jambe dont l'innervation provient du sciatique-poplité externe (Guinon et Parmentier). On remarquera, à ce propos, que le sciatique poplité-externe est un des nerfs qui sont le plus prédisposés aux névrites. Pour des raisons qui nous échappent, il est très fréquemment seul atteint de lésions dégénératives ou inflammatoires, non seulement chez des malades en état d'intoxications ou d'infections générales (alcoolisme, fièvre typhoïde, etc.), mais encore dans les cas où le tronc du nerf sciatique ayant été comprimé ou irrité dans son trajet intra-pelvien, il semblerait que toutes les branches qui en partent dussent être également altérées. C'est ce qui s'observe, par exemple, d'une façon très nette, dans les paralysies obstétricales où les symptômes sensitifs moteurs et trophiques sont d'ordinaire étroitement limités à l'aire d'innervation du sciatique-poplité externe (1).

On a multiplié la distinction des formes cliniques. Les variétés étiologiques peuvent, à la rigueur, commander une division, et l'on peut étudier à part la *sciatique blennorragique*, la *sciatique a frigore*, la sciatique obstétricale, etc.

Nous nous occuperons uniquement de la *sciatique double*, de la *sciatique spasmodique* et des *sciatiques partielles*.

La *sciatique double* (2) est le plus souvent symptomatique d'une affection médullaire, d'une altération vertébrale ou d'une lésion pelvienne susceptible d'intéresser à la fois les racines ou les gros troncs nerveux du plexus sacré de l'un et de l'autre côté. Il y a cependant aussi des sciatiques doubles idiopathiques d'origine alcoolique, diabétique, rhumatismale, etc. Dans ces cas, la névralgie est rarement bilatérale d'emblée. Elle commence par se développer d'un côté et s'étend secondairement au côté opposé par un mécanisme qui n'est pas encore clairement élucidé.

La *sciatique spasmodique de Brissaud* est caractérisée par l'existence du clonus du pied, de l'exagération des réflexes rotuliens. On y remarque une contracture intense des muscles périarticulaires de la hanche (pseudo-ankylose coxo-fémorale) et des muscles des lombes (scoliose homologue).

Dans les *sciatiques partielles* la névralgie est limitée à une partie plus ou moins circonscrite du domaine du sciatique. Leurs variétés les plus communes sont la *sciatique poplitée externe*, dans laquelle la douleur occupe la face antéro-externe de la jambe et le bord externe du pied; la *sciatique poplitée interne* dans laquelle la douleur est

(1) Voy. à ce sujet : Bianchi, Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées. Th. de Paris, 1867. — Lefebvre, Des paralysies traumatiques des membres inférieurs. Th. de Paris, 1876. — Brivois, Paralysies traumatiques des membres inférieurs consécutives à l'accouchement. Th. de Paris, 1876. — Dorion, Paralysies du nerf sciatique-poplité externe d'origine pelvienne. Th. de Paris, 1884. — G. Guinon et E. Parmentier, Sur une complication peu connue de la sciatique (*Arch. de neurol.*, n° 59).

(2) Voy. Lago, Th. de Paris, 1897.

localisée au mollet et les *névralgies plantaires* qui occupent exclusivement la plante ou une partie seulement de la plante du pied.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la névralgie sciatique est, en général, facile. Il faut cependant, pour éviter la confusion avec une des nombreuses affections analogues, s'assurer que la douleur est bien nettement localisée sur le trajet du nerf.

Cela permettra le diagnostic avec ce que Schreiber appelle les *pseudo-sciatiques* : cet auteur s'est attaché à prouver que beaucoup des affections considérées comme des sciatiques étaient de nature rhumatismale, et avaient leur origine, non pas dans le nerf, mais dans les muscles, les tendons, les aponévroses, les ligaments articulaires. Le signe de Lasègue sera évidemment précieux pour faire reconnaître les vraies névralgies.

