

sible au chirurgien, supprime la douleur névralgique; alors seulement l'intervention promet d'être efficace (1).

**Pathogénie.** — La douleur de la névralgie a pour caractère principal de se conformer, dans sa localisation, à la distribution des branches nerveuses. On est de prime abord induit à chercher le siège des désordres dans un système anatomique qui rende compte de cette répartition, et deux hypothèses se présentent : ou bien le nerf lui-même est en cause, ou bien c'est le groupe de cellules médullaires sensitives auquel le nerf aboutit. La deuxième hypothèse est, *a priori*, très acceptable, étant donné le rôle physiologique des cellules sensitives de la moelle. En effet, quand une excitation douloureuse est portée sur un nerf périphérique, ces cellules sont les premières impressionnées; c'est par leur intermédiaire que l'excitation se transmet jusque dans les centres de perception. Supposons que, d'emblée, se réalise dans des cellules une modification qui, normalement, résulte des excitations périphériques douloureuses; une douleur sera perçue, et cette douleur sera la même que si l'excitation périphérique avait eu lieu réellement.

Entre ces deux hypothèses, qu'on peut distinguer sous les termes de théorie périphérique et de théorie centrale ou médullaire, l'option serait aisée, si l'anatomie pathologique fournissait toujours des résultats décisifs. Mais, loin de là, l'examen du nerf et celui de la moelle demeurent souvent négatifs dans les cas de névralgie les mieux caractérisés; le champ reste ouvert à la discussion.

La théorie *périphérique* invoque des arguments importants. Maintes fois, c'est chose démontrée, le syndrome névralgie a pour substratum anatomique une véritable lésion du nerf : névrite ou congestion. Au contraire, chez des sujets atteints de névralgie dont on a pu examiner la moelle, on n'a jamais trouvé que celle-ci fût altérée, ou du moins qu'elle fût altérée seule; on a signalé, il est vrai, des faits de ce genre, mais ils paraissent peu probants. Dès lors, raisonnant par analogie, on est tenté d'attribuer à des modifications mal déterminées du nerf lui-même les cas de névralgie sur lesquels l'anatomie pathologique demeure muette. Peut-être s'agit-il de lésions purement congestives, dont la trace se dissipe après la mort; peut-être aussi de simples perversions fonctionnelles, telles qu'on les admet dans les névroses.

La théorie *centrale* place dans la moelle le siège unique, ou tout au moins le siège initial des désordres. Cette doctrine, telle qu'elle fut formulée et soutenue avec intransigeance par Anstie, est trop exclusive; mais elle renferme sans doute une part de vérité. Comme l'a fait ressortir en particulier Vulpian, une participation de la moelle au processus morbide peut seule rendre compte de certains faits. Une carie dentaire éveille une névralgie dans toute la face; comment expliquer cette diffusion? Sous l'influence de l'excitation douloureuse périphérique, et peut-être en vertu d'une prédisposition antérieure qui résulte du tempérament individuel, les cellules de l'axe gris voient leur excitabilité s'exagérer; non seulement les cellules directement ébranlées, mais encore les cellules adjacentes manifestent une sorte d'éréthisme morbide. L'exaltation fonctionnelle peut même déborder les limites du noyau sensitif directement impressionné, et se propager, dans une certaine mesure, à toute la moelle. Cette

(1) Voy. H.-F. PLIQUE. Le traitement des névralgies et des névrites. *Actualités méd.*, J.-B. Baillière, in-18, 96 p., 1901.

conception, d'autant plus vraisemblable qu'elle concorde avec les données de la physiologie normale, fournit une explication satisfaisante de diverses particularités propres aux névralgies : la sensation née à la périphérie s'amplifiant à la fois comme intensité et comme étendue, une lésion localisée dans le domaine d'un nerf se traduisant par une douleur qui s'étend à toute la sphère de distribution de ce nerf et s'irradie même dans d'autres territoires. Enfin les névralgies réflexes, dont le point de départ peut être dans une sensation relativement minime, reçoivent une interprétation du même ordre.

## II. — NÉVRALGIES DE DIFFÉRENTS NERFS

Nous décrirons en premier lieu la sciatique et la névralgie faciale qui sont, à divers égards, les plus importantes parmi les névralgies. Les autres espèces seront étudiées en second lieu, et de façon plus sommaire.

