de maladies spinales, du tabes en première ligne. Nous ne pouvons donc en parler ici qu'in cidemment. Citons d'abord, parmi

Fig. 123.



Zones d'épanouissement des différents nerfs cutanés sur les extrémités inférieures. (D'après Henle).

Fig. 123. Face antérieure. 1 N. crural. 2 N. fémoro-cutané. 3 Br. grande abdomino-scrotale. 4 N. lombo-inguinal. 5 Rameau externe du génito-crural. 6 N. cutané post. 7 N. obturateur. 8 N. saphène interne (du n. crural). 9. Branche-cutanée péronière. 10 N. péronier superficiel. 11 N. péronier profond. 12 Rameau communiquant du tibial.

les troubles de sensibilité, la névralgie lombo-abdominale qui retentit sur l'articulation coxo-fémorale de la même façon que le fait la névralgie cervico-brachiale sur l'articulation de l'épaule; dans cette névralgie, les douleurs se font

Fig. 124.

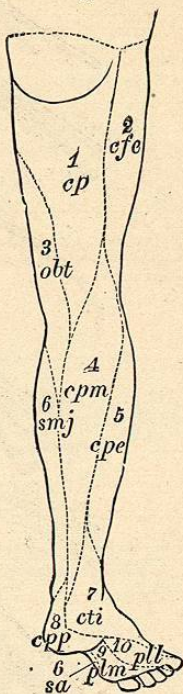


Fig. 124 Face postérieure. 1 N. cutané postér. 2 N. fémoro-cutané. 3 N. obturateur. 4 N. saphène péronier. 5 Branche cutanée péronière. 6 N. saphène interne (du n. crural). 7 N. rameau communicant du tibial. 8 Branche cutanée perforante du tibial. 9 N. plantaire interne (du tibial). 10 N. plantaire externe (du tibial).

sentir dans toute la région lombaire jusqu'au siège. La névralgie spermatique, décrite par A. Cooper sous le nom de testicule irritable, possède une importance pratique indiscutable. On peut la considérer comme une subdivision de la névralgie lombo-abdominale; Eulenberg et d'autres encore en font une névralgie du sympathique. Les douleurs spontanées, la sensation de constriction qu'éprouve le patient, sont telles qu'elles peuvent donner lieu à une exaltation psychique passagère; d'habitude, un testicule seulement est atteint; l'affection s'observe principalement chez les jeunes gens. Mentionnons ensuite la névralgie crurale et la névralgie obturatrice, dans lesquelles la douleur, très vive, se fait sentir le long du nerf atteint: les points douloureux sont inconstants, leur siège est d'ailleurs variable.

Le **traitement** sera institué conformément aux règles que nous énoncerons à propos du traitement de la névralgie sciatique.

Les troubles moteurs, avons-nous vu, sont rarement isolés, c'est surtout bien vrai ici: on peut dire qu'autant ils sont fréquents à titre de manifestation spinale, autant ils sont rares comme affection d'origine périphérique. Les paralysies du nerf crural, enrayent le fonctionnement du m. psoas-iliaque du triceps fémoral; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin et d'extension de la jambe sur la cuisse sont supprimés. La paralysie du n. obturateur rend impossible l'adduction de la cuisse, le malade ne peut croiser les jambes l'une sur l'autre. Les mêmes troubles fonctionnels dans le domaine des nerfs fessiers, du tenseur du fascia lata, du pyramidal rendent plus difficile la rotation de la cuisse en dedans et en dehors; les mouvements d'abduction sont également compromis. La station debout, la marche, l'ascension d'un escalier surtout, deviennent très pénibles. On trouvera de plus amples détails dans le livre de Duchenne, où la physiologie normale et pathologique des muscles en question est traitée d'une manière très approfondie.

IV. Maladies des nerfs sacrés et coccygiens.

Les branches postérieures des nerfs sacrés, peu volumineuses, sortent du bassin en arrière, à travers les trous sacrés postérieurs et, après différentes anastomoses, donnent naissance au plexus sacré postérieur.

