teur, crural, psoas, pectiné, adducteurs et quadriceps, et président à la sensibilité des régions antéro-internes de la cuisse et du genou, ainsi que de la moitié interne de la jambe et du pied.

PARALYSIES RADICULAIRES DU PLEXUS LOMBAIRE.

Entre le point où elles émergent de la moelle et celui où elles traversent les trous de conjugaison qui leur sont destinés, les racines du plexus lombaire ont, dans le canal rachidien, une direction d'autant plus verticale et un trajet d'autant plus long qu'elles sont plus inférieures.

Dans ce parcours elles peuvent être atteintes de lésions spontanées ou traumatiques susceptibles de donner lieu à des paralysies radiculaires.

La symptomatologie des paralysies radiculaires du plexus lombaire a été peu étudiée. On sait pertinemment, par quelques observations isolées, qu'elles peuvent atteindre exclusivement les racines supérieures ou les racines inférieures. Dans le premier cas, il se produit une paralysie des muscles de la ceinture abdominale; dans le second, une paralysie totale ou partielle du crural ou de l'obturateur. Mais ces paralysies sont le plus souvent associées à des lésions coexistantes de la moelle ou des racines du plexus sacré, de telle sorte que leur symptomatologie se confond avec celle des maladies du segment lombaire de la moelle ou de la queue de cheval.

La principale maladie des branches collatérales du plexus lombaire est représentée par la névralgie lombo-abdominale.

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

Elle peut être provoquée par les causes banales des névralgies et, en outre, par les hernies crurale et obturatrice, par les maladies inflammatoires des organes pelviens (cystite, métrite, annexite), par les altérations des muscles psoas. Elle est quelquefois déterminée par la blennorragie (Valleix) et les épididymites blennorragiques (Mauriac).

Les points douloureux les plus fréquents sont, d'après Valleix : le *point lombaire*, siégeant un peu en dehors des premières vertèbres de ce nom, et dans la portion de peau où se rendent les filets des branches postérieures ; le *point iliaque*, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des iles ; le *point hypogastrique*, au-dessus de l'anneau inguinal ; un *point inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope ; un *point scrotal* ou *de la grande lèvre*.

La névralgie du testicule (*irritabile testis*) serait, d'après certains auteurs, une forme viscérale localisée de la névralgie lombo-abdominale ; pour d'autres, elle constituerait une variété de névralgie du sympathique.

PARALYSIES ET NÉVRALGIES FUNICULAIRES DU PLEXUS LOMBAIRE.

Paralysie et névralgie du nerf crural.

La *paralysie du nerf crural* entraîne l'inertie de tous les muscles innervés par ce nerf, c'est-à-dire de la presque totalité des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin (psoas, iliaque, triceps, couturier) et du principal extenseur de la jambe sur la cuisse (droit antérieur). Il en résulte une difficulté à fléchir la cuisse sur le bassin et à étendre la jambe sur la cuisse. Quand le malade est couché, il lui est impossible ou difficile de relever le tronc ; quand il est debout, il ne peut relever la cuisse malade ni lancer la jambe en avant. La marche est, de ce fait, hésitante ; le saut et l'ascension des escaliers impossibles et, si la paralysie est bilatérale, la progression absolument empêchée.

Les troubles de la sensibilité, quand ils existent, occupent les parties innervées par le crural, c'est-à-dire la partie antéro-inférieure de la cuisse et le bord interne de la jambe et du pied.

La *névralgie du crural* est rare. Valleix n'en a vu que deux exemples. Les points douloureux siègent à l'aine, au niveau de l'émergence des rameaux perforants, au condyle interne du fémur et à la malléole interne. Rien de spécial relativement à la nature des douleurs ni au traitement.

Paralysie et névralgie du nerf obturateur.