Dans quelques cas de sciatiques partielles, on pourrait avoir à faire une distinction avec une *affection articulaire* de la hanche, ou de la *masse musculaire postérieure du tronc* ; de même, au pied, la *métatarsalgie* pourrait, à la rigueur, en imposer pour une sciatique localisée. Le siège de la douleur, la reconnaissance des points douloureux principaux, le signe de Lasègue feront le diagnostic. Le diagnostic doit enfin reconnaître la *sciatique hystérique* (Achard et Soupault). Il se fera par la constatation des troubles de sensibilité, des stigmates habituels ; la guérison par suggestion sera une preuve définitive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous serons brefs sur ce chapitre, car les notions que l'on possède actuellement manquent encore de précision. Dans les cas où l'autopsie ou l'intervention chirurgicale ont permis de pratiquer l'examen des nerfs endoloris, on n'a parfois trouvé aucune lésion appréciable ni à l'œil nu ni au microscope. Quand le nerf était primitivement ou secondairement altéré il présentait l'une ou l'autre des diverses variétés de lésions interstitielles ou parenchymateuses que nous avons longuement décrites à propos des névrites en général : épaississement des gaines conjonctives, dilatations variqueuses des vaisseaux sanguins, dégénération atrophique des fibres nerveuses, etc.

TRAITEMENT. — Il n'y a pas de traitement spécifique de la sciatique. On a préconisé contre cette névralgie une infinité de moyens thérapeutiques qui tous comptent à leur actif quelques succès et beaucoup de revers. Il serait fastidieux d'en faire ici l'interminable énumération. Nous préférons nous borner à indiquer les règles générales qui doivent diriger le praticien dans le choix des moyens très variés dont il peut disposer.

Avant tout, il devra s'efforcer de reconnaître si la sciatique qu'il a à traiter est liée à une lésion organique grossière ou si elle rentre

dans le groupe des névralgies *sine materia*, dites *idiopathiques*. Il est de toute évidence, en effet, que les sciatiques symptomatiques de tumeurs du bassin ou de caries des vertèbres lombaires ne seront pas accessibles aux mêmes agents que les sciatiques *a frigore*. Aux premières, on ne pourra utilement opposer que deux ordres de moyens : les moyens radicalement curatifs, dirigés contre la cause même du mal, et les moyens palliatifs, tendant purement et simplement à calmer les douleurs. Le traitement radical variera lui-même, cela va de soi, avec la nature de la lésion causale. Il impliquera le plus souvent des interventions chirurgicales dont les indications devront être déterminées en tenant compte des circonstances propres à chaque cas particulier. Le traitement palliatif est plus uniforme et plus simple. De tous les agents thérapeutiques destinés à apaiser les douleurs provoquées par des lésions inopérables, le seul réellement efficace est l'emploi des injections hypodermiques de morphine. On devra donc y avoir recours, malgré les inconvénients qu'il présente, dans tous les cas où il sera susceptible de procurer quelque soulagement à des malades qui sans lui seraient condamnés à de cruelles souffrances.

L'indication causale devra être également recherchée dans les cas où la sciatique, non symptomatique d'une lésion locale grossière, pourrait être sous la dépendance d'une maladie générale, telle que : l'impaludisme, la syphilis, la chlorose, etc. Les sciatiques de ce genre guérissent, en effet, souvent, avec une remarquable rapidité, par des traitements généraux dirigés contre la maladie dont elles dépendent.

Mais il faut bien convenir que les cas où la sciatique peut être rattachée à une cause générale sont relativement rares. Le plus souvent, elle apparaît chez des sujets non cachectiques, sans cause connue, ou sous l'influence plus ou moins manifeste du froid. Les moyens qu'il convient alors d'employer pour la combattre doivent être sériés de la façon suivante :

On aura tout d'abord recours aux médicaments qui ont une efficacité reconnue dans la cure des accidents rhumatismaux : le salicylate de soude pur ou associé à l'antipyrine, la quinine, la phénacétine, le salophène, le citrophène, la salipyrine, etc., etc. Les préparations de térébenthine, qui avaient été jadis très chaudement recommandées par Récamier, Martinet, etc., sont aujourd'hui complètement abandonnées.

