

NÉVRALGIE SCIATIQUE

La sciatique, appelée encore *névralgie sciatique*, *douleur sciatique*, *goutte sciatique* (*ischias* des auteurs allemands), se définit d'elle-même : c'est la névralgie du nerf sciatique, et par là on entend l'origine du nerf, c'est-à-dire le plexus sacré, son tronc et ses branches de division. Souvent à la névralgie du plexus sacré s'ajoutent des douleurs dans le domaine du plexus lombaire, à telle enseigne que certains auteurs (Brissaud) proposent d'étendre la signification du mot sciatique et de désigner sous ce nom la névralgie de tout le plexus lombo-sacré.

La sciatique est une affection douloureuse du membre inférieur, qui se caractérise avant tout par des douleurs à la fois continues et paroxystiques suivant le trajet du nerf sciatique et accessoirement par certains troubles de la sensibilité, de la motilité et de la nutrition dans le domaine de ce nerf.

Cependant, si la plupart des auteurs classiques rangent la sciatique dans le groupe des névralgies, il importe de remarquer d'emblée que la sciatique se distingue par nombre de points des névralgies simples, banales; elle mériterait d'être considérée comme une maladie spéciale, dont nous ignorons la nature, qui subit une évolution pathologique particulière, sur laquelle Lasègue avait fort heureusement insisté. Elle présente, en outre, un certain nombre de symptômes, de formes, de complications, récemment étudiées et qui contribuent à rendre intéressante l'histoire de cette affection; enfin sa grande ténacité a été le point de départ de nombreuses tentatives thérapeutiques, qui méritent d'être rappelées.

Historique. — Les anciens avaient assurément connu la sciatique; mais ils ne possédaient que des notions vagues, car cette névralgie était confondue avec les diverses affections douloureuses des membres inférieurs et en particulier avec les maladies de l'articulation coxo-fémorale. C'est à Cotugno que revient incontestablement l'honneur d'avoir séparé la sciatique des affections de la hanche; il distingua l'*ischias arthritica* ou *vera*, c'est-à-dire les arthropathies de la hanche, et l'*ischias nervosa postica* ou névralgie sciatique. Aussi, à juste titre, la sciatique fut-elle longtemps appelée « maladie de Cotugno ».

La question gagna en précision, sinon en intérêt, grâce aux

recherches de Valleix, qui fit connaître les *points douloureux*, échelonnés le long du trajet du nerf et dont l'existence permet de faire le diagnostic de sciatique. C'est avec Lasègue seulement que la sciatique prend un regain d'intérêt; cet auteur montra que toutes les sciatiques ne se ressemblent pas et proposa de les diviser en sciatiques *benignes* et *graves*. Plus tard, M. Landouzy, reprenant les idées de Lasègue, proposa de décrire une *sciatique-névralgie* et une *sciatique-névrite*; cette division, qui a la plus haute importance pour le clinicien, ne repose encore que sur des données étiologiques obscures et sur des faits anatomo-pathologiques très rares. Enfin, parmi les contributions récentes à l'étude de la sciatique, mentionnons les travaux sur les amyotrophies dans le domaine du sciatique poplité externe (Charcot et l'École de la Salpêtrière), sur les déviations vertébrales (Charcot, Babinski, Brissaud, Bruhl et Soupault), la polyurie (Debove et Rémond), la sciatique des variqueux (Quénu), la sciatique hystérique (Achar et Soupault). Ainsi, on le voit, l'histoire de la sciatique s'est enrichie dans ces derniers temps de plusieurs données nouvelles.

Étiologie. — La sciatique compte parmi les plus fréquentes de toutes les névralgies; à ce point de vue, elle vient se ranger à côté de la névralgie du trijumeau et de la névralgie intercostale.

Elle s'observe plus souvent dans le *sexe* masculin que dans le sexe féminin, dans la proportion de 3 à 2; commune surtout après l'*âge* de vingt ans, elle offre son maximum de fréquence entre trente et cinquante ans.

Les causes mêmes de la sciatique sont extrêmement nombreuses; nous n'en signalons que les principales.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la *prédisposition nerveuse* joue ici un rôle plus effacé que dans les autres névralgies; il faut cependant rappeler que récemment on a mis en lumière les rapports de la sciatique et de l'hystérie.

