

donc d'une scoliose d'origine musculaire. Nous avons tenté avec M. Soupault<sup>1</sup> d'expliquer les différentes déformations et d'après les faits observés par nous, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : la scoliose croisée s'observerait dans la sciatique, qui rend douloureux tout le membre inférieur ; le malade incline le tronc du côté opposé pour éviter de faire porter le poids du corps sur la jambe atteinte, qu'il traîne, pour ainsi dire, légèrement fléchie ; — la scoliose homologue s'observerait dans les cas où la névralgie affecte le plexus lombo-sacré et la partie supérieure du sciatique ; dans ce cas, le malade se penche du côté atteint, légèrement fléchi en avant, pour mettre les muscles pelviens dans le relâchement.

La sciatique est une affection apyrétique, qui retient peu sur l'état général ; cependant par l'insomnie qu'elle entraîne, par la souffrance continue, elle peut déterminer un état de nervosisme, qui porte parfois une véritable atteinte à la santé générale.

**Formes et variétés cliniques.** — La sciatique se présente sous des aspects cliniques variés ; quoique cette étude ne soit pas encore bien élucidée, il importe d'indiquer sommairement quelques-unes des modalités de la sciatique avec leurs principaux caractères.

La névralgie n'occupe pas toujours tout le nerf sciatique ; elle peut affecter seulement une des grandes branches de division (sciatique poplitée interne ou externe), parfois quelques-uns de ses rameaux. Cette distribution explique la possibilité de névralgies limitées à la fesse, à l'articulation du genou, à la partie antéro-externe ou postérieure de la jambe, plus rarement à la plante du pied.

Parmi les formes de la sciatique, il y a lieu avant tout de bien séparer la *sciatique-névralgie* et la *sciatique-névrite* ; rappelons que, d'après M. Fernet, la sciatique résulterait toujours d'un processus névritique ; mais, pour nous, nous considérons actuellement cette division comme essentiellement clinique. Dans la *sciatique-névralgie* la douleur est le phénomène capital, à peu près unique ; il n'y a guère de troubles trophiques. Les douleurs éclatent subitement et d'emblée revêtent toute leur acuité ; il y a des alternatives de périodes de calme et de recrudescence ; la palpation du nerf n'indique aucun changement dans son volume ; à côté des douleurs spontanées, on trouve toujours un ou plusieurs points au niveau desquels la pression est douloureuse. Les crises disparaissent, mais les récidives sont fréquentes. La *sciatique-névrite*, au contraire, présente un début lent et insidieux ; il y a d'abord gêne et engourdissement du membre ; la douleur augmente progressivement d'intensité ; elle est constante et continue ; elle existe tout le long du trajet du nerf, que la palpa-

1. BRUHL et SOUPAULT (*Médecine moderne*, 1892, p. 826).

tion fait reconnaître augmenté de volume. Dans cette forme les troubles trophiques sont constants ; l'atrophie musculaire est précoce et rapide, il y a des altérations de la sensibilité et de la nutrition de la peau. La sciatique-névrite correspond aux sciatiques graves, tandis que la sciatique-névralgie correspond aux sciatiques bénignes.

A côté de ces deux variétés importantes, il faut mentionner quelques autres types cliniques.

La sciatique, dans certains cas, s'accompagne de phénomènes de contracture ; elle mérite alors le nom de *sciatique spasmodique* (Brissaud, Lamy) ; il y a sensation de raideur de tout le membre, qui paraît atteint de raccourcissement ; en même temps on note de l'exagération des réflexes, de la trépidation épileptoïde. Dans ce cas le plexus lombo-sacré serait intéressé. Cette forme donnerait lieu à la scoliose homologue de M. Brissaud.

La *sciatique blennorrhagique* se montrerait dans le cours des manifestations rhumatismales de la blennorrhagie ou alternerait avec elles ; elle débute brusquement, atteint d'emblée son acmé et décroît aussi très vite.

D'après M. Quénu, il existerait une véritable *sciatique variqueuse* ; les malades n'accusent que peu de douleurs spontanées ; celles-ci ne sont pas très intenses et ne prennent pas le caractère de crises ; il s'agirait plutôt d'un endolorissement profond. Cette sciatique serait le fait des varicosités des veines du nerf. Cependant, d'après M. Quénu, les varices du nerf sciatique sont constantes chez les variqueux, et tous pourtant ne présentent pas de sciatique ; pour que celle-ci se produise, il faut l'intervention d'une infection qui déterminerait de la phlébite des veines variqueuses du nerf. On comprend pourquoi certaines sciatiques ne cèdent qu'à la résection des veines variqueuses qui entourent le nerf.