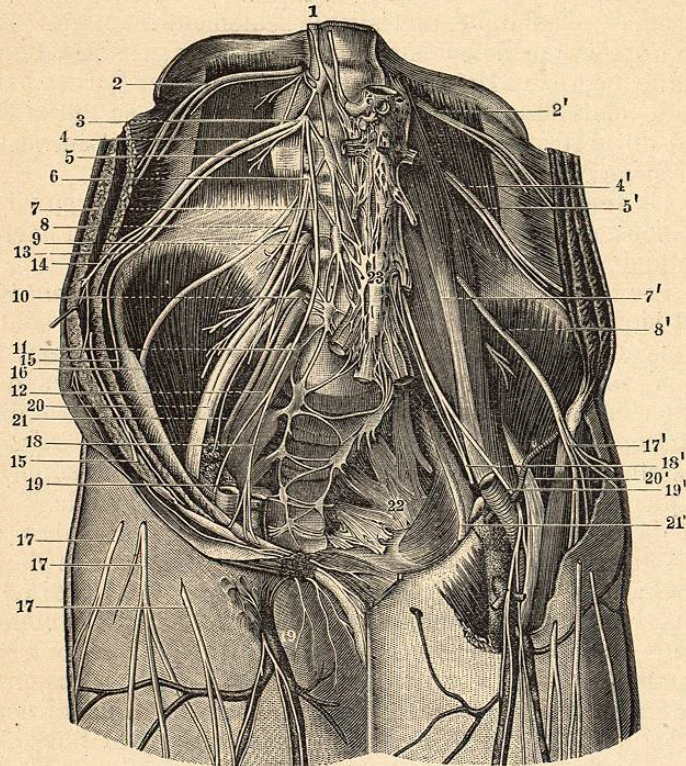
Les branches antérieures, beaucoup plus puissantes, gagnent le petit bassin et forment le plexus sacré antérieur ou plexus sacro coccygien, qui comprend trois plexus secondaires:

1. Le plexus ischiatique, développé au-devant du m. pyramidal: il fournit les nerfs fessiers supérieur et inférieur ou petit-sciatique, le fémoro-

cutané postérieur et, de plus, le nerf le plus volumineux du corps, le grand sciatique. Celui-ci se divise en branches péronière (superficielle et profonde), et tibiale postérieure — (dans le creux poplité, celle-ci fournit un rameau collatéral pour le biceps fémoral, ses branches terminales sont les n. plantaires interne et externe).

2. Le plexus honteux situé au bord inférieur du m. pyramidal, d'où naissent les n. hémorroïdaux moyen et inférieur, le n. honteux interne et le n. dorsal de la verge.

Fig. 125.



Branches du plexus lombaire. (D'après Hirschfeld et Leveillé.)

1 Grand-symphatique. 2 et 2' Branche antérieure du 12^e nerf dorsal. 3 1^{er} nerf lombaire. 4 et 4' Branche abdomino-génitale supérieure. 5 et 5' Br. abdomino-génitale inférieure. 6 2^e n. lombaire. 7 et 7' N. génito-crural. 8 et 8' N. fémoro-cutané. 9-11 3^e-5^e n. lombaire. 12 N. lombo-sacré. 13-15 Branches du nerf abdominal génital supérieur et de l'abdomino-génital inférieur. 16-17 N. fémoro-cutané droit. 17' Le même à gauche. 18 et 18' N. spermatique ext. 19 et 19' Rameau fémoral du génito-crural. 20 et 20' N. crural. 21 et 21' N. obturateur. 22 N. grand sciatique gauche. 23 Plexus splanchnique, N. sympathique.

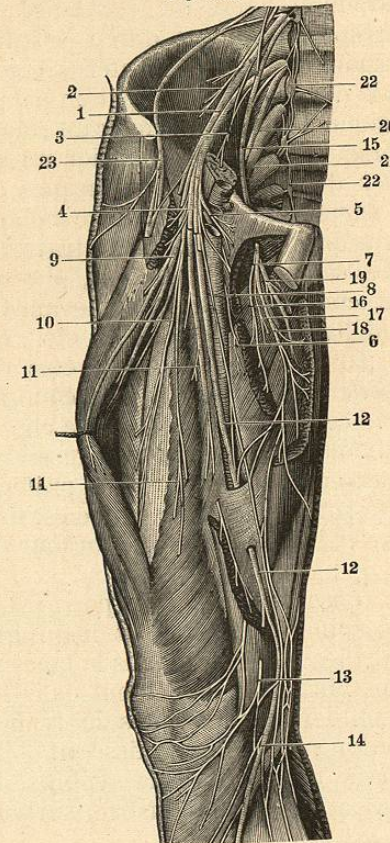
3. Le plexus coccygien, situé au-devant du m. ischio-coccygien, qui fournit 4 ou 5 branches grêles pour le sphincter externe de l'anus, le releveur de l'anus et la peau environnante.