Le *refroidissement* et surtout le froid humide ont été bien des fois incriminés comme cause de sciatique; il existe nombre de faits où la névralgie s'est montrée chez des personnes qui avaient couché sur la terre humide; c'est dans le même sens qu'il faut interpréter l'action des climats et des saisons.

La situation superficielle du nerf et ses rapports avec les organes pelviens expliquent suffisamment le mode d'action d'un grand nombre de causes, parmi lesquelles il faut citer : 1° les *traumatismes* (chutes sur le siège, blessures diverses, plaies par armes à feu, fractures); 2° le *surmenage* des membres inférieurs (abus de la machine à coudre); 3° les *compressions* (compression du nerf dans la gouttière ischiatique par suite d'une position assise prolongée, compression par l'S iliaque distendue par des matières fécales accumulées, par les

tumeurs et les déviations de l'utérus, par les tumeurs du bassin et des organes pelviens : anévrysmes, adénopathies, hernies, cancers, grossesse, accouchement, etc.); 4^e dans le même ordre d'idées, on peut mentionner les altérations des corps vertébraux, le mal de Pott, les méningites spinales, certaines maladies de la moelle.

La stase veineuse, soit dans le système de la veine cave inférieure (*varices* des membres inférieurs), soit dans le système porte (*hémorrhoides*), détermine parfois des douleurs sciatiques. Certaines *infections*, la syphilis, le paludisme, la blennorrhagie (Fournier) surtout comptent la sciatique au nombre de leurs manifestations possibles; rappelons que parfois dans la tuberculose la sciatique se montre comme phénomène prodromique.

Si l'anémie, la chlorose, les cachexies s'accompagnent beaucoup plus rarement de sciatique que d'autres névralgies (intercostale, etc.), il faut citer certains états *diathésiques* et *dyscrasiques* qui y prédisposent : tels sont le rhumatisme, la goutte, le diabète.

Enfin, dans nombre de cas, toute notion étiologique échappe; la sciatique serait réellement essentielle.

On pourrait ainsi, de par l'étiologie, tenter une classification des sciatiques; il y aurait lieu de distinguer des sciatiques : rhumatismale, traumatique, par compression, infectieuse, dyscrasique, diathésique, nerveuse.

Anatomie pathologique. — Comme pour les névralgies en général, il y a à peine lieu de consacrer un paragraphe spécial à l'anatomie pathologique. La sciatique, on le sait, correspond dans la grande majorité des cas à un trouble fonctionnel, purement dynamique, qui ne se traduit par aucune lésion appréciable; aussi dans différentes constatations n'a-t-on pu trouver d'altération du nerf. Dans les rares faits où il existait des lésions, celles-ci étaient inconstantes; elles ne méritent qu'une simple mention. On a noté l'hypémie du nerf, son infiltration œdémateuse ou séreuse (déjà signalée par Cotugno), un exsudat dans le névritème, très exceptionnellement une infiltration purulente. Bichat avait signalé les varices au voisinage ou dans l'épaisseur du nerf; M. Quénu a plus récemment insisté sur l'état variqueux des veines qui entourent la gaine du nerf et qui pourraient lui adhérer et déterminer ainsi une névralgie par compression.

On a signalé dans certains cas une véritable névrite qui, à une période avancée, aboutirait à une sclérose du nerf. Il serait prématuré d'affirmer que la sciatique-névrite (désignation clinique) correspondit dans tous les cas à une névrite (au sens anatomique du mot).

Enfin, dans des cas rares, on a trouvé des tumeurs du nerf : névrome, tubercule, plasques ostéo-calcaires.

Symptomatologie. — La sciatique est presque toujours unilatérale; elle n'est guère bilatérale que lorsqu'elle est symptomatique d'une altération vertébrale ou médullaire, ou lorsqu'elle se montre chez des diabétiques qui présentent parfois des névralgies symétriques. Elle est totale quand elle occupe le plexus sacré; elle est partielle, quand elle est localisée à une portion seulement du domaine du nerf sciatique.

