

intercostaux, la *mastodynie* (appelée *irritable breast* par ASTLEY COOPER). Elle ne se déclare que chez la *femme* arrivée à la période de puberté et constitue une souffrance suraiguë des plus agaçantes et des plus opiniâtres. Les douleurs sont tantôt continues, et tantôt se manifestent sous forme d'accès espacés, parfois accompagnés de vomissements. La glande tout entière est excessivement sensible au moindre attouchement. On ne sait rien de bien certain concernant l'*étiologie*. L'anémie, l'hystérie, les influences traumatiques semblent exercer une certaine influence. Parfois on sent dans le sein de petites nodosités très douloureuses (tuberculâ dolorosa, névromes?) qui ont fait croire quelquefois au développement d'un carcinome.

La maladie peut durer des années. Le *traitement* est difficile. Des enveloppements chauds, un bandage suspensif et surtout les narcotiques procurent du soulagement. L'électricité peut être très utile. On est aussi, dans des cas désespérés, intervenu chirurgicalement (amputation du sein, extirpation des nodosités douloureuses), mais ces tentatives sont d'un succès douteux.

5. Névralgies dans le domaine du plexus lombaire.

Comme les névralgies qui se rapportent à ce plexus sont rares et ne présentent rien de particulier, nous nous contenterons d'en énumérer brièvement les formes les plus importantes.

La *névralgie lombo-abdominale* provoque des douleurs dans la région lombaire, lesquelles s'irradient vers le siège, l'hypogastre et les organes génitaux. La *névralgie crurale* réside en partie dans le rameau cutané fémoral antérieur et externe, en partie dans le tronc principal du nerf crural (rameau cutané fémoral moyen et interne). Cette névralgie se caractérise surtout par sa propagation aux expansions cutanées du nerf grand saphène (région interne du mollet et bord interne du pied). Dans la *névralgie obturatrice*, la douleur s'étend du bord interne de la cuisse jusqu'à la région du genou (v. fig. 6 et 7).

Pour ce qui concerne leurs particularités, toutes ces névralgies cadrent parfaitement avec ce qui a été dit dans le chapitre précédent. Le *diagnostic* n'est pas toujours facile, et on doit surtout se garder de confondre avec des affections des os et des articulations, avec le lumbago, les coliques néphrétiques, etc.

6. Sciaticque.

(Névralgie sciaticque. Mal de Cotugno.)

Etiologie. Après la névralgie trifaciale, celle du nerf sciaticque est de beaucoup la plus fréquente et la plus importante au point de vue pratique. A l'encontre de la plupart des autres névralgies, elle se présente plus souvent chez l'homme que chez la femme. Les *refroidissements* et l'*humidité*, la *fatigue excessive* des membres inférieurs en sont les agents producteurs les plus actifs. Les *stases sanguines dans les veines du bassin* (hémorroïdes) et la *constipation habituelle* donnent plus rarement lieu à la sciaticque. On rencontre parfois dans la sphère du nerf sciaticque des *névralgies symptomatiques* de tumeurs du bassin, de la carie du sacrum et d'affections analogues. D'autres *influences traumatiques* et la *compression* du nerf (par ex. la position assise continue dans une attitude incommode) sont parfois aussi des causes efficientes de la maladie. Ensuite le *poids de l'utérus gravide* sur le plexus sciaticque est capable d'engendrer la névralgie de ce nerf, qu'on a également vue se produire à la suite de l'*accouchement par le forceps*.