Les affections idiopathiques du plexus sacré affectent de préférence l'élément sensible de ses nerfs : les troubles moteurs sont aussi fréquents, mais dans l'immense majorité

des cas, ils constituent un symptôme des maladies de la moelle épinière.

Parmi les affections des fibres sensibles, il en est une qui, par sa fréquence relative et sa résistance à nos moyens médicaux, mérite de fixer notre attention : nous voulons parler de la névralgie sciatique, *malum Cotunnii* (Cotugno, 1764).

Fig. 126.



Le nerf crural et les branches perforantes moyennes. (D'après Hirschfeld et Leveillé.)

1 N. crural. 2-3. Branches muscul. 4 Branches terminales ant. coupées transversalement. 5 Branche muscul. 6, 7, 8 Branches perforantes moyennes. 9-11 Branches muscul. 12-14. N. saphène interne et ses ramifications. 15-19 N. obturateur avec ses divisions. 20 Tronc lombo-sacré. 21 N. sacré. 22 Grand sympathique. 23 N. fémoro-cutané.

Les différentes autopsies que l'on a pu pratiquer, prouvent qu'on se trouve en présence tantôt d'une lésion anatomique du nerf, d'une véritable névrite, tantôt d'une névrose fonctionnelle. Dans le premier cas, les vaisseaux du nerf sont le siège de dilatations variqueuses, le nerf lui-même est tuméfié, sa con-

sistance est modifiée, et, à l'intérieur de sa gaine, on constate la présence d'un exsudat séreux (*Cotugno, Jasset*). Dans le dernier cas, l'examen ne décèle rien d'anormal. La névrite peut être propagée des organes voisins, des gaines tendineuses de la jambe (*Erb*), de la colonne vertébrale (spondylite, carcinome); elle peut aussi être idiopathique, auquel cas il est toujours possible de faire remonter l'affection à une cause mécanique, abstraction faite du refroidissement: blessure, fracture, compression de longue durée — par une tumeur du bassin, un anévrisme, une hernie, l'utérus gravide, stase dans les plexus veineux du bassin, constipation habituelle, etc. etc. Le travail professionnel peut aussi jouer un rôle dans l'étiologie de la sciatique lorsqu'il exige de l'ouvrier un surmenage continu ou l'expose à de fréquents et brusques changements de température. Le surmenage se rencontre notamment chez les personnes que leur profession oblige au travail à la machine à coudre pendant des semaines et des mois, plusieurs heures par jour — également chez les ouvriers soulevant fréquemment de lourds fardeaux (débardeurs, forgerons, etc.). Le lumbago des forgerons, décrit par *Maisonneuve*, peut être rangé ici (*Hirt, Krankh. der Arbeiter* IV. 90). Quant aux changements de température, on trouve cette condition réalisée chez les puddleurs, les ouvriers des hauts-fourneaux, etc.; aussi la sciatique est-elle fréquente chez eux, elle atteint de préférence la jambe gauche, sans doute parce que cette jambe est fortement tendue pendant que l'ouvrier jette le charbon au four (*Chiene* d'Edimbourg, *Hirt*).

La sciatique s'observe aussi symptomatiquement au cours d'affections spinales (myélite et méningite spinales) et dans certaines maladies générales, dans le tabes principalement où elle est souvent bilatérale, également dans le diabète; elle pourrait aussi constituer une des suites du typhus. Il n'est pas certain que l'infection malarienne puisse lui donner naissance, mais on l'a observée au cours de la syphilis. Le rôle qu'elle joue dans les intoxications par l'industrie, surtout dans l'intoxication saturnine, est assez effacé.

Symptômes. La douleur domine toute la scène; les troubles moteurs que l'on observe parfois au cours de l'affection, ne sont qu'une conséquence de la douleur: tels sont le tremblement, les secousses convulsives, la raideur et la maladresse dans les mouvements de la jambe, rendant la marche et la station debout souvent impossibles. La douleur de la sciatique peut présenter différents caractères: tantôt, c'est une sensation pénible, continue, d'abord sourde et bien supportable, puis plus vive, occupant toute l'extrémité inférieure; le patient cherche

alors à alléger ses souffrances continues en changeant souvent de position — tantôt, au contraire, ce sont de véritables accès de douleur, coupés par des intervalles de calme pendant lesquels le malade peut se livrer à ses occupations. Les accès peuvent atteindre un degré d'acuité extrême qu'il n'est guère possible de comparer qu'à celui de la douleur faciale de *Fothergill* et des douleurs fulgurantes du tabes.