La douleur constitue le symptôme fondamental; parfois elle éclate brusquement avec toute son acuité, parfois elle est précédée de prodromes, consistant en un endolorissement vague, profond, s'accompagnant de fourmillements, de crampes, de sensations subjectives de chaud ou de froid. Les phénomènes douloureux s'accroissent, deviennent plus aigus, comparables aux douleurs fulgurantes; puis éclate le *paroxysme* névralgique. La crise est caractérisée par des douleurs atroces, d'une intensité extrême, capables d'arracher des cris aux malades les plus courageux; les élancements douloureux sillonnent le membre suivant le trajet du nerf, affectent le plus souvent une direction descendante; plus rarement la douleur reste cantonnée en un point fixe, correspondant au trajet du sciatique. Elle est tantôt superficielle, cutanée, tantôt profonde, à tel point que le malade la rapporte aux os ou aux muscles.

Ces crises douloureuses se succèdent à des intervalles plus ou moins rapprochés; elles se montrent plus fréquentes le soir et la nuit; elles deviennent une cause d'insomnie qui aggrave l'état du patient; l'intensité des souffrances est telle, que nombre de personnes ont été poussées au suicide.

Lorsque le malade est en imminence de crise douloureuse, il suffit de la cause la plus légère pour en provoquer l'éclosion; un mouvement intempestif du membre inférieur, le changement de position, un effort quelconque (toux, éternuement, défécation) sont des raisons suffisantes de crises. Celles-ci sont parfois provoquées, d'autres fois calmées par la marche; il est des malades qui ne peuvent rester immobiles pendant leur accès douloureux.

Il importe maintenant d'étudier de plus près le siège de la douleur; le malade l'indique d'ailleurs de lui-même avec une précision mathématique; son doigt dessine le trajet du nerf. La douleur occupe la région lombaire, l'échancrure sciatique, la fesse, la partie postérieure de la cuisse, le mollet. Une exploration attentive a montré, surtout dans l'intervalle des crises, que toutes les parties du nerf ne sont pas également atteintes; la douleur se cantonne en de véritables sièges d'élection : ce sont les *points douloureux*, dont nous devons la connaissance précise à Valleix. Ces points douloureux sont très nombreux; nous ne ferons qu'en énumérer les principaux.

Le point *lombaire* est situé immédiatement au-dessus du sacrum ; le point *sacro-iliaque* (le plus fréquent, d'après Valleix) correspond à l'articulation du même nom ; le point *iliaque* est situé vers le milieu de la crête de l'os iliaque.

Les points suivants sont échelonnés le long du trajet extra-pelvien du nerf et de ses branches. Le point *fessier* ou *ischiatique* occupe le sommet de l'échancrure sciatique ; il serait le plus commun, d'après Erb ; le point *rétro-trochantérien*, situé vers le bord postérieur du grand trochanter, répond à la gouttière formée par cette apophyse et la tubérosité ischiatique, dans laquelle passe le nerf. Les trois points *fémoraux*, supérieur, moyen, inférieur, sont échelonnés le long de la partie postérieure de la cuisse. Le point *poplité* est situé à la partie externe du creux poplité, tandis que le point *rotulien* répond au bord externe de la rotule. Le point *péronier* est très important par sa grande fréquence ; il est situé au-dessous de la tête du péroné ; on sait que le nerf contourne cette tête osseuse en s'enroulant autour d'elle. A la jambe on réveille surtout la douleur par la pression du mollet. Enfin, il faut signaler le point *malléolaire*, situé à la partie postéro-inférieure de la malléole externe ; le point *dorsal du pied* et le point *plantaire externe* sont moins fréquents et partant moins importants.

A l'énumération de ces points douloureux il convient d'ajouter le point *apophysaire*, auquel Trousseau attachait une grande importance.

En outre, la névralgie sciatique, surtout dans ses formes intenses, présente des *irradiations* douloureuses, qui retentissent sur les nerfs du plexus lombaire, parfois sur le sciatique du côté opposé, parfois même jusqu'au périnée et au scrotum. La coexistence d'autres névralgies à distance n'est pas un fait exceptionnel.

Le paroxysme douloureux ne constitue pas toute la symptomatologie de cette névralgie ; dans l'intervalle des crises, il persiste un état d'endolorissement plus vague, intéressant le membre inférieur dans sa totalité ou dans certains de ses segments ; il n'y a que rémission et non disparition complète des phénomènes douloureux, auxquels s'ajoutent souvent des troubles fonctionnels. Ces périodes, pour ainsi dire *intercalaires*, donnent à la sciatique un cachet spécial, qui la distingue de la plupart des autres névralgies.

