

*ritique* continue, et c'est pour cela qu'on ne se tromperait guère en considérant comme la cause anatomique de la plupart des cas de sciatique commune, une véritable *névrite sciatique*.

Les *douleurs* débutent d'ordinaire dans la région lombaire et sacrée et se propagent graduellement le long du nerf sciatique, à travers la région fessière et la face postérieure de la cuisse jusqu'au creux du jarret et au delà dans la sphère péronière (partie externe de la jambe, bord externe du pied et dos du pied), plus rarement dans la sphère tibiale (plante du pied). La précision avec laquelle beaucoup de malades tracent avec le doigt le parcours de la douleur qui correspond exactement à la situation anatomique du nerf, est pour le diagnostic « sciatique » la circonstance la plus caractéristique.

Toutefois les différents accès présentent beaucoup de dissemblance, étant donné que les douleurs ne sont tantôt principalement perçues que dans les parties supérieures et ne s'irradient presque pas dans la partie inférieure du membre, tandis que dans d'autres cas c'est précisément en bas que les douleurs sont les plus vives. Cela dépend probablement de ce que la névrite qui est le foyer de la douleur occupe tantôt telle, tantôt telle autre partie du nerf, que tantôt elle prédomine dans ses parties supérieures (radiculaires), et tantôt dans ses expansions. Les douleurs en elles-mêmes sont par les malades rarement qualifiées de « déchirantes », plus fréquemment de « cuisantes », de « perforantes » et ainsi de suite. La nuit elles sont souvent plus vives que le jour. A propos de certains mouvements de la jambe, à l'occasion d'une position incommode, d'une pression, d'un refroidissement, etc. elles s'exaspèrent. Les malades atteints d'une forte sciatique sont par conséquent obligés de garder presque constamment le lit, et ne peuvent qu'au prix des plus grandes souffrances faire quelques pas sans être assistés. Si on les laisse se tenir debout, ils prennent très souvent (mais pas toujours) une attitude très caractéristique quant au tronc. Pour dégager la jambe dolente du poids du corps, le tronc s'incline du côté opposé et la colonne vertébrale s'incurve comme dans la scoliose (avec la convexité tournée d'ordinaire vers le côté sain) (*Scoliose sciatique*).

Examine-t-on de plus près le membre malade, il s'agit tout d'abord de porter son attention sur la *sensibilité à la pression directe du nerf sciatique*. Celle-ci n'est parfois pas si intense qu'on pourrait le croire, probablement parce que les parties réellement malades du nerf ne sont pas assez superficielles pour être facilement accessibles à la pression. Quoi qu'il en soit, on trouve souvent au milieu de la fesse ou à son bord inférieur, dans le creux du jarret ou à la tête du péroné entre autres, le nerf lui-même manifestement douloureux à la pression. Parmi les *autres désordres nerveux*, les véritables *parésies* de la jambe sont rares et dénotent généralement une affection plus

profondément située. Ce qu'il y a de plus remarquable, ce sont les *tensions musculaires* en partie réflexes, qui souvent se transforment en *tremblements* et en *contractions* formelles de la jambe endolorie. Nous n'avons le plus souvent pu constater aux *réflexes* aucune modification particulière. Cependant le réflexe du tendon d'Achille est parfois atténué ou même fait complètement défaut du côté malade. Un examen attentif démontre que la *sensibilité* est souvent altérée, à un léger degré mais presque jamais considérablement. Cependant il importe beaucoup de remarquer que dans les cas de longue durée la jambe malade est presque toujours atrophiée. Le contour tant de la cuisse que de la jambe est ordinairement de plusieurs centimètres plus petit du côté souffrant que du côté sain.

La *durée* de la sciatique est rarement moindre que de quelques semaines. En beaucoup de cas il se passe des semaines avant que la douleur ait complètement disparu et que l'usage du membre soit redevenu normal. En même temps le cours de la maladie présente souvent de notables oscillations. Toutefois la sciatique *simple* (non causée par d'autres maladies fondamentales) a généralement une issue favorable. Seulement il est à noter que l'affection a une grande tendance à la récurrence, de manière que l'individu qui a été une fois atteint, doit se garder de toutes les circonstances qui sont de nature à provoquer la sciatique. La marche générale de la sciatique symptomatique dépend naturellement en grande partie de la nature de l'affection fondamentale.