Plus intéressante est la *sciatique hystérique*, récemment étudiée par MM. Achard et Soupault<sup>1</sup>. Elle se traduit à la fois par les phénomènes usuels de la sciatique et par les stigmates de l'hystérie. L'hystérie dans certains cas pourrait simplement prédisposer à la sciatique ; mais, dans les faits auxquels nous faisons allusion, la sciatique est un véritable accident hystérique. Elle paraît siéger plus souvent du côté gauche, elle s'accompagne d'ordinaire de polyurie ; elle est très douloureuse, quoiqu'elle occupe le côté de l'hémianesthésie, ce qui montre que l'anesthésie de la peau est indépendante de celle des troncs nerveux. La sciatique hystérique peut succéder à une attaque nerveuse ; elle est susceptible de guérir par la suggestion.

1. ACHARD et SOUPAULT, Sciatique et hystérie (*Gaz. des hôpitaux*, 21 juillet 1892).

Enfin il faut consacrer quelques lignes à la *sciatique double* : celle-ci est le plus souvent symptomatique d'une altération de la colonne vertébrale, d'une affection méningo-médullaire ou d'une lésion des nombreux organes contenus dans le petit bassin ; il en découle un précepte important : il faut en pareil cas pratiquer le toucher rectal ou vaginal, pour rechercher la cause d'une sciatique.

La sciatique double s'observerait parfois encore dans certaines maladies générales, en particulier dans le diabète. Enfin Charcot a décrit une *sciatique double primitive*, simulant jusqu'à un certain point les paraplégies toxiques ; dans ces cas la moelle est dynamiquement intéressée ; elle est l'intermédiaire obligé entre la sciatique droite et la sciatique gauche.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — La marche de la sciatique est sujette à de grandes variations ; en général, après un début brusque ou graduel, il survient une sorte de période d'état, pendant laquelle se montrent des crises douloureuses à retour irrégulier ; la guérison s'obtient graduellement ; il persiste assez souvent un léger affaiblissement du membre, qui reste engourdi, raide, lourd ; le malade se fatigue facilement. La durée est toujours assez longue ; elle varie entre plusieurs semaines et plusieurs mois ; d'après Erb, la durée moyenne serait de deux à huit semaines ; la durée serait d'autant plus longue que les accès douloureux seraient plus intenses.

La guérison est la terminaison habituelle ; mais il importe de se rappeler que les récidives sont extrêmement communes. Parfois la sciatique est très rebelle, tenace ; elle peut alors déterminer une impotence fonctionnelle persistante et faire du malade un infirme.

Il résulte de l'évolution de la sciatique que, si le **pronostic** n'est jamais grave *quoad vitam*, il doit du moins être formulé avec certaines réserves. Il varie d'ailleurs suivant la forme de la sciatique ; celle-ci est-elle symptomatique, l'issue de la maladie dépendra de l'affection causale ; la sciatique-névralgie est relativement bénigne ; beaucoup plus grave est le pronostic de la sciatique-névrite, à cause des paralysies amyotrophiques parfois irrémédiables qui peuvent en être la conséquence.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la sciatique est d'ordinaire des plus faciles ; le malade accuse de lui-même avec précision le siège et le trajet des douleurs ; parfois chez des personnes obèses ou inintelligentes, il devient plus difficile d'obtenir des renseignements exacts.

Le *rhumatisme musculaire* s'accuse par des douleurs beaucoup plus vagues et plus diffuses, à tel point que Valleix a pu dire que dans la sciatique le malade indique du doigt le siège de la douleur,

tandis que dans le rhumatisme c'est avec toute la main qu'il désigne la région endolorie.

Le diagnostic est souvent plus difficile avec les affections de la hanche, et surtout avec la *coxalgie* et l'*arthrite sèche coxo-fémorale*.

La *coxalgie* dans ses premières périodes, lorsque les douleurs irradiées, et en particulier la douleur du genou, sont prédominantes, peut en imposer pour une sciatique : on prendra en grande considération l'attitude du membre, sa situation, sa longueur ; on recherchera si la pression est douloureuse au niveau du grand trochanter ; on étudiera avec soin l'état des mouvements communiqués à la hanche ; on verra que ces mouvements, s'ils sont possibles, réveillent la douleur ; que d'autres fois l'articulation de la hanche est immobilisée, et que les articulations du bassin suppléent à cette immobilité de la hanche, phénomène qu'on reconnaît en appliquant le doigt sur l'épine iliaque antéro-supérieure, qui suit tous les mouvements. A une période plus avancée la déchéance générale fera conclure à une arthrite coxo-fémorale de nature tuberculeuse.