La *paralysie du nerf obturateur* est caractérisée par l'inertie des muscles adducteurs de la cuisse et de la plupart des rotateurs en dehors. Le malade ne peut serrer les cuisses l'une contre l'autre ni les croiser l'une sur l'autre, mais il peut se tenir debout et marcher sans difficulté. S'il y a des troubles de la sensibilité, ils occupent la face interne de la cuisse jusqu'au genou.

La *névralgie du nerf obturateur* a pour symptôme une douleur à type névralgique localisée à la partie supérieure et interne de la cuisse et s'irradiant de là vers le genou et le bord interne du talon. Le principal intérêt de l'histoire de cette névralgie, c'est qu'elle peut être provoquée par des hernies obturatrices et que, par conséquent, dans certains cas obscurs, son existence peut mettre sur la voie de la découverte de la hernie provocatrice.

MALADIES DU PLEXUS SACRÉ.

Formé par les anastomoses que s'envoient réciproquement avant leur distribution périphérique la cinquième paire lombaire et les quatre premières paires sacrées, le plexus sacré fournit des branches

collatérales qui président à la motilité des muscles fessiers, obturateur interne, releveur de l'anus, ischio- et bulbo-caverneux, jumeau inférieur, etc., et à la sensibilité de la peau de l'anus, du scrotum, de la face inférieure de la verge, de la fesse, de l'urètre, des corps caverneux et de la partie supérieure et postérieure de la jambe. Il se termine par une seule branche terminale, le nerf sciatique, dont les branches et les rameaux innervent les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse (demi-tendineux, demi-membraneux, biceps), le grand adducteur et tous les muscles de la jambe et du pied, en même temps qu'ils président à la sensibilité de toute la moitié externe de la jambe et du pied.

PARALYSIES RADICULAIRES DU PLEXUS SACRÉ.

Les racines du plexus sacré, après s'être détachées de la moelle à la hauteur du renflement sacro-lombaire et du cône terminal, se groupent en un gros faisceau connu sous le nom de *queue de cheval*, qui descend verticalement dans le canal rachidien et le canal sacré. Dans leur long trajet intravertébral, les faisceaux de la queue de cheval peuvent être meurtris par des traumatismes, comprimés par des tumeurs ou irrités par des méningites. Ces lésions donnent lieu à des paralysies radiculaires du plexus sacré dont les symptômes, ressemblant beaucoup à ceux des maladies de la partie inférieure de la moelle, peuvent cependant, dans la plupart des cas, en être distingués par une analyse suffisamment attentive (1). Ces symptômes sont :

Troubles de la motilité. — Ils intéressent rarement tous les muscles innervés par le plexus sacré, et sont limités presque toujours soit au groupe des muscles de la fesse et de la partie postérieure de la cuisse, soit au groupe des muscles innervés par le sciatique poplité externe. Dans le premier cas (paralysie des fessiers), les malades ne peuvent marcher qu'avec des béquilles ; dans le second, ils ont une attitude particulière de la jambe et du pied et marchent en steppant. Les muscles innervés par le sciatique poplité externe ont en effet pour action commune de déterminer l'extension du pied sur la jambe. Leur paralysie donne donc lieu à la déformation du pied dite *pied bot varus équin* : le pied est tombant, les orteils en bas, le talon relevé, la face plantaire est tournée en dedans et en arrière, le bord interne du pied est attiré en haut, le bord externe repose sur le sol et sert de point d'appui à la jambe tout entière. Dans cette attitude, il est difficile au malade de marcher, l'extrémité antérieure du pied traîne à terre et bute contre le moindre obstacle. Aussi le malade, pour obvier à cet inconvénient et pour

(1) Voy. à ce sujet Raymond, Sur les lésions de la queue de cheval, *in* Clinique des maladies du système nerveux, 1re série, 1896, p. 252.