### SCIATIQUE

Cotugno (1764) décrit le premier avec précision, sous le nom d'*ischias nervosa postica*, cette maladie douloureuse; il en fait une affection du nerf sciatique, et il la distingue avec soin de la coxalgie ou *ischias arthritica*.

Avec Valleix (1) et Romberg (2), qui étudient les paroxysmes douloureux, la maladie perd de sa personnalité, elle paraît se calquer sur le type banal des névralgies; il ne s'agit plus à proprement parler d'une maladie du nerf sciatique, mais de douleurs localisées dans ce nerf.

Lasègue (3) apporte des vues plus larges et plus justes; il montre qu'au point de vue clinique les paroxysmes douloureux ne sont pas les seuls phénomènes importants, ni même les plus importants; il met en valeur les symptômes permanents, il fait observer que la sciatique possède une physionomie propre, présente une évolution particulière, revêt des formes diverses, et conclut qu'elle doit être regardée non pas comme un cas particulier de la névralgie banale, mais comme une maladie bien distincte, relevant d'une altération réelle du nerf. D'autres auteurs, parmi lesquels on doit citer Fernet (4) et surtout Landouzy (5), reprennent et développent la même doctrine, et retournent avec Lasègue à la tradition de Cotugno.

Citons encore, comme travaux d'ensemble sur la sciatique, la thèse de Lagrelette (6), les articles de Homolle (7) et de Lereboullet (8).

**Étiologie.** — La névralgie sciatique est la plus fréquente après la névralgie intercostale. Ses causes sont, d'une manière générale, les mêmes que celles de

(1) *Traité des névralgies*, Paris, 1841.

(2) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, Berlin, 1840.

(3) *Archives générales de médecine*, 1864.

(4) *Archives générales de médecine*, 1878.

(5) *Archives générales de médecine*, mars-mai 1865.

(6) Thèse de Paris, 1869.

(7) *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

(8) *Dict. encycl. Dechambre*.



toute névralgie ou de toute névrite. On peut les diviser simplement en causes générales ou lointaines et en causes locales. Ces deux ordres de causes, il est vrai, s'unissent souvent.

**Causes générales.** — Tout à fait exceptionnelle chez l'enfant, la sciatique est surtout une maladie de l'âge mûr. Les hommes, plus exposés aux intempéries, sont huit fois plus souvent atteints que les femmes (Gibson) <sup>(1)</sup>, bien que ces dernières soient plus sujettes aux affections du petit bassin, occasion fréquente de sciatique.

La *constitution*, le tempérament, facteur complexe et mal défini où les tare héréditaires se compliquent des modifications acquises, joue un rôle étiologique indéniable. Un goutteux, un rhumatisant, un névropathe est prédisposé à la sciatique. La « goutte sciatique » est une localisation assez fréquente de la diathèse (Garrod). La sciatique, et plus spécialement la sciatique double (Worms), est parfois liée au diabète.

Le rôle de certaines *intoxications* (plomb, tabac, oxyde de carbone) n'est pas clairement démontré.

Par contre, il existe une sciatique *infectieuse*. C'est une des manifestations possibles de la syphilis, et non l'une des plus rares, d'après Fournier. La névralgie qui constitue une forme larvée de la malaria peut affecter la sciatique (Hirtz), mais exceptionnellement (L. Colin); elle peut être double (Potts) <sup>(2)</sup>. La sciatique n'est pas rare chez les tuberculeux <sup>(3)</sup>.

La fièvre typhoïde, l'infection puerpérale, la grippe et sans doute aussi la plupart des autres infections aiguës peuvent provoquer l'apparition de la sciatique; mais une mention particulière est due à la blennorrhagie, qui compte cet accident parmi ses manifestations dites rhumatismales (Fournier).

Parmi les sciatiques de cause générale, ou mieux de *cause lointaine*, on doit ranger les sciatiques dites *réflexes*. Une névralgie faciale (Piorry, Brown-Séquard), la piqûre du nerf saphène interne (Sabatier), bref, des affections nerveuses périphériques diverses peuvent entraîner une sciatique; mais, plus souvent, l'affection initiale siège dans un viscère. D'ordinaire, en effet, ce sont les organes du petit bassin, ou, d'une façon plus générale, les organes innervés par les branches du plexus sacré et du plexus hypogastrique qui constituent le foyer originel (rectum, vessie, utérus, testicule). Parfois, il est vrai, on peut se demander avec Hallopeau si les inflammations de ces organes n'ont pas simplement produit un engorgement ganglionnaire capable de comprimer le nerf sciatique dans le bassin. Mais Lisfranc a vu guérir une sciatique rebelle à la suite de l'ablation d'un petit polype du vagin, et de pareils faits ne se prêtent pas à l'interprétation proposée <sup>(4)</sup>.