L'*arthrite sèche coxo-fémorale* est souvent difficile à diagnostiquer, d'autant plus que parfois il y a en même temps périarthrite et retentissement douloureux sur le nerf sciatique ; il devient ainsi malaisé de faire la part des choses ; mais dans l'arthrite sèche on percevra parfois des craquements articulaires. Rappelons que dans tous ces cas, le signe de Lasègue acquiert une réelle valeur diagnostique ; il appartient à la sciatique et fait défaut dans les arthropathies de la hanche.

Il est une autre variété de coxalgie, la *coxalgie hystérique*, qui dans ses premières périodes s'accompagne de douleurs névralgiformes et qui pourrait parfois égarer le diagnostic. Les stigmates hystériques que l'on doit rechercher et qui existent, ne suffisent pas à légitimer le diagnostic ; aussi bien avons-nous vu que la sciatique fait partie des manifestations possibles de la névrose. Cependant les douleurs localisées à la hanche, les déformations souvent très prononcées, les contractures qui déterminent ces déformations, la disparition de tous ces symptômes sous le chloroforme permettront de rapporter à leur véritable cause les signes qu'on a constatés.

Rappelons encore, au point de vue du diagnostic différentiel, la psôïtis, les abcès du fascia lata, les ostéites du fémur, etc., etc. Enfin, il ne faut pas oublier que la sciatique, qui si souvent se traduit seulement par des signes subjectifs, est susceptible d'être simulée ; il s'agira de dépister cette simulation. Le diagnostic de la sciatique simulée est parfois très difficile : ici encore la manœuvre de Lasègue peut donner de précieuses indications.

Il importe, d'autre part, de se demander si une sciatique appar-

tient à la forme névralgique ou névritique, distinction capitale au point de vue du pronostic et sur laquelle nous avons suffisamment insisté.

Il y aura enfin lieu de formuler un *diagnostic étiologique*, de s'assurer si une sciatique est protopathique ou symptomatique; d'où la nécessité d'examiner avec soin la colonne vertébrale, le petit bassin et les organes contenus dans l'excavation pelvienne, sans oublier la possibilité d'une affection médullaire qui se traduirait par des douleurs *pseudo-névralgiques*.

**Traitement.** — Il ne faut pas se dissimuler que le traitement de la sciatique est souvent des plus difficiles, et la longue liste des médicaments et des médications qui ont été mis en usage est un argument à faire valoir en faveur de cette opinion. La sciatique est souvent tenace, elle résiste aux divers traitements que l'on a institués.

Avant de traiter une sciatique, il faut s'assurer de sa cause; si elle est symptomatique, c'est à la cause qu'il faudra d'abord s'adresser. On procédera ainsi à l'extraction de corps étrangers; on redressera ou réséquera les cals proliférés, on débarrassera l'S iliaque des matières fécales, etc., etc. D'autre part il importe de connaître le terrain sur lequel s'observe la sciatique; chez les rhumatisants, les goutteux, les syphilitiques, les paludiques, c'est la diathèse ou la maladie constitutionnelle qu'il faudra combattre. S'il s'agit d'une sciatique en quelque sorte idiopathique, le traitement variera suivant qu'il s'agira d'une névralgie aiguë bien caractérisée ou d'une sciatique trainante, torpide, récidivée et passée pour ainsi dire à l'état de maladie chronique.

On a vanté tour à tour nombre de médicaments contre la sciatique: parmi eux, rappelons la térébenthine qui a été considérée pendant longtemps comme un spécifique, la quinine, le salol, le salicylate de soude, l'antipyrine, l'exalgine, l'opium et ses alcaloïdes, diverses solanées vireuses, belladone et jusquiame, etc. Contre les cas invétérés les médications iodurée ou arsénicale comptent de nombreux partisans.

Mais à côté du traitement interne, le traitement externe et local mérite une place prépondérante. Dans cet ordre d'idées les pulvérisations de chlorure de méthyle, suivant la méthode de M. Debove, méritent le premier rang. Ce traitement, dont la technique a été exposée en détail plus haut (voir p. 115), compte à son actif d'innombrables succès. C'est la manière la plus simple et la plus rapide de faire une révulsion intense sur une large surface cutanée (cette condition est indispensable). Son effet est immédiat; on voit des gens qui ne pouvaient pas remuer, devenir capables de marcher et courir après une

seule pulvérisation. Il faut cependant savoir que la douleur reparait souvent, moins intense il est vrai; plusieurs séances sont nécessaires pour venir à bout d'une névralgie.