Il est possible, avons-nous dit, de réveiller la douleur par la pression sur les points douloureux de Valleix. Elle peut aussi être provoquée par une autre manœuvre, appelée le *signe de Lasègue*, qu'il importe de connaître ; c'est, en effet, un précieux moyen de diagnostic entre la névralgie sciatique et certaines affections articulaires de la hanche, qui, par les irradiations douloureuses, peuvent simuler

la sciatique. Voici en quoi consiste le signe de Lasègue : lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse, on peut obtenir sans douleur une flexion forcée de la cuisse sur le bassin ; car le nerf est alors placé dans un état de relâchement ; au contraire, lorsque la jambe est étendue sur la cuisse, ce même mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin provoque une vive douleur, qui s'explique parce que dans cette attitude le nerf est fortement tendu.

On note encore dans la sciatique divers troubles intéressant la motilité, la sensibilité, la nutrition du membre. Les *troubles moteurs* manquent lorsque la névralgie n'est pas très intense ; lorsqu'elle affecte une grande acuité, on note divers troubles de la motilité, consistant surtout en contractions fibrillaires, en crampes douloureuses et même en contractures ; d'autres fois le membre est agité de secousses convulsives douloureuses. Quoique le jeu des articulations se fasse librement, les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin s'exécutent difficilement, car ils provoquent ou exagèrent la souffrance du malade.

L'impotence fonctionnelle affecte des degrés variables suivant l'intensité de la névralgie ; dans les formes les plus douloureuses, la marche est pénible, parfois impossible ; dès que le pied porte sur le sol, supportant le poids du corps, il y a une légère flexion instinctive du genou ; il y a *claudication* ; le malade traîne la jambe ; souvent le haut du corps est porté en avant, fléchi sur le bassin, attitude bien différente de celle de la coxalgie, où le corps est plutôt rejeté en arrière, de sorte que le malade marche dans une rectitude exagérée. La démarche dans la sciatique s'accompagne parfois de mouvements de salutation caractéristiques. Notons encore parfois un état parétique ou paralytique de certains groupes musculaires, parésie souvent en rapport avec la forme de sciatique-névrite.

Les *troubles de la sensibilité* affectent aussi divers types : tantôt la sensibilité reste normale, tantôt il y a hyperesthésie ; mais plus intéressants sont les faits qui s'accompagnent d'anesthésie ; les diverses modalités de la sensibilité sont plus ou moins touchées. L'anesthésie s'observe surtout dans la sciatique hystérique, dont nous reparlerons à propos des formes de la maladie.

Les réactions électriques dans la sciatique sont assez mal connues ; on admet en général que dans les sciatiques récentes il y a hyperesthésie au courant faradique ; dans les sciatiques anciennes, au contraire, il est parfois difficile de faire contracter les muscles. D'après Eulenburg, on observerait d'une manière inconstante des modifications quantitatives en plus ou en moins ; mais il y aurait presque toujours des modifications qualitatives allant jusqu'à l'inversion de

la formule normale, c'est-à-dire réaction de dégénérescence. Cette façon de voir n'est d'ailleurs pas adoptée par Erb.

On a enfin signalé un grand nombre de *troubles trophiques, vasomoteurs, sécrétoires*, surtout observés dans la forme de la sciatique-névrite. Les uns intéressent la peau et se montrent sous forme d'érythèmes avec rougeur des téguments et hyperthermie locale; d'autres fois les téguments sont pâles, blêmes, avec des marbrures violacées et un abaissement de la température locale; on a noté diverses éruptions furonculeuses, phlycténulaires, vésiculeuses; des vésicules d'herpès peuvent se montrer le long du trajet du nerf; mais le zona du sciatique est relativement rare. On a décrit aussi un développement exagéré du système pileux, des altérations sudorales en plus ou en moins.