**Diagnostic.** Le *diagnostic* de la sciatique, dans la plupart des cas-types, n'est pas malaisé, mais peut parfois présenter certaines difficultés. On est exposé à la confondre notamment avec le lumbago, l'inflammation initiale de l'articulation de la hanche, la coxalgie nerveuse (v. plus loin) et les abcès du psoas. Même quand le diagnostic de l'ischialgie comme telle, est établi, il faut toujours, par un examen attentif de l'état général du malade, déterminer s'il s'agit d'une sciatique primitive simple (névrite ischiatique primitive) ou d'une névralgie symptomatique consécutive à une autre maladie fondamentale.

Nous avons signalé ci-dessus en parlant de l'étiologie à quelles éventualités le médecin doit principalement songer en cette occurrence.

**Traitement.** Dans la sciatique *primitive* ordinaire, on instituera le plus souvent, en présence d'un cas récent, un traitement « antirhumatismal ». Les malades garderont le lit et se tiendront chaudement. Nous avons, pour ce qui nous concerne, traité en ces derniers temps la plupart des sciatiques au moyen des *procédés* méthodiques de *sudation* et obtenu de cette manière des résultats réellement avantageux. Les malades sont entourés de couvertures de laine, et au moyen d'un simple tuyau coudé, de fer blanc, à



l'ouverture inférieure duquel on allume, placée sur le parquet, une lampe à esprit de vin, on dégage de l'air chaud sous la couverture. Les malades transpirent de cette façon 2 à 3 heures par jour. — Parmi les *moyens internes* on recourt de préférence au *salicylate de soude*, à l'*antipyrine*, à la *salipyrine* et à la *phénacétine*, qui tout au moins procurent souvent une amélioration symptomatique. Nous avons rarement vu de bons effets de l'usage de l'*huile de térébenthine*, beaucoup employée en Angleterre. Nous avons également peu de confiance dans les injections prônées d'acide hyperosmique (v. p. 27). Les « dérivatifs locaux », en particulier les vésicatoires, le long du nerf sont actuellement peu usités, quoiqu'ils aient quelquefois peut-être une certaine utilité. Des cataplasmes chauds, des enveloppements de Priessnitz de tout le membre, ont le plus souvent une action bienfaisante, de même que les *frictions* d'huile de chloroforme, etc. Ce n'est qu'en présence de douleurs extrêmement vives qui troublent sans rémission le repos de la nuit, qu'on doit recourir aux narcotiques, surtout aux *injections sous-cutanées de morphine*.

Outre les remèdes sus-indiqués, d'autres méthodes particulières de traitement, telles que l'*électricité*, le *massage* et les *bains* sont encore à considérer.

Le traitement électrique dispose ordinairement de *courants descendants* d'intensité moyenne avec de grandes électrodes, qu'on laisse agir 5 à 10 minutes par jour sur le nerf, en intercalant les divers segments du nerf les uns après les autres dans le circuit du courant. Quand le membre est très raide ou faible, on fait quelques ouvertures ou fermetures de courant pour provoquer des contractions. En beaucoup de cas on applique également, comme mieux approprié, le *courant faradique*, notamment la *brosse faradique*. — Indépendamment de l'électricité, le *massage* peut parfois revendiquer de bons effets dans la sciatique. Quant aux procédés techniques à mettre en œuvre en cette circonstance, on en trouvera des détails dans les écrits traitant de cette importante méthode de thérapeutique.

Les *cures balnéaires* (comprenant douches et frictions) sont utiles dans la plupart des cas de sciatique rebelle. Déjà l'usage régulier des *bains chauds* ordinaires (27° à 28°, pendant une 1/2 heure tous les jours) agit avantageusement, principalement quand on leur associe le massage et le traitement électrique.

Des résultats plus avantageux encore s'obtiennent à certaines stations balnéaires, comme à *Wiesbaden* surtout, mais aussi à *Wildbad*, *Teplitz* et autres. Des *bains de boue* et notamment des *bains de sable chaud* (*Köstritz*, *Blasewitz*) peuvent avoir un excellent effet. — S'agit-il de cas gravement invétérés, il faudra naturellement changer souvent de méthode de traitement.

Il importe beaucoup, à part la médication locale, d'avoir égard aussi, autant que possible, au traitement général, pour écarter toutes les causes

occasionnelles qui pourraient avoir de l'influence. Le changement de manière de vivre, l'éloignement des agents nuisibles, rhumatismaux, toxiques et mécaniques, la réglementation des gardes-robes et ainsi de suite sont quelquefois suivis d'un succès évident. Toute maladie fondamentale éventuelle doit naturellement être traitée avec soin (iodure de potassium dans la syphilis, etc.).