Parmi les autres méthodes de traitement externe, il faut signaler: 1° les calmants, prescrits sous forme d'huiles, de liniments, de pommades à base d'opium, de belladone, de chloroforme; 2° les révulsifs (sinapismes, essence de térébenthine, ventouses sèches ou scarifiées, vésicatoires volants pansés avec des poudres calmantes); 3° les injections hypodermiques *loco dolenti* d'eau, de morphine, d'atropine, de nitrate d'argent, de teinture d'iode, de chloroforme, etc.

Contre les sciatiques rebelles et prolongées, on aura surtout recours à la cautérisation ignée: pointes de feu, raies de feu généralement appliquées sur le trajet du nerf. Les cautères et les moxas sont peu employés aujourd'hui; rappelons également pour mémoire l'ancienne pratique de la cautérisation du lobule de l'oreille, agissant comme un révulsif à distance, ou peut-être, ce qui paraît exact dans un certain nombre de cas, agissant par simple suggestion.

L'électrothérapie a joui, en Allemagne surtout, d'une grande vogue; on a recommandé la faradisation de la peau; mais on a de préférence recours aux courants continus, en ayant soin d'appliquer le pôle positif sur la région lombaire et le pôle négatif au niveau des points douloureux.

Le massage a donné de bons résultats dans nombre de cas; son emploi est surtout indiqué contre l'atrophie musculaire.

Enfin, l'hydrothérapie est une ressource souvent précieuse; on prodigue des douches chaudes, des douches sulfureuses, des bains alcalins ou sulfureux, des bains de vapeur, à ceux qui souffrent d'une sciatique rebelle. Dans le même ordre d'idées, on doit mentionner certaines stations thermales: Aix-les-Bains, la Malou, Nérès, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, etc.

Dans certains cas on a même été jusqu'à recommander une intervention chirurgicale; mais l'élongation des nerfs, quelle que soit d'ailleurs la méthode opératoire que l'on adopte, est loin d'être exempte de dangers; d'ailleurs ce mode de traitement n'a pas donné les résultats qu'on en attendait et tombe en désuétude.

Il va de soi que certaines formes de sciatique présentent des indications spéciales de traitement: c'est ainsi que la sciatique des variqueux sera amendée par le port d'un bas à varices; parfois même on a réséqué les veines variqueuses qui entouraient la gaine du nerf; — c'est ainsi encore que la sciatique hystérique guérira surtout par un traitement psychique, par la suggestion.

En résumé, en présence d'une sciatique aiguë, récente, à type névralgique, il faut recommander le repos au lit, des médicaments

calmants (antipyrine), les pulvérisations légères au chlorure de méthyle.

En présence d'une sciatique subaiguë, à type névritique, il faut insister sur le massage, les frictions, les révulsifs sous forme de pulvérisations répétées de chlorure de méthyle, sous forme de cautérisation ignée; enfin, il y aura parfois lieu de prescrire un traitement interne, qui variera avec le terrain ou la diathèse.

I. BRUHL.

(The text on the left page is extremely faint and largely illegible, appearing to be a continuation of medical notes or a list of references.)

TROUBLES TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS

Les troubles trophiques et vaso-moteurs s'observent fréquemment dans un grand nombre d'affections nerveuses. Ils ont été déjà étudiés dans la symptomatologie des lésions du système nerveux central et périphérique; on verra plus loin qu'ils peuvent exister aussi dans certaines névroses. Mais, en dehors de ces cas, il en est d'autres où les troubles trophiques et vaso-moteurs semblent constituer l'élément fondamental de la maladie: ce sont les faits de ce genre qui vont être décrits dans cette partie de notre Manuel.

Ces troubles, qui intéressent principalement le tégument externe, comprennent: le zona, la sclérodémie, la trophonévrose faciale, l'asphyxie locale des extrémités, l'érythromélgie, le mal perforant; nous y ajouterons quelques maladies qui trouveraient difficilement place dans les autres divisions de cet ouvrage: le myxœdème, la maladie osseuse de Paget, l'acromégalie, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (ces trois dernières affections seront réunies sous le nom d'ostéopathies systématisées).

Mais il faut reconnaître que ce groupe, établi surtout pour la commodité de la classification nosologique, est mal délimité: on y pourrait tout aussi légitimement ranger des maladies ayant un caractère général, depuis longtemps reconnu, comme le rhumatisme chronique et les formes nerveuses de la lèpre, dont l'étude sera faite ailleurs.

ZONA

Définition. — On entend par zona (herpès zoster, fièvre zoster) une éruption à marche aiguë de plaques érythémateuses surmontées de vésicules en groupes, et disposées suivant la direction et la distri-