éviter les chutes du côté paralysé, fléchit fortement la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin, le pied ainsi soulevé est projeté en avant, retombe sur le sol et s'y appuie par son rebord externe : cet artifice, connu sous le nom de *steppage*, permet ainsi au malade de marcher. Tels sont les caractères généraux de cette paralysie ; la prédominance de la paralysie sur un muscle en particulier imprimera à l'attitude et au fonctionnement du membre des modifications utiles à connaître : elles portent surtout sur les mouvements d'adduction et d'abduction et sur les mouvements d'extension propre des orteils; elles sont en rapport respectivement avec la paralysie du jambier antérieur, du court péronier latéral et de l'extenseur commun des orteils. Quant au long péronier latéral, sa paralysie amène un aplatissement de la voûte plantaire et un renversement du pied sur son bord interne.

Le nerf sciatique poplité interne, rarement atteint, innerve les muscles de la région postérieure de la jambe et commande la flexion du pied sur la jambe en même temps que la flexion, l'adduction et l'abduction des orteils. La paralysie tend à imprimer au pied l'attitude spéciale du pied bot talus avec tendance au valgus ou au varus, suivant la perte plus ou moins complète du mouvement du triceps sural ou du jambier postérieur.

Ces impotences musculaires s'accompagnent généralement d'affaiblissement ou d'abolition des réflexes tendineux et d'atrophie précoce, avec réaction de dégénérescence des muscles paralysés. D'autres troubles trophiques se développent fréquemment ; ce sont surtout l'œdème avec ou sans induration scléromateuse, l'escarre fessière et le mal perforant plantaire.

Troubles de la sensibilité. — Ils sont très importants pour le diagnostic. Ils existent toujours dans les cas de paralysie radiculaire. Ils se manifestent sous la forme de névralgies à crises térébrantes exacerbées par les mouvements du tronc, la percussion du sacrum, les efforts de toux, la position verticale du corps, etc., ou des paresthésies douloureuses siégeant au niveau des fesses ou des cuisses. Après avoir duré un certain temps, les douleurs sont souvent remplacées par de l'anesthésie dont l'extension et la topographie dépendent du nombre et de la nature des racines altérées.

Les sphincters ne sont pas toujours épargnés, mais ils sont en général moins fortement atteints que dans les paralysies d'origine médullaire.

Le diagnostic des paralysies radiculaires du plexus sacré est souvent difficile ; mais, dans un bon nombre de cas, l'absence de troubles sphinctériens, l'importance relative des troubles de la sensibilité, la succession de l'anesthésie aux douleurs névralgiques, la distribution radiculaire de cette anesthésie, la dissociation régulière des paralysies, permettront de reconnaître leur véritable nature. Et cela a un intérêt

pratique de premier ordre, à cause des interventions thérapeutiques qui peuvent dériver de ce diagnostic. Il existe en effet, dans la science, quelques observations de paralysies radiculaires du plexus sacré qui ont été heureusement traitées par des opérations chirurgicales. Dans un cas de Thornburn où la paralysie était causée par une luxation traumatique de la deuxième vertèbre lombaire, on enleva l'arc vertébral qui comprimait la queue de cheval et le malade fut assez amélioré pour être capable de reprendre ses travaux (il était mineur) et de faire, en s'appuyant sur une canne, des courses de plusieurs kilomètres. Dans un autre cas rapporté par Laquer, on avait diagnostiqué une tumeur de la portion sacrale du canal rachidien. On ouvrit le sacrum, on tomba sur la tumeur diagnostiquée; on l'enleva sans difficulté (elle était extradurale), et le malade se rétablit complètement.

PARALYSIES ET NÉVRALGIES FUNICULAIRES DU PLEXUS SACRÉ.