La douleur est d'habitude plus prononcée la nuit, pendant le repos au lit: est-ce là une conséquence de la tension provoquée par l'extension de la jambe; le malade, tout entier à ses souffrances, les ressent-il plus vivement? Peut-être, les deux causes interviennent-elles. Pendant le jour, on observe également une exagération des douleurs quand le malade a essayé de marcher ou est resté longtemps debout: alors que le repos lui a procuré plusieurs heures d'un bien-être relatif, quelques mouvements de flexion et d'extension suffisent pour rappeler des souffrances intolérables. Le siège de la douleur est assez variable également; d'habitude, la douleur occupe toute la face postérieure de la cuisse et la région péronière; elle présente parfois des irradiations du côté sain dans le domaine du sciatique et, du côté malade, dans celui du plexus lombaire. Le nerf tibial est le plus souvent épargné. Les points douloureux font rarement défaut, on peut les constater au lieu d'émergence du nerf hors du bassin, au bord inférieur du m. fessier, au creux poplité, à la tête du péroné, d'autres sont inconstants et variables.

Il arrive assez fréquemment que le patient, dans le but d'alléger ses douleurs, ne prenne guère appui que sur la jambe saine, reporte le tronc de ce côté, le rebord costal se rapprochant ainsi de l'os iliaque. Cette position peut, à la longue, devenir habituelle et avoir pour conséquence une déviation de la colonne, une scoliose véritable à convexité dirigée du côté sain (*Albert, Nicoladoni, Babinski*, v. bibl.). Dans certains cas, j'ai vu cette scoliose persister après la guérison de la sciatique, dans d'autres, elle disparaissait complètement.

Lorsqu'il s'agit d'une névrite réelle, on peut voir se développer certains troubles trophiques, entre autres un degré plus ou moins prononcé d'atrophie musculaire, avec réaction de dégénérescence (*Nonne*); en pareil cas, le réflexe patellaire se montre sensiblement affaibli; son exagération doit être considérée comme une exception dans la névrite périphérique (*Strümpell et Möbius*), je ne l'ai jamais observée dans la sciatique. Si les troubles sont purement fonctionnels, les muscles et les réflexes ne subissent aucune altération, l'affection durât-elle

plusieurs années. La sensibilité peut être le siège d'autres troubles que la douleur, on peut constater parfois de l'anesthésie légère, de la paresthésie, mais, comparés à la douleur, ces troubles n'ont qu'une valeur symptomatique tout à fait secondaire.

La **durée** et le **cours** de l'affection ne présentent rien de régulier; on peut dire cependant que les cas passagers, suivis d'une guérison définitive, constituent l'exception: d'habitude, il faut des semaines et des mois, voire même des années, avant de pouvoir améliorer, d'une façon quelque peu notable, l'état du patient. Les rémissions ne sont pas rares, elles peuvent persister pendant plusieurs mois; l'état général s'améliore alors au point que le malade se pense guéri définitivement; puis, subitement, sans cause appréciable ou à la suite d'une marche un peu longue, les douleurs reparaisent avec une nouvelle violence — tout le traitement est à recommencer. Le pronostic *quoad valetudinem completam* s'assombrit avec la fréquence de ces récides (1).

Le **diagnostic** exige beaucoup de prudence: on devra rechercher avant tout, avant d'admettre une affection idiopathique, si l'on ne se trouve pas en présence d'un symptôme provenant d'une maladie fondamentale; lorsque la sciatique est bilatérale, on devra tenir compte de la possibilité d'une affection spinale ou d'une maladie générale du système nerveux, du tabes spécialement. L'examen des urines au point de vue du sucre, s'impose également. Si l'on parvient à exclure les maladies générales du système nerveux, le diabète, il s'agira d'analyser exactement la nature de la douleur, son apparition, son développement, et ne pas oublier qu'il est d'autres affections que celles du système nerveux qui peuvent se traduire par de violentes douleurs dans les extrémités inférieures: citons d'abord le rhumatisme des muscles lombaires ou lumbago, ensuite les inflammations aiguës ou chroniques (*malum coxae senile*) de l'articulation coxo-fémorale, la goutte et l'abcès du psoas. L'immobilité de l'extrémité affectée, que l'on rencontre dans tous ces cas aussi bien que dans la sciatique pure, rend le diagnostic plus difficile encore. Souvent, on aura besoin d'un examen très attentif et répété pour arriver à la vérité. Tout en trouvant exagérée cette affirmation de *Hutchinson* que sur 20 cas où l'on avait posé le diagnostic de sciatique, 19 fois le nerf en question était complètement indemne (*Med. Times and Gaz.* 1882, Vol. I, Nr. 1648, pag. 35), il faut bien reconnaître