Si, malgré l'emploi des médicaments que nous venons d'indiquer, la maladie se prolonge, on fera intervenir les révulsifs. Valleix a beaucoup vanté les vésicatoires volants appliqués successivement sur les divers points douloureux de la sciatique. Les moxas, les cautères placés sur les côtés de la colonne lombaire, l'acupuncture et l'aquapuncture pratiquées le long du trajet du sciatique, la cautérisation à l'aide de l'acide sulfurique de la peau de la face postérieure de la

cuisse ont eu jadis des partisans très convaincus. Tous ces modes de révulsion sont maintenant remplacés par les applications de pointes de feu ou par la réfrigération locale de la peau obtenue soit par des pulvérisations directes de chlorure de méthyle, soit par le procédé plus commode et plus inoffensif du stypage.

L'électricité a donné souvent de bons résultats. On peut l'employer sous la forme de courants faradiques appliqués sur la peau à l'aide du pinceau électrique, selon la méthode de Duchenne, ou sous la forme de courants galvaniques traversant toute l'étendue du membre endolori, depuis la colonne vertébrale jusqu'au pied. Erb conseille de placer l'électrode positive sur le sacrum ou dans le voisinage du trou sciatique et la négative sur les points les plus douloureux de la périphérie. La plupart des auteurs modernes pensent que le sens du courant est indifférent.

Les bains de caisse, les douches de vapeur, les bains sulfureux comptent à leur actif de nombreux succès, ainsi que les eaux thermales, notamment celles de Dax, Bagnères-de-Bigorre, Ax, Néris, Aix-les-Bains, Le Malou, etc.

Quand ces moyens ne réussissent pas, on a proposé d'avoir recours à des injections dans le tronc nerveux lui-même ou dans le tissu cellulo-adipeux au milieu duquel il est logé. Parmi ces injections, les unes sont composées de solutions salines ou médicamenteuses, telles que des solutions de sel marin (Luton), de sérum artificiel (Launois et Bernard), de bleu de méthylène à 50 p. 100 (Ehrlich et Lipmann), d'acide phénique à 1 ou 2 p. 100 (Merten), de morphine (Hammond), n'ayant sur les nerfs qu'une action modificatrice légère ; d'autres contiennent des substances caustiques ou nécrosantes des tubes nerveux : telles sont les injections d'éther (Lereboullet), de chloroforme (Bartholow, Besnier), d'acide osmique à 1 ou 2 p. 100 (Neuber), de nitrate d'argent à 10 p. 100 (Luton). Ces dernières provoquent, lorsqu'elles sont poussées dans les nerfs ou dans leur voisinage immédiat, de véritables névrites qu'il peut y avoir parfois intérêt à provoquer, mais qui ont tous les inconvénients des névrites spontanées, et qui, de plus, déterminent fréquemment des indurations locales pénibles et des abcès. Aussi a-t-on généralement renoncé à leur emploi.

On a proposé récemment de traiter les sciatiques par l'injection intra-arachnoïdienne de solution de cocaïne à 1 p. 100 dans la région lombaire ou par l'injection de sérum artificiel dans le sac épidural. Cette méthode n'a pas encore suffisamment fait ses preuves pour qu'on soit autorisé à la préconiser sans réserves. Toutefois, les faits publiés par Sicard, Achard, Marie, Cathelin, Guillain, etc., sont de nature à encourager les cliniciens à faire de nouvelles tentatives dans cette voie.

Quand une sciatique a résisté à l'emploi méthodique de tous les moyens qui viennent d'être indiqués, on peut être amené à se demander s'il n'y a pas lieu d'avoir recours à l'une des opérations

chirurgicales qui ont été parfois avantageusement appliquées au traitement des névralgies rebelles. Ces opérations sont l'élongation, la section simple, la résection et le hersage du tronc nerveux. Il importe de bien savoir que leurs résultats sont fort incertains. Rarement elles procurent une guérison radicale. Le plus souvent, elles apaisent temporairement les douleurs, mais sont suivies peu après d'une récidive de la névralgie. On ne devra donc les conseiller que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles et après s'être assuré par le procédé que nous avons précédemment indiqué (page 26) que leur point de départ est bien périphérique.

Méralgie paresthésique.

Il faut entendre, par *méralgie paresthésique*, un ensemble de troubles sensitifs répartis sur le domaine du nerf fémoro-cutané, et, vraisemblablement, sous la dépendance d'une névrite de ce nerf.