**Causes locales.** — L'influence du *froid* et de l'*humidité* sur la production de la sciatique est des mieux démontrées. Le refroidissement agit sans doute de deux manières; il exerce à la fois un effet général sur l'organisme et un effet local sur le nerf. Le dernier effet peut être exclusif; on a vu maintes sciatiques éclater chez des sujets restés longtemps assis sur le sol mouillé ou sur un banc de pierre. Le plus souvent, il s'agit de refroidissements répétés qui

<sup>(1)</sup> V. GIBSON. Analyse de 1000 cas de sciatique primitive. *The Lancet*, 15 avril 1895, p. 860, anal. in *Revue neurol.*, 1895, p. 558.

<sup>(2)</sup> *Univ. M. Mag.*, Philad., 1890-1891, III, 517.

<sup>(3)</sup> Voy. VILLEDIEU. Thèse de Lyon, 1902.

<sup>(4)</sup> V. FOURQUET. *Sciat. réflexe dans les affect. des org. génit. chez l'homme et chez la femme*. Thèse de Bordeaux, 1890.

accumulent progressivement leurs actions jusqu'à ce que la maladie éclate.

A l'action du froid humide se rattachent probablement l'influence des *saisons* (la sciatique étant particulièrement fréquente en hiver); l'influence des *climats* (les pays froids, brumeux et à température inconstante lui payant un fort tribut); l'influence des *professions*, enfin, car les terrassiers, les maçons, les militaires, etc., fréquemment exposés aux intempéries, sont relativement plus éprouvés.

Les causes *traumatiques* capables de déterminer la sciatique sont diverses. Citons les plaies intéressant plus ou moins le nerf, les contusions, les compressions prolongées liées parfois à une attitude vicieuse longtemps maintenue.

Les traumatismes extérieurs atteignent généralement une branche, un rameau du sciatique et non le tronc principal; ils n'en peuvent pas moins provoquer une névralgie étendue à tout le territoire du nerf. Il est possible qu'il s'agisse alors d'une véritable névralgie réflexe. Un grand nombre d'affections du petit bassin: engorgements ganglionnaires, abcès circonscrits intra ou extra-péritonéaux, hématocele rétro-utérine, tumeurs diverses, constipation avec stagnation de scybales dans le rectum, peuvent engendrer la sciatique par la compression exercée sur le nerf ou sur le plexus sacré. Une compression semblable, avec une attrition plus ou moins marquée, peut avoir lieu dans les accouchements laborieux (tête fœtale volumineuse, forceps).

Enfin les racines constituantes du plexus sacré peuvent être altérées, soit dans le canal rachidien, soit dans les trous de conjugaison, par des affections telles que le mal de Pott ou le cancer vertébral. La méningite spinale, la méningo-myélite altèrent ces racines aussi bien par compression que par propagation du processus inflammatoire.

Les *fatigues* exagérées imposées aux membres inférieurs, notamment dans certains métiers comme celui de débardeur, de forgeron, et aussi chez la couturière manœuvrant du matin au soir la machine à coudre (Seeligmüller, J.-B. Charcot et H. Meige) <sup>(1)</sup> figurent également parmi les causes de sciatique. Signalons enfin la sciatique des *variqueux* (Quénu).

**Anatomie pathologique.** — Au voisinage d'un abcès, le nerf peut subir une infiltration purulente, de même qu'une infiltration néoplasique au voisinage d'un cancer; mais les faits vraiment intéressants sont ceux où il ne s'agit pas d'un processus de propagation.