(1) La déviation du rachis dénoterait une sciatique grave, de longue durée (X. F.).

cependant que le diagnostic est souvent en faute, et que maints malades, chez lesquels on avait cru reconnaître l'existence d'une sciatique, accusent plus tard des symptômes qui obligent le médecin à changer d'avis.

Le **traitement** de la sciatique symptomatique diffère naturellement de celui de la sciatique idiopathique. Dans le premier cas, on aura à diriger ses efforts contre la maladie fondamentale, diabète, tabes, syphilis. Le traitement de la sciatique idiopathique devra être avant tout systématique, dirigé d'après un plan bien arrêté, dont on ne se départira sous aucun prétexte; sous ce rapport, il ressemble au traitement de la migraine et de la céphalalgie (v. p. 66). Posons d'abord comme première règle qu'on ne doit jamais recourir aux émissions sanguines, à moins d'indication formelle spéciale. La présence de scybales dures dans l'intestin, peut, avons-nous vu, déterminer, par compression du nerf, les douleurs de là sciatique; il sera facile d'y obvier, et, en pareil cas, une cure à Carlsbad ou à Marienbad aura plus rapidement raison de l'affection que le traitement électrique le plus parfait. Si l'on a quelque raison de supposer une inflammation du nerf, on s'adressera aux irritants cutanés, vésicatoires volants, pointes de feu au thermo-cautère *Paquelin*: les vésicatoires sont recommandables surtout au début de l'affection; on les applique soit sur le trajet du nerf à la cuisse, soit à la région sacrée; *Cotugno* et *Valleix* déjà, les préconisaient. Les frictions irritantes, les emplâtres, donnent de moins bons résultats, on pourra néanmoins y recourir, par exemple, à l'emplâtre de *Betz*: Empl. oxycroc. 15.0, Arg. nitr. pulv. 1.0, que l'on laisse à demeure jusqu'à ce qu'il tombe de lui-même. Différentes frictions médicamenteuses rendent aussi des services, la véatrine (0.1 pour 10) et surtout les narcotiques: opiacés, belladone, hyoscyamine. On peut aussi recommander les pulvérisations de chlorure de méthyle, mais leur emploi exige beaucoup de prudence, elles occasionnent parfois des phlegmons, de l'érysipèle et même de la gangrène. Les résultats ne répondent pas toujours à notre attente.

Je ne sache pas que les médicaments internes aient jamais donné de succès durable; outre l'antipyrine et l'antifébrine, on a recommandé, de tout temps, l'iodure de potassium, la quinine et les différents nervins: récemment, on préconisait la solanine (10 à 20 centigr. *pro die*), dont j'ai eu tout aussi peu à me louer que de l'huile de térébenthine à l'intérieur, 10 à 12 capsules de 1 gramme par jour. A mon avis, lorsque la syphilis n'est pas en jeu, les moyens internes sont, non seulement infidèles, mais même nuisibles: pris pendant la

longue durée de l'affection, c'est-à-dire, pendant des semaines et des mois, ils ruinent les voies digestives. Je leur préfère les moyens externes, le massage et l'électricité, par exemple, quoiqu'ils aient tous deux l'inconvénient d'être très lents dans leurs effets, et d'une application assez douloureuse, surtout le massage systématique énergique (*Schreiber* et autres). Le pinceau faradique et le courant combiné de *de Watterville*, sont également très douloureux, mais on peut les recommander en toute confiance. Les méthodes d'électrisation, nous l'avons déjà dit — diffèrent suivant les auteurs; chacun d'eux a sa méthode de prédilection à laquelle il attache le plus de confiance parce qu'elle lui est plus familière.