Les *interventions opératoires* — abstraction faite des cas rares qui se prêtent à l'extirpation de tumeurs ou du corps étrangers — ne sont en règle générale pas indiquées. Tout au plus pourrait-on, dans les sciatiques très graves et opiniâtres, proposer aux malades de faire un essai avec la *distension nerveuse*. En beaucoup de cas — malheureusement pas dans tous à la vérité — cette opération a été suivie d'un bon résultat.

### 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 par de nombreux observateurs. Il est vrai que la plupart de ces observations datent de temps reculés et que plusieurs seraient aujourd'hui peut-être susceptibles d'une interprétation différente.

Les douleurs dans ces cas ont leur siège, 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 les plus violentes douleurs occupent le cordon spermatique et le testicule, 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 se rencontrent de véritables *névralgies utérines et ovariennes*, mais alors elles semblent le plus souvent être symptomatiques et 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 circumsection de l'os. — Nous avons observé deux fois ce syndrome comme partie constituante du *tabes dorsal*.

### 8. Névralgies articulaires (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 constitue le symptôme culminant, on a fait usage du mot arthralgie, expression qui à la rigueur n'est pas bien choisie parce que 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 qui ne se présentent 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 fréquemment encore on les rencontre chez des *enfants*. Souvent aussi il y a lieu d'incriminer une cause psychique comme productrice de la maladie. Les *traumatismes* qui atteignent l'articulation, mais qui, sans importance par eux-mêmes, provoquent une violente frayeur et attirent sur le membre contus l'attention inquiète du malade, sont parfois les agents de la maladie. Dès lors ces névralgies articulaires *n'appartiennent quasi pas aux névralgies essentielles, mais à proprement parler à l'hystérie* (hystérie traumatique).

Aussitôt après l'action d'une cause semblable, mais souvent après quelques 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 à la pression, 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 la force de résistance des malades vis-à-vis de leur souffrance, 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. L'extrémité inférieure 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'impotence 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 excitations morales sur la maladie, enfin de l'impression d'ensemble que font les malades, de leur façon d'agir, du contraste que présentent leurs lamentations évidemment exagérées avec leur excellent facies (pas toujours cependant) et avec la conservation de l'appétit et le maintien du sommeil. Si l'on détourne l'attention du malade, la même pression qui est intolérable sur l'articulation, n'est presque pas perçue. Dans les cas douteux, on conseille beaucoup 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 que les douleurs ne tiennent qu'à leur anxiété morbide et qu'ils *sauront* parfaitement marcher dès qu'on leur aura appris à *vouloir* marcher de nouveau. On instituera par conséquent des *exercices méthodiques* qui réussissent très mal au commencement et paraissent extrêmement les tourmenter, mais qui donnent parfois très rapidement des résultats surprenants. Ces exercices sont grandement secondés par le *traitement électrique* de l'articulation (fort courant à travers l'articulation, brosse faradique), puis par des *douches froides locales* et par le *massage*. L'usage de remèdes internes (fer chez les anémiques, nervins) peut être indiqué dans plusieurs circonstances, quand ce ne serait que pour agir sur le moral. (V. Chapitre de l'hystérie et des névroses traumatiques.)

#### APPENDICE

##### Acroparesthésies.

Depuis longtemps tous les médecins disposant d'une certaine expérience connaissent et la littérature médicale a fréquemment relaté les phénomènes d'irritation sensible désignés par Pr. SCHULTZE sous le nom d'*acroparesthésies*, mais ce n'est qu'en ces dernières années que ces phénomènes ont attiré l'attention générale (Laquer et autres). Il s'agit en ces cas d'une souffrance très réelle, souvent observée, dont le symptôme principal consiste en sensa-



tions désagréables et même très pénibles, presque persistantes ou du moins très fréquemment renouvelées aux bouts (*ἄκρα*) des membres, surtout aux mains, aux extrémités des doigts, aux pieds et aux orteils.

La maladie atteint ordinairement l'*âge moyen*, plus souvent, dit-on, la *femme* que l'homme. On en recherche vainement la *cause* spéciale en beaucoup de cas. Parfois cependant on invoque certaines influences qui ont agi sur les mains ou les pieds, comme des refroidissements intérieurs, des congélations, l'action de laver souvent dans de l'eau froide, des travaux mécaniques fatigants, des irritations chroniques, etc.