Quelques autopsies, assez rares, et surtout des interventions opératoires, ont permis de recueillir quelques documents. Ces constatations semblent justifier la distinction, établie sur une base clinique par Landouzy, entre la sciatique névralgie et la sciatique névrite. Tantôt le nerf était exempt d'altération au microscope aussi bien qu'à l'œil nu (cas de Gubler et Robin); tantôt au contraire il présentait des lésions inflammatoires plus ou moins marquées. La congestion est notée par beaucoup d'auteurs; Bichat, Romberg, Chaussier ont signalé des dilatations variqueuses dans le nerf ou à son voisinage. Les varices des veinules entourant la gaine du nerf produiraient, d'après M. Quénu, de véritables névralgies par compression. Tripier a constaté de la sclérose interstitielle. Plusieurs observateurs ont rencontré un œdème plus ou moins marqué (Cotugno, Bærensprung, Jasset). Dans plusieurs cas, le nerf était considérablement tuméfié (Leudet, Fernet). L'intégrité des fibres nerveuses est expressément notée dans un

<sup>(1)</sup> *Progrès méd.*, 1891, p. 275-275.



certain nombre d'observations; il semble donc que la névrite, quand elle est en cause, soit interstitielle plutôt que parenchymateuse.

**Symptômes.** — Le nerf sciatique n'est pas seulement sensible; c'est encore un nerf moteur, vaso-moteur, trophique. Toutes ses fonctions peuvent être intéressées. Dans ce paragraphe, nous nous bornerons à indiquer les troubles variés qui en résultent, quitte à montrer plus tard les diverses manières dont ils se peuvent grouper pour constituer des variétés et presque des espèces nosographiques distinctes.

La *douleur* est le symptôme fondamental, commun à toutes les variétés de sciatique. On distingue deux sortes de douleurs : une continue et une paroxystique.

La *douleur continue* siège sur le trajet du nerf lui-même, à la partie supérieure de la cuisse, plutôt que sur les branches de subdivision. Demandez au malade où il souffre, il vous montrera du doigt un endroit précis, répondant au tronc nerveux. Cette douleur est généralement sourde, légère en somme, mais agaçante par sa continuité. Parfois c'est moins qu'une douleur, c'est un fourmillement, un simple sentiment d'inquiétude et d'agacement qui ne laisse pas d'être fort pénible. Les variations atmosphériques, le froid et plus encore l'humidité, s'annoncent au patient par une recrudescence de la douleur. La marche, comme tout mouvement, tout ébranlement du corps, exagère aussi la souffrance, et la station assise est pénible à cause de la pression et du tiraillement que subit le nerf dans cette position; le malade n'est relativement soulagé qu'au lit. A ceci, toutefois, il est des exceptions. Quand la douleur est relativement peu intense, surtout dans la sciatique chronique, il n'est pas rare qu'elle soit exaspérée par la chaleur du lit; d'autre part le malade trouve qu'il souffre moins lorsqu'il a marché pendant quelques moments : le temps, comme il dit, de « dégorger sa jambe ». La douleur est toujours augmentée, ou réveillée lorsqu'elle est endormie, par une traction ou une pression exercées sur le nerf, et cette circonstance est utilisée en clinique pour faire apparaître un des signes caractéristiques de l'affection. Le *signe de Lasègue*, ainsi qu'on l'appelle, consiste, le sujet étant couché, à soulever le membre malade en maintenant le genou en extension; une douleur vive se fait sentir à la fesse et à la cuisse, douleur due à l'élongation du nerf lésé. La douleur est nulle, ou beaucoup moindre, quand le genou se fléchit en même temps que la cuisse.

D'autre part, à l'aide de pressions méthodiquement exercées avec le doigt sur le trajet du tronc et des branches du sciatique (et de quelques branches du plexus sacré), on constate l'existence de points extrêmement sensibles, dont Valleix a déterminé la situation. Cet auteur a peut-être exagéré l'importance de ces *points douloureux*; on ne doit pas s'attendre à les rencontrer exclusivement dans les lieux précis où il les place; encore moins faudrait-il croire qu'ils existent tous dans un cas donné. Quoi qu'il en soit, il est utile de les connaître; énumérons-les rapidement.