Si l'on se voit obligé de prescrire des cures balnéaires, on s'en tiendra d'abord aux bains naturels et aux thermes d'eau salée. Citons, parmi les premiers, Gastein, Johannsbad, Teplitz-Schönau et Wildbad; parmi les seconds, Wiesbaden, Nauheim, Rehme et Baden-Baden. Les bains sulfureux — par exemple Landeck, Teplitz-Trencsin et Pistyan (Hongrie), — ont souvent une action bienfaisante incontestable, mais il sera toujours prudent de ne pas inspirer au malade de trop vives espérances sur les résultats des cures balnéaires, ces résultats étant beaucoup trop inconstants. Les bains de mer ne sont pas toujours bien supportés par les personnes souffrant de névralgie; il est en tout cas ordonné de commencer par des bains dans la mer du Nord, on choisira les stations où l'on puisse en même temps prendre des bains de mer chauds, c'est-à-dire des bains salés — Colberg, Misdroy, Zoppot, etc. Dans les cas graves, surtout pendant les accès de douleurs très vives, on pourrait difficilement s'abstenir des injections de morphine: si l'on en use modérément et en temps utile, elles soulagent le patient et ne lui font aucun tort, avantages que les autres médicaments sont loin de posséder, même à un faible degré.

Dans quelques cas exceptionnels, on voit se développer certains états douloureux dans les branches nerveuses issues du grand sciatique; les nerfs plantaires en offrent un des exemples les plus communs; l'hypéresthésie dont ils peuvent devenir le siège, acquiert parfois un tel degré, que le patient est absolument incapable de marcher ou de se tenir debout. *Barbillon* (v. bibl.), qui a fait une étude détaillée de cette hypéresthésie plantaire, n'a pu arriver à déterminer exactement si elle est de nature spinale ou s'il s'agit simplement d'une dermalgie ou d'un trouble de nutrition atteignant les fines ramifications des nerfs. Le fait de la bilatéralité et de la

symétrie habituelles de l'affection, plaide plutôt en faveur de la première hypothèse; d'un autre côté, cette circonstance que les professions qui obligent à rester continuellement debout, y prédisposent, fait penser à une affection périphérique. On l'a encore observée à la suite du typhus abdominal. La guérison s'obtient assez facilement à l'aide de vésicatoires ou des pulvérisations au chlorure de méthyle; on peut aussi recommander les longs pédiluves dans une solution chaude de sel marin.

Le plexus honteux, qui innerve la vessie, le gros intestin, le périnée et les parties génitales externes, est fréquemment le siège de névralgies, souvent purement cutanées; la peau du pénis, du scrotum, du mont de Vénus, et de la région anale, devient le siège d'une sensibilité douloureuse très vive. Parfois, le testicule est intéressé, devient très sensible à la pression, et des douleurs spontanées s'y montrent par accès (v. pag. 359); en dehors de ceux-ci, la sensibilité à la pression et l'irritabilité persistent pendant toute la durée de l'affection.

Oberländer, dans un travail sur les maladies nerveuses de l'appareil génito-urinaire de l'homme (v. bibl.), remarque que le point de départ de ces affections se trouvait être souvent un varicocèle, une blennorrhagie chronique, un hydrocèle, une tuberculose ou un carcinome; c'est ainsi que ces différentes affections peuvent donner lieu à la névralgie cutanée dont il vient d'être question, et à une névralgie particulière du canal de l'urètre, dont les accès douloureux se développent surtout pendant la miction et le coït. Un restant de blennorrhagie, souvent combiné à un état de dyspepsie chronique, provoque parfois de l'hyperesthésie chronique de la muqueuse vésicale, avec irradiations bien marquées vers l'urètre et les uretères: les écarts de régime peuvent amener les plus violentes exacerbations. La névralgie de la vessie s'observe chez les neurasthéniques; elle est fréquente au stade initial du tabes: le diagnostic aura donc à distinguer si l'on a affaire à une cystite, à une affection spinale ou enfin, à une névralgie idiopathique.

L'anesthésie de la muqueuse vésicale et de la muqueuse uréthrale ainsi que la perte de la sensibilité musculaire de la vessie, enlèvent au patient l'impression particulière que l'on éprouve pendant la miction: les yeux fermés, il ne se rend pas compte qu'il urine. Cet état se rencontre assez souvent chez les tabétiques: il n'est pas rare que ces malades, après s'être livrés à d'inutiles efforts de miction,