Symptômes et marche. Les *douleurs* qui débent d'ordinaire par de légers prodromes pour monter graduellement jusqu'aux paroxysmes les plus aigus, prennent le plus souvent naissance à la face postérieure de la cuisse, dans la région de l'échancrure sciaticque. De là elles s'élancent comme des éclairs vers le bas, surtout dans la sphère péronière (partie externe de la jambe, du pied et le dos du pied), plus rarement dans la sphère tibiale (plante du pied). Tantôt elles se déclarent sous forme d'accès névralgiques caractéristiques, tantôt elles sont plus persistantes et les malades les qualifient de « cuisantes », de « perforantes », etc. La nuit elles sont à leur apogée. Dans les cas graves, les mouvements de la jambe sont complètement bridés par la douleur, de façon que la marche est difficile ou quasi-impossible et que le membre dolent est tenu en légère flexion et dans l'immobilité. Très souvent aussi les douleurs sont provoquées par une station debout ou une séance trop prolongées. Les *points douloureux* se trouvent fréquemment le long du nerf sciaticque, sur le muscle grand fessier ou à son bord inférieur, dans le creux du jarret (nerf tibial), à la tête du péroné (nerf péronier), au tarse, sur le dos du pied, etc.

A part les douleurs, il existe parfois d'autres *troubles de la sensibilité* (paresthésie, hyperesthésie, anesthésie légère). Des *contractures réflexes*, le *tremulus*, quelquefois même des *convulsions cloniques* manifestes ont été observés dans les cas graves. Presque toujours on constate un certain degré de raideur et de faiblesse du membre. Il se développe souvent une légère atrophie

musculaire, les atrophies d'un haut degré devant toujours être mises sur le compte d'altérations anatomiques plus profondes du nerf. Le *zona* a été constaté à diverses reprises, mais en somme il est rare.

La *durée* de la maladie s'étend à plusieurs semaines, parfois aussi à plusieurs mois, même à des années dans beaucoup de cas opiniâtres. Cependant la marche morbide, abstraction faite des cas dépendants d'une lésion organique incurable, finit presque toujours par se terminer favorablement. Les *récidives* sont toutefois assez fréquentes.

Diagnostic. Le *diagnostic* de la sciatique, dans la plupart des cas types, n'est pas malaisé, mais peut parfois présenter des difficultés sérieuses. On est exposé à la confondre avec le lumbago, l'inflammation initiale de l'articulation de la hanche, la coxalgie nerveuse (v. plus loin) et les abcès du psoas. Il faut songer aussi aux douleurs ischialgiques qui marquent le début du *tabes*. Une exploration minutieuse et complète, la détermination du siège du mal et des points douloureux sont les seuls moyens, en cas de doute, de lever les difficultés.

Traitement. Assez souvent on peut, rien qu'en remplissant l'*indication causale*, obtenir des résultats avantageux. A part les succès réalisables par l'extirpation de tumeurs, de corps étrangers, etc., signalons l'amélioration qu'on atteint en beaucoup de sciatiques rebelles accompagnées de constipation, par le traitement dérivatif méthodique, surtout par une cure à Marienbad, Kissingen, etc.

En ce qui concerne le traitement de la sciatique commune, et pour peu que le cas soit aigu, on tâchera, pendant l'*accès* même, de donner avant tout au membre malade une position commode et facile. L'application locale de la *chaleur* (cataplasmes et enveloppements chauds, etc.) font d'ordinaire du bien au malade. Parfois un bain de vapeur lui procure un soulagement réel. Des *dérivatifs locaux* énergiques (vésicatoires, au besoin une soustraction sanguine) sont surtout employés dans les cas « d'origine rhumatismale ». Si les douleurs sont très violentes, une piqûre de morphine est souvent le seul remède sûr et indispensable. Les embrocations narcotiques sont entrées dans la pratique usuelle.

Parmi les autres remèdes auxquels on peut s'adresser, nommons d'abord l'*électricité* et le *massage*. On emploie d'ordinaire des *courants descendants* assez puissants avec de grosses électrodes qu'on laisse agir tous les jours pendant 5 à 10 minutes sur le nerf, en comprenant successivement les divers segments du nerf dans le circuit du courant. Si le membre est devenu raide, on ouvre et on ferme de temps en temps le courant, pour provoquer des secousses. L'usage du *courant faradique* est aussi approprié à un grand

nombre de cas, surtout la *brosse faradique*. — Outre l'électricité, le *massage* peut revendiquer de beaux succès dans la sciatique. Pour les détails des procédés techniques à suivre dans ces circonstances, il faut consulter les écrits spéciaux traitant de cette importante méthode thérapeutique (1).