Les paralysies funiculaires des branches collatérales ou terminales du plexus sacré sont rares. En dehors des traumatismes qui les atteignent directement, on ne les rencontre guère que dans les névrites saturnines et alcooliques. Encore faut-il ajouter que, dans les cas de ce genre, il n'est pas bien sûr que les nerfs périphériques soient seuls malades. Des lésions médullaires accompagnent toujours et précèdent probablement quelquefois les lésions des nerfs. Une particularité intéressante à signaler à propos de ces formes de paralysies, c'est que les paralysies saturnines et alcooliques frappent surtout le nerf sciatique poplité externe, en épargnant toutefois le plus souvent le jambier antérieur. Cela est, paraît-il, de règle dans les paralysies saturnines du membre inférieur, lesquelles sont, il est vrai, très rares. Mais il n'en est pas moins curieux de constater que les paralysies saturnines offrent dans leur distribution des dissociations constantes et en quelque sorte caractéristiques : au membre supérieur, elles frappent les muscles innervés pas le radial sauf un, le long supinateur; au membre inférieur, elles affectent le groupe des muscles qui tirent leur innervation du sciatique poplité externe sauf un, le jambier antérieur.

Névralgie sciatique.

Toute douleur à caractères névralgiques, occupant le trajet du nerf grand sciatique et de ses branches, suffit à constituer le type clinique de la sciatique.

Cette affection, des plus fréquentes, fut décrite pour la première fois par Cotugno en 1764. Dans l'ensemble des innombrables publications ultérieures, nous citerons les travaux de Valleix, Chaussier, Lasègue, Landouzy, les leçons de Charcot. Dans la série des

travaux les plus récents, nous mentionnerons la revue générale de Brühl (1), et les publications de Minor (2), de Schreiber (3) et de S. Hyde (4).

ÉTIOLOGIE. — La sciatique est une affection de l'*âge mûr* : fort rare avant quinze ans, on ne la rencontre guère après soixante-cinq ans. Le *sexe masculin* est le plus souvent atteint.

Le tempérament et l'état antérieur du sujet ont quelque importance. Les arthritiques, les rhumatisants, les névropathes de toute nature sont particulièrement prédisposés à cette névralgie. D'après les statistiques de S. Hyde (200 cas), sur 100 sujets atteints de sciatique, il y aurait, en moyenne, 24 *goutteux* et 21 anémiques.

Le *diabète* produit la sciatique, et la forme bilatérale de préférence.

La sciatique peut être d'*origine infectieuse*. Les *sciatiques blennorragiques*, *syphilitiques*, *paludéennes*, *grippales*, sont aujourd'hui parfaitement admises. L'*origine toxique* est parfois à incriminer, et certaines névralgies s'observent au cours du *tabagisme*, de l'*alcoolisme*, du *saturnisme*.

Pour en finir avec les causes éloignées de la sciatique, nous mentionnerons les cas dits *réflexes*, où les symptômes habituels apparaissent à la suite d'affections à localisation lointaine, telles qu'une névralgie faciale, ou viscéralgie abdominale.

Parmi les *causes locales*, nous signalerons d'abord le *froid* et particulièrement le froid humide. Il existe des observations où ce facteur a paru avoir produit à lui seul la névralgie sciatique. Ce qui est, au moins, indiscutable, c'est que son action locale est fréquemment relevée comme cause provocatrice des accès.

Le *traumatisme* a un rôle important. Il peut s'accompagner ou non d'altération directe du sciatique à travers les téguments ouverts. La *compression* est une cause fréquente de sciatique, soit qu'elle s'exerce sur les parties supérieures du nerf et sur le plexus (affections inflammatoires ou néoplasiques du petit bassin, lésions du rachis, accouchements laborieux, avec ou sans manœuvres obstétricales) ou sur sa partie extrapelvienne (tumeurs de la gaine, néoplasie ou abcès de voisinage).

La compression du nerf sciatique est réalisée d'une façon particulièrement active dans les altérations des vaisseaux de ce nerf ; cela a été décrit par Quénu dans la dilatation variqueuse des *veinæ nervorum*.