Enfin, parmi les troubles trophiques, le plus important est l'*atrophie musculaire*. Celle-ci peut être une simple conséquence du repos prolongé auquel a été condamné le malade; dans ce cas on ne note pas de modifications des réactions électriques. Il n'en est plus de même dans les faits qui correspondent à la sciatique-névrite; ici l'atrophie peut être *précoce*; elle est souvent très accusée et s'impose; parfois elle est masquée par une adipeuse du tissu cellulaire; on trouve toujours de la réaction de dégénérescence. L'atrophie musculaire, indépendante de la durée et de l'intensité de la sciatique, frappe tout le membre ou un segment de membre; c'est la forme étudiée surtout par M. Landouzy¹; mais, à côté d'elle, il existe une forme, bien vue par Charcot et ses élèves, MM. Guinon et Parmentier². Il s'agit d'une complication rare de la sciatique; elle consiste en une névrite localisée au sciatique poplité externe et caractérisée par des troubles moteurs et sensitifs, portant sur le territoire de distribution musculaire et cutanée de ce nerf: dans ce cas l'atrophie musculaire prédominerait sur le groupe des muscles extenseurs. Il est difficile actuellement d'expliquer cette localisation.

On serait peut-être autorisé à classer parmi les phénomènes *réflexes* provoqués par la sciatique quelques rares faits de glycosurie, d'azoturie et surtout la polyurie. Cette *polyurie* au cours de la sciatique a été étudiée par MM. Debove et Rémond³; elle serait la règle dans la sciatique intense; la quantité d'urine oscillerait entre 2 et 4 litres et suivrait une marche parallèle à l'évolution de la sciatique. Cette polyurie pourrait s'expliquer en se fondant sur l'expérience suivante: après la section du nerf sciatique, l'irritation

1. LANDOUZY (*Arch. génér. de méd.*, 1875).

2. GUINON et PARMENTIER (*Arch. de neurol.*, sept. 1890, n° 59).

3. DEBOVE et RÉMOND (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, oct. 1891).

du bout central du nerf détermine une augmentation de la tension artérielle.

La sciatique donne très souvent lieu à des attitudes vicieuses, à des déformations marquées, dont l'étude a été faite récemment par MM. Charcot, Babinski¹, Brissaud², etc. Ces déformations du tronc entraînent secondairement des déviations vertébrales, que l'on appelle par abréviation *scoliose sciatique*. Le plus souvent, et cette attitude est presque la règle, on note une inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique; on dit qu'il y a *scoliose croisée* (Brissaud); dans ces cas, 1° la hauteur du flanc, c'est-à-dire la distance qui sépare le rebord des fausses côtes de la crête iliaque, du côté de l'inclinaison, diminue jusqu'à devenir nulle; 2° la colonne vertébrale présente une courbure dont la concavité est dirigée du côté sain; 3° en même temps on note que le membre inférieur du côté malade est légèrement fléchi et qu'il y a absence de soulèvement du pied de ce côté. Il va de soi que cette déviation vertébrale appelle une courbure de compensation, qui tend à rétablir l'équilibre en inclinant la partie supérieure du corps du côté opposé; il en résulte une situation variable des épaules et des attitudes bizarres, qui dépendent de l'étendue de la courbure compensatrice.

Mais, si cette *scoliose croisée* est la plus fréquente, elle n'est pas la seule qu'on puisse observer; M. Brissaud a décrit la *scoliose homologue*; le corps s'inclinerait alors du côté de la sciatique; celle-là se produirait surtout dans une variété de sciatique, que M. Brissaud appelle *sciatique spasmodique*, et serait la résultante de contractures. Dans ce cas, la hauteur du flanc diminuerait ou disparaîtrait du côté atteint de sciatique, la courbure vertébrale présenterait une concavité qui regarderait le côté malade.

Les déviations vertébrales peuvent se montrer très rapidement après le début d'une sciatique intense; plus souvent elles apparaîtraient dans le cours de sciatiques longues, graves et douloureuses. Elles présentent ce caractère intéressant d'être susceptibles de guérison; elles disparaissent, sauf de rares exceptions, avec la sciatique.

De nombreuses théories, pour l'exposé desquelles nous renvoyons aux mémoires cités, ont été émises; nous ne ferons que signaler celle qu'ont proposée MM. Charcot et Babinski et qui s'applique à la majorité des cas. L'attitude du malade serait simplement le résultat d'un mouvement instinctif, qui a pour but d'atténuer la douleur en déplaçant le centre de gravité du corps. Il s'agirait

1. BABINSKI (*Arch. de neurologie*, 1888).

2. BRISSAUD (*ibid.*, 1890).