La première description en est due à Roth et à Bernarht, qui, en 1895, en publièrent les premiers cas à quelques mois d'intervalle. Les observations se multiplièrent dans la suite, au point que Lenoir (1899) rapporte plus de cent cas de méralgie paresthésique (1).

ÉTIOLOGIE. — Les causes n'ont rien de bien spécial. Les hommes et les adultes sont principalement atteints. L'arthritisme, l'obésité, les dyspepsies sont des facteurs prédisposants. Le rôle du traumatisme est particulièrement important : toute contusion ou compression du fémoro-cutané en un point quelconque de son trajet peut amener la méralgie paresthésique. En dehors de tout phénomène pathologique, la situation même du nerf au voisinage de parties osseuses ou fibreuses résistantes peut expliquer un grand nombre de cas de méralgie où le jeu fonctionnel du membre inférieur est seul à incriminer.

L'affection peut être consécutive à une infection (fièvre typhoïde, rougeole, grippe, rhumatisme articulaire aigu, syphilis, éclampsie), ou à une intoxication (alcool, plomb).

Elle peut se manifester au cours du diabète.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes sont caractérisés par un ensemble de phénomènes occupant, à la face antéro-externe de la cuisse, le territoire de distribution du nerf fémoro-cutané. Les troubles siègent rarement sur la branche fessière du nerf. L'unilatéralité est la règle à peu près constante.

L'envahissement de cette région par les paresthésies est progressif.

(1) Lenoir, Th. de Bordeaux, 1899-1900.

Une petite zone primitivement douloureuse grandit, en tache d'huile, et occupe bientôt tout le territoire indiqué. On note alors des sensations anormales à ce niveau, exaspérées parfois en douleurs par accès. Le malade éprouve, à la face antéro-externe de la cuisse, des engourdissements, des fourmillements, des picotements, parfois une sensation de cuissard inerte, de peau morte, de corps étranger en placard. Cela existe continuellement dans les cas typiques, que le malade soit étendu, debout, assis, qu'il soit immobile ou qu'il marche. Sous l'influence d'une marche fatigante, d'une ascension pénible, d'une attitude cambrée prolongée, ou d'un frottement extérieur, les fourmillements et engourdissements augmentent, le malade éprouve une sensation de pincement, de brûlure ; le tout dégénère rapidement en une douleur très aiguë, brûlante, occupant toute la zone paresthésiée, et suffisamment intense pour arracher des larmes ou des plaintes et pour occasionner de la boiterie.

En général, le repos absolu suffit à faire disparaître douleur et claudication, au bout de quelque temps. Chez quelques malades, au contraire, le décubitus exaspère la douleur, et on a vu les mouvements rapides et énergiques du membre malade (vélocipède) amener un soulagement appréciable.

Le frottement, même léger, de la surface endolorie peut suffire à amener un redoublement douloureux. On note souvent de l'hypoesthésie au contact, seule ou compliquée d'hypoalgésie. Celle-ci n'est point rare, et souvent accompagnée de diminution de la perception thermique.

La sensibilité électrique est parfois exagérée : le passage du courant ou l'éclatement de l'étincelle statique sont, souvent, très douloureux. La pression du nerf fémoro-cutané, à son passage sur le rebord iliaque, est douloureusement perçue.

Les troubles trophiques sont rares ; on a noté cependant de la décoloration de la peau ou de la congestion sous-cutanée. La sécrétion de la sueur peut être abolie ou diminuée dans l'aire paresthésique, ce qu'on peut mettre assez facilement en évidence par les injections de pilocarpine.

L'affection guérit parfois spontanément, pour ne plus reparaître. Les récidives sont possibles. Il existe des cas rebelles, nécessitant les traitements les plus radicaux.

DIAGNOSTIC. — Il est facile, dicté par la répartition même des troubles paresthésiques.

La sciatique a un siège tout différent. La manœuvre de Lassègue amène un soulagement dans la paresthésie du fémoro-cutané. La « claudication intermittente de Charcot » est une maladie d'origine vasculaire, et se réalise par anémie temporaire du membre, dont les artères sont manifestement malades.