Après l'électricité et le massage, on recourt, dans les cas de longue durée, aux *cures balnéaires*. On obtient parfois de bons résultats des eaux thermales indifférentes (*Teplitz, Wildbad, Wiesbaden*). Nous recommandons encore les douches chaudes locales et les bains de sable chaud, comme étant doués d'une efficacité particulière (*Köstritz, Blasewitz*).

Des innombrables *remèdes internes* préconisés contre la sciatique, on ne peut en général se promettre beaucoup de succès. Ce n'est qu'en cas de doute sur l'existence de la syphilis, qu'on doit faire un essai avec l'*iodure de potassium*. La *quinine* n'a guère d'action contre la sciatique. Le *salicylate de soude*, l'*antipyrine*, la *phénacétine*, etc., donnent parfois de meilleurs résultats. L'*essence de térébenthine*, d'un emploi si répandu en Angleterre, n'a jusqu'ici entre nos mains donné aucun bénéfice avéré. On a récemment obtenu quelques succès par des injections d'*acide hyperosmique*.

En présence de ces cas rebelles qui bravent tous les remèdes, on est autorisé à proposer aux malades la *distension nerveuse*. Parfois — pas toujours, malheureusement, — cette opération a été suivie d'un résultat excellent. Signalons encore quelques guérisons dues, dans des cas invétérés, à l'emploi du *fer chaud* et enfin, à titre de curiosité, les bons effets obtenus par divers observateurs qui soutiennent avoir guéri la sciatique par la cautérisation du lobule de l'oreille.

7. Névralgies des organes génitaux et de la région rectale.

Les affections névralgiques de ces parties, sans être fréquentes, ont cependant été mentionnées dans quelques cas particuliers. Les douleurs siègent tantôt dans les organes génitaux externes, tantôt dans le canal de l'urètre, tantôt dans la région anale et périnéale. La forme relativement la plus commune, c'est la *névralgie spermatique* (« *irritable testis* » d'après A. COOPER), dans laquelle le cordon spermatique et le testicule sont le siège de violentes douleurs, presque toujours associées à une hyperesthésie excessive des parties atteintes. Le traitement (narcotiques, électricité) de cette névralgie est souvent inefficace, à tel point que dans quelques cas graves on a été jusqu'à pratiquer la castration. Chez la femme, de vé-

1 V. Busch, Scheiber, Reibmayer et Hünerfauth. *Traité du massage*.

ritables *névralgies utérines et ovariennes* semblent parfois faire partie du complexe de l'hystérie.

On désigne sous le nom de *coccygodynie* une variété de douleurs vives siégeant dans la région du coccyx, lesquelles se déclarent de préférence chez la femme et s'accroissent fortement par la marche et la défécation, etc. La souffrance est tellement pénible qu'on a, à différentes reprises, pour y remédier, opéré l'extirpation ou la section de l'os. — Nous avons observé deux fois ce syndrome comme partie constituante du tabes dorsal.

CHAPITRE CINQUIÈME.

NÉVRALGIES ARTICULAIRES.

(Arthralgies, névroses articulaires.)

Décrites en premier lieu par le médecin anglais BRODIE, les arthralgies n'ont été universellement admises en Allemagne qu'après que ESMARCH eût démontré par des observations nombreuses qu'il existe des douleurs articulaires très violentes et d'apparence grave, qui ne sont produites par aucune maladie anatomiquement appréciable et qu'on est par conséquent autorisé à considérer comme des affections nerveuses. Attendu que dans la plupart des cas appartenant à cette catégorie, la *douleur* localisée à l'articulation est le symptôme culminant, on a fait choix du mot arthralgie, quoique dans l'espèce la douleur ne se déclare pas d'une façon typique et sous forme d'accès comme dans la névralgie véritable et qu'ordinairement il coexiste une série de symptômes qu'on ne rencontre pas en cas de névralgie essentielle.