Il existe une observation de sciatique double, survenue au cours d'une néphrite aiguë parenchymateuse, et reconnue, après l'au-

(1) Brühl, *Gaz. des hôp.*, 1894.
(2) Minor, *Deutsche med. Wochenschr.*, juin 1898.
(3) Schreiber, *Wiener med. Wochenschr.*, 1894, p. 1164 et 1205.
(4) S. Hyde, *The Lancet*, 9 mai 1896.

topsie, comme étant causée par de la périendoartériolite locale (1).

La cause de la névralgie peut résider au niveau de l'émergence médullaire des fibres nerveuses. C'est le cas dans les méningites spinales et méningo-myélites. Elle peut être aussi symptomatique d'une affection médullaire.

Pour terminer nous signalerons la survenance possible de la sciatique à la suite de fatigues exagérées des membres inférieurs (usage de la machine à coudre, par exemple).

SYMPTOMATOLOGIE. — La *douleur* est au premier plan de la symptomatologie de la sciatique : c'est très généralement le signe dominant, et peut-être le seul.

Les caractères de cette douleur sont les suivants : elle est *spontanée* ou *provoquée*, *continue* ou *paroxystique*. La *douleur spontanée* existe, en dehors de tout accès paroxystique, sous la forme continue. Elle consiste alors, le plus souvent, en une sensation plus pénible que vraiment douloureuse, sensation de siège profond et d'intensité moyenne suivant exactement le trajet de tout ou partie du nerf sciatique.

Cette douleur continue fait place, par intervalles, à des exaspérations douloureuses qui constituent les *accès*. Ici, la sensation, particulièrement aiguë, est celle d'élancements irradiés sur une partie du trajet nerveux, souvent de la fesse au talon, généralement dans le sens centrifuge. Elle peut affecter le type térébrant. Son intensité est suffisante pour arracher au malade des plaintes ou des larmes, l'obliger à diverses positions, qui, par la flexion du membre inférieur malade, diminuent la tension du nerf. Ces paroxysmes apparaissent à des intervalles très variables et varient de durée chez les divers sujets. Ils sont aussi bien diurnes que nocturnes.

La douleur peut être *provoquée accidentellement*, par l'effort et la fatigue du membre, par les heurts locaux, par le refroidissement, etc. ; *systématiquement*, dans un but diagnostique, par les deux manœuvres suivantes :

a. La première est la recherche des *points douloureux* fixés par Valleix. Cet auteur a indiqué certains points du trajet du sciatique, où la pression méthodique provoque une douleur bien nette. Ce sont : à la fesse, les *points sacro-iliaque* (bord du sacrum), *lombaire* (au-dessus du sacrum), *iliaque* (milieu de la crête iliaque), *fessier* (échancrure sciatique), *trochantérien* (gouttière interischio-trochantérienne).

A la cuisse : *points fémoraux* échelonnés à la face postérieure.

A la jambe : *point poplité* (naissance du poplité externe), *point péronéo-tibial* (col du péroné), *point malléolaire externe*.

Au pied : *point dorsal*, *points plantaires*.

(1) Lapinsky, *Neurol. Centralbl.*, 15 octobre 1898.

La distinction de ces divers points, par endroits assez factice, peut rendre de réels services, en ce qui concerne surtout les *points fessier*, *trochantérien*, *péronier* et *malléolaire externe*, particulièrement importants.

b. La *manœuvre de Lasègue* constitue un signe clinique de grande valeur, quand son résultat est positif. Pour l'effectuer, après s'être assuré que l'élévation du membre, le genou étant fléchi, est indolente, on maintient le membre entier dans l'extension et on le