Ces sensations anormales sont perçues sous forme de picotements, de titillations, de déchirures, etc. Le siège principal en est, comme il a été dit, les doigts et les bouts des doigts. Les deux mains sont ordinairement prises à la fois, mais la maladie est parfois plus prononcée d'un côté que de l'autre. De même certains doigts de la même main sont plus douloureux que d'autres. Il est plus rare que les pieds (orteils) soient plus affectés que les mains. En ce cas la stase veineuse (varice) semble avoir une certaine valeur causale. Les douleurs ne sont pas également vives en tout temps. Elles sont plus intenses la nuit et vers le matin et se calment pendant le jour.

Examine-t-on plus intimement les mains et les pieds, on n'y trouve parfois rien d'anormal objectivement. Mais souvent on observe surtout certains phénomènes « vasomoteurs » manifestes. Les parties douloureuses sont plus *froides*, plus *cyanotiques* que dans les conditions ordinaires. Toutefois nous avons vu des cas rebelles dans lesquels les mains étaient plus *chaudes* au toucher et présentaient constamment une *forte sécrétion sudorale*. La sensibilité est normale, ou bien il existe à des endroits déterminés de la peau une diminution très faible de la sensation tactile, plus rarement une hyperesthésie remarquable vis-à-vis du toucher. La *motilité* est généralement conservée. Il n'y a qu'une certaine *raideur* des mains dont beaucoup de malades se plaignent. En général ce ne sont pourtant que les douleurs parfois très aiguës qui entravent les mouvements des mains et empêchent le plus les malades de vaquer à leurs occupations. Les *réflexes* ne présentent rien de particulier. Dans certaines circonstances nous avons noté des *altérations trophiques* très manifestes, principalement une étroitesse et une formation en pointe évidente des phalanges terminales, une incurvation plus accusée des ongles et un état luisant de la peau (*glossy skin*) etc. Dans des cas très opiniâtres, existant depuis des années, nous avons vu récemment se produire aux orteils, sans cause externe, des ulcères torpides qui étaient très douloureux et ne montraient presque pas de tendance à la guérison.

La *marche* de la maladie est bénigne en quelques cas, à telle enseigne qu'après plusieurs mois, la guérison a lieu; en beaucoup d'autres cas les acro-

paresthésies constituent un état très rebelle, chronique, résistant de longues années, qui, malgré qu'il soit exempt de danger, occasionne aux malades des inconvénients et des souffrances considérables.

Quant à la *nature* et la *pathogénie* propre de l'affection, on ne sait encore rien de certain. Que ce soit un état d'irritation des extrémités et expansions terminales sensibles, partant un *mal* purement *périphérique*, cela est universellement admis. Mais on ne sait pas encore s'il s'agit d'une maladie primitive du nerf même ou d'une affection des petites artères terminales et de troubles circulatoires avec les conséquences qui y sont inhérentes.

Le *diagnostic* des acroparesthésies est généralement facile, vu que le tableau morbide est en réalité très caractéristique. En tout cas on doit toujours songer à ceci, que ces paresthésies se présentent parfois à titre de symptôme ou de signe précurseur de maladies organiques centrales (par ex. comme précurseur d'apoplexies, d'autres affections cérébrales, du tabes, etc.).

Le traitement ne saurait être que symptomatique, et à cet égard l'usage local du *courant électrique*, surtout de la brosse *faradique*, semble donner les meilleurs résultats. Cependant le courant constant, les bains de mains électriques, etc. ont aussi été avantageux. Quant à l'influence des *agents thermiques* (manulaves chauds ou froids, douches froides, douches écossaises, etc.) c'est l'expérience qui doit décider en chaque cas. — Outre le traitement local, l'état général du malade doit également être considéré (fer, quinine, arsenic dans l'anémie et ainsi de suite).

## CHAPITRE CINQUIÈME.

### MAL DE TÊTE D'HABITUDE.

(Céphalée, céphalalgie.)

Comme suite aux névralgies, nous devons parler ici du *mal de tête habituel* (*mal de tête nerveux*), affection qui se rencontre à tout bout de champ dans la pratique et sur la cause intime et l'essence propre de laquelle nos connaissances présentent encore beaucoup de lacunes.

Sous le nom de « *céphalalgie nerveuse* », on ne désigne pas ces maux de tête *symptomatiques* si fréquents qui accompagnent les maladies infectieuses aiguës inflammatoires, l'anémie profonde généralisée, les lésions organiques les plus diverses du cerveau et de ses membranes, des os du crâne, des sinus frontaux, etc. Nous n'identifions pas non plus le mal de tête habituel avec d'autres affections douloureuses bien caractérisées, par ex. les *névralgies* types de la branche frontale du trijumeau ou des nerfs occipitaux, ni avec