Les arthralgies s'observent de préférence chez les personnes nerveuses entachées d'hystérie, par conséquent plus fréquemment chez les femmes et les jeunes filles que chez les hommes. Très souvent il y a lieu d'incriminer une cause psychique comme productrice de la maladie. Les *traumatismes* qui atteignent l'articulation et qui, sans importance par eux-mêmes, provoquent une violente frayeur et attirent sur le membre contus l'attention inquiète du malade, sont souvent les agents de la maladie. Dès lors ces névralgies articulaires n'appartiennent plus aux névralgies essentielles, mais à proprement parler à l'hystérie (hystérie traumatique). En tout cas le terme « *névrose articulaire* » convient mieux que celui de « *névralgie articulaire* ».

Aussitôt après l'action d'une cause semblable, mais souvent après quel-

ques semaines seulement, les malades commencent à ressentir des douleurs. C'est presque toujours l'articulation du genou ou de la hanche qui est endolorie, rarement une articulation des extrémités supérieures. Ces douleurs sont continues, deviennent plus vives par moments, surtout à propos de mouvements ou d'émotions morales, etc. De temps en temps elles semblent se calmer, notamment quand l'attention des malades est détournée de leurs souffrances. En général celles-ci sont localisées dans une articulation; quoique parfois la jambe tout entière soit dolente. Les malades sont d'ordinaire très sensibles aux chocs, aux ébranlements, etc. et on découvre parfois quelques *points douloureux* à l'entour de l'articulation. La marche est complètement impossible, tout au moins très pénible et clopinante. Dans les cas sérieux et surtout quand les alarmes outrées de la famille ont pour effet d'abaisser d'autant l'énergie réactionnelle des malades, ils gardent le lit pendant des semaines et des mois. Quelquefois le membre est atteint d'une faiblesse manifeste, presque toujours associée à une raideur et une tension considérables des muscles. La jambe est dans l'extension ou entièrement fléchie et dans la rotation en dedans comme dans la coxalgie véritable.

Le *diagnostic* des névroses articulaires est souvent entouré de difficultés réelles dont une observation prolongée finit presque toujours par triompher. Dans le principe, la maladie a l'air d'être une affection articulaire grave, à raison de l'intensité de la douleur, de la raideur de la position et de l'impuissance absolue du membre. Nonobstant cela, le médecin expérimenté ne tarde pas à s'apercevoir de l'absence de toute altération articulaire objective et certaine, surtout du défaut de gonflement, puis des variations dans l'intensité des plaintes, de l'influence qu'exercent les émotions morales sur la maladie, enfin de l'impression d'ensemble que font les malades, de leur manière de se comporter, du contraste que présentent leurs vives lamentations avec leur excellent facies (pas toujours cependant) et avec la conservation de l'appétit et du sommeil. Dans les cas douteux, on conseille de faire un examen pendant l'*anesthésie chloroformique*. Alors les contractures les plus fortes en apparence disparaissent, et le membre reprend manifestement sa mobilité et ses conditions normales.

Dès que le diagnostic d'une névrose articulaire est acquis, le *traitement* s'indique clairement. Les frictions, les cataplasmes, les bandages de toute nature doivent être laissés de côté. Il faut inculquer aux malades la persuasion qu'ils *sauront* marcher dès qu'on leur aura appris à *vouloir* marcher de nouveau. On instituera des exercices méthodiques qui réussissent très mal au commencement et paraissent extrêmement les incommoder, mais qui donnent parfois très rapidement des résultats surprenants. Ces exercices