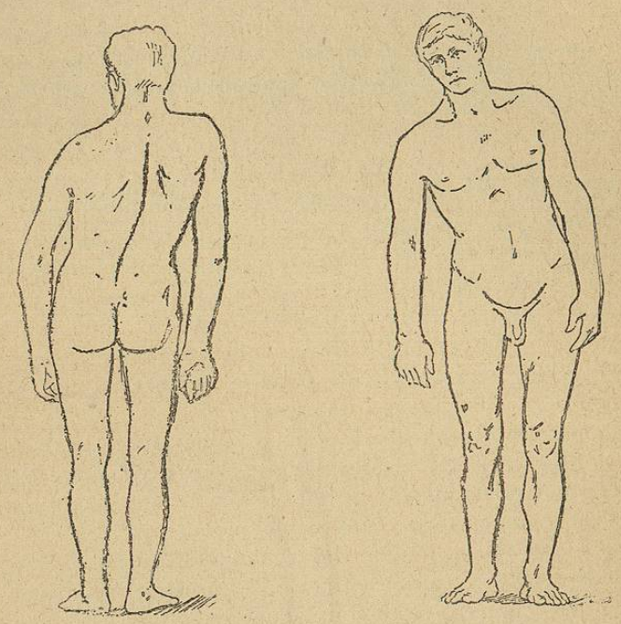

Fig. 3 et 4. — Déviation de la colonne vertébrale dans la sciatique.

soulève au-dessus du plan du lit. Dans toute sciatique vraie, cette manœuvre aboutit rapidement à une sensation de douleur aiguë que le malade accuse généralement par un cri.

Quand la douleur de la sciatique est très intense, quand les accès sont rapprochés et violents, apparaissent souvent des *modifications du caractère et de l'humeur* du patient qui devient irritable et perd l'appétit. On a signalé de la *glycosurie* et, surtout, de la *polyurie*, qui paraissent pouvoir être considérées comme une conséquence réflexe de la douleur (Debove et Rémond).

Il existe, au cours de la névralgie sciatique, des *symptômes moteurs*, d'ailleurs inconstants, qui sont cependant susceptibles de prendre une réelle importance dans le tableau clinique. Telles sont d'abord les modifications des *réflexes*. Le réflexe rotulien peut être affaibli ;

le réflexe du tendon d'Achille, parfois aboli, serait diminué dans la moitié des cas de sciatique environ (1).

Les *muscles* peuvent être le siège de crampes et de tremblement fibrillaire. Jolly-King, Schultze et J. Hoffmann les ont vus présenter des mouvements ondulatoires nettement évidents. Leur *atrophie* est fréquente, presque constante à un léger degré; elle est quelquefois précoce, rapide et très intense.

On voit parfois survenir des *parésies diverses*, non seulement sur les muscles innervés par le sciatique, mais encore sur tous les autres muscles dépendant du plexus sacro-lombaire. C'est à de semblables parésies qu'on s'accorde généralement à attribuer certaines *déviations du tronc*, fréquemment rencontrées dans les névralgies graves et persistantes. La plus fréquente de ces déviations est la *scoliose croisée*, constituée par la déviation de la colonne vertébrale du côté sain. Elle a pour conséquence une *attitude hanchée* (fig. 3 et 4), qui peut d'ailleurs préexister à la déviation, et n'être que purement instinctive. On explique la scoliose croisée par la prédominance fonctionnelle des muscles du côté sain sur ceux du côté malade atteints de parésie. Cette déformation est spéciale à la sciatique. « Lorsqu'elle existe, dit Charcot, vous pouvez presque à coup sûr affirmer qu'elle est liée à une sciatique grave, de longue durée, le plus souvent; et que cette sciatique existe dans le membre du côté opposé vers lequel a lieu l'inclinaison du tronc. »

La *scoliose* est dite *homologue* quand la déviation se trouve du même côté que la sciatique. Elle est rare. Pour l'expliquer, Brissaud invoque l'action prédominante des muscles de ce même côté, non plus parésiés, mais contracturés : cela s'appliquerait aux formes de sciatique dite *spasmodique*. Ludwig Mann, qui a fait une étude particulière de ces déviations, a décrit un cas de paralysie des muscles de l'abdomen, des deux côtés, au cours d'une sciatique; cette paralysie avait entraîné une *lordose* très développée (2).

Les *mouvements* du malade atteint de sciatique sont une cause de provocation de la douleur. A l'effet d'éviter, dans la mesure du possible, des souffrances aiguës, les malades immobilisent autant qu'ils le peuvent le membre endolori. Dans la position verticale, ils font reposer tout le poids du corps sur le membre sain. Pendant la marche ils s'appliquent à n'imprimer au côté malade aucune secousse intempestive, progressent lentement, timidement, et quand le pied malade touche le sol le membre correspondant fléchit sous l'effort, ce qui provoque une forme particulière de *claudication douloureuse*. Couchés dans le lit ils osent à peine et souvent ne peuvent pas se retourner. On doit à Minor (3) une description très

(1) Forestier, *Soc. med.-chirurg.*, 27 février 1899.
(2) Ludwig Mann, *Deutsche Arch. für klin. Med.*, 1893, n° 41.
(3) Minor, *Deutsche med. Wochenschr.*, juin 1898.

minutieuse de la *façon dont se relèvent ces malades* quand, couchés sur le dos, ils tendent à se mettre debout. Pour y parvenir, ils commencent par porter leurs mains en arrière du corps, à plat sur le sol ; puis ils tendent leurs bras grâce à cet appui, et amènent, entre ces bras ainsi disposés, leur bassin puis leurs membres inférieurs. Ils se penchent alors sur une de leurs mains, laissant l'autre en l'air, ils appuient le genou et finalement se redressent. Ce serait là, au dire de l'auteur, un fait propre à la sciatique et de réelle valeur diagnostique.

La *peau* du membre malade peut présenter des troubles sensitifs, de l'anesthésie variable, depuis l'îlot de petite dimension jusqu'aux larges placards occupant, parfois, toute une face du membre. Ces troubles accentués sont le fait des sciatiques graves et anciennes.

L'*hyperesthésie* a été signalée, ainsi que diverses *sensations paresthésiques* sans caractères spéciaux.

Enfin dans les formes graves, qui trahissent une altération profonde du nerf, on peut rencontrer toute la série des *modifications vaso-motrices*, *sécrétoires* et *trophiques* qui caractérisent les névrites périphériques. Dans cette série, nous mentionnerons l'*atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence*, le *mal perforant*, etc.

MARCHE. — DURÉE. — La marche et la durée de la sciatique sont extrêmement variables : il y a des sciatiques qui guérissent en quelques jours, presque spontanément ; il en est d'autres qui persistent avec une déplorable ténacité, en dépit des multiples traitements appliqués. De là la distinction entre les *formes graves* et les *formes bénignes*.

VARIÉTÉS CLINIQUES. — Landouzy a distingué, de la *sciatique-névralgie habituelle*, ce qu'il appelle la *sciatique-névrite* essentiellement caractérisée par le développement de troubles trophiques variés, surtout d'atrophie musculaire. Il est manifeste que certaines sciatiques présentent des troubles trophiques, vaso-moteurs et sécrétoires avec une remarquable intensité : assurément des cas semblables méritent d'être opposés aux cas légers où la douleur névralgique constitue le seul symptôme observé. Toutefois il n'y a peut-être pas entre ces deux types une différence de nature, mais simplement de degré, la lésion légère et superficielle dans les sciatiques-névralgies ne faisant que s'aggraver dans les cas dits *névritiques*, tout en restant identique à elle-même. De ces troubles trophiques liés à la sciatique-névrite, le plus important est l'atrophie musculaire. Elle s'étend parfois uniformément sur la totalité du membre endolori ou sur un segment entier de ce membre (jambe ou cuisse). D'autres fois, elle se localise dans un groupe musculaire bien délimité, tantôt dans les muscles du mollet innervés par le tibial postérieur, branche du sciatique-poplité interne, tantôt et beaucoup plus souvent dans ceux de la région antéro-externe de la