*Point lombaire*, immédiatement au-dessus du sacrum (branches supérieures du plexus sacré). *Point sacro-iliaque* : zone étroite, verticale, sur le côté du sacrum. *Point iliaque*, vers le milieu de la crête iliaque (terminaisons du nerf fessier supérieur). *Point fessier*, au sommet de l'échancrure sciatique. *Point trochantérien*, entre le grand trochanter et l'ischion. Valleix distingue, assez

artificiellement, trois *points fémoraux*, échelonnés sur le trajet du nerf à la face postérieure de la cuisse. *Point poplité* (naissance du sciatique poplité externe). *Point rotulien* (un rameau articulaire de la branche cutanée péronière). *Point péronéo-tibial* (là où le sciatique poplité externe contourne le col du péroné). A la jambe, sont particulièrement douloureuses deux zones verticales répondant l'une au mollet, l'autre à la partie moyenne du péroné. *Point malléolaire externe*, derrière la malléole (nerf saphène externe). Le *point dorsal du pied* et les *points plantaires*. Ajoutons, d'après Lagrelette, un *point calcanéen* et, d'après Troussseau, le *point apophysaire*, au niveau de la crête sacrée. Les plus importants sont les points fessier, trochantérien, péronier et malléolaire externe; les autres paraissent moins constants.

Il nous reste à parler des *paroxysmes douloureux* constituant les *accès*. Ils ont leurs foyers de prédilection au niveau des points de Valleix. Ce sont des élancements d'une violence extrême, qui éclatent tout à coup et, le plus souvent, s'irradient en éclair jusqu'à une certaine distance de leur foyer d'origine; l'irradiation a lieu suivant une direction généralement centrifuge, rarement centripète. Ces élancements se produisent tantôt sur un seul point, tantôt sur plusieurs points à la fois, et se renouvellent à des intervalles variés. Le plus souvent, ils se succèdent coup sur coup sous forme d'*accès* qui durent parfois quelques minutes et parfois plusieurs heures. Tantôt les accès eux-mêmes se reproduisent sans grande régularité sous l'influence d'une cause occasionnelle (froid, traumatisme, mouvement) ou d'une façon toute spontanée, tantôt, au contraire, ils se renouvellent à des heures déterminées. Ils surviennent volontiers la nuit. Quoi qu'il en soit, à part des cas atténués, ils sont pénibles à l'extrême, et les malades ne manquent pas de les caractériser par des comparaisons variées qui indiquent leur violence : c'est un poignard qui s'enfonce, un fer rouge qui brûle, un coup de foudre qui traverse. Exceptionnellement, au lieu de localiser la sensation douloureuse dans les parties molles, le patient lui assigne un siège plus profond; il éprouve un sentiment de perforation ou de broiement des os : c'est la douleur térébrante.

Suivant une loi de diffusion et de retentissement à distance commune à toutes les névralgies, la douleur paroxystique de la sciatique peut éveiller des douleurs simultanées dans la sphère des plexus sacré ou lombaire, ou même beaucoup plus loin, dans les membres supérieurs, par exemple.

La *sensibilité cutanée* (\*) est souvent altérée. On constate, dans le territoire du sciatique, surtout au niveau des foyers douloureux, des îlots d'anesthésie plus ou moins complète; l'hyperesthésie est plus rare. Parfois l'hyperesthésie, qui est plutôt un phénomène de début, fait place, dans la même région, à de l'anesthésie, phénomène relativement tardif. Dans les sciatiques graves, au bout d'un certain temps, on voit souvent apparaître une anesthésie non plus en plaques, mais en large nappe. Peut-être ces deux modalités de l'anesthésie reconnaissent-elles un mécanisme un peu différent. La première tiendrait, suivant l'interprétation de Nothnagel, à un épuisement momentané des centres sensitifs ébranlés par des douleurs vives; notons (ce qui appuie cette interprétation) que des plaques d'anesthésie peuvent se montrer dans des territoires nerveux ne dépendant pas du nerf atteint de névralgie, dans celui du crural, par exemple. L'anesthésie en nappe, plus fixe, plus durable, tiendrait à

(\*) Voy. DUBARRY. Thèse de Bordeaux, 1902-1905.



une altération profonde du nerf : il est de fait qu'elle appartient aux sciatiques graves.

Des *sensations paresthésiques* diverses : sensations de froid, très fréquentes, en rapport ou non avec un refroidissement réel du membre lésé, sensations de chaleur, plus rares ; picotements, engourdissement, etc., se montrent dans le domaine du sciatique.

Les *troubles de la motilité* sont variables. Parfois de brusques secousses du membre coïncident avec les élancements douloureux. On note aussi des crampes, du tremblement fibrillaire. On a signalé dans certains cas l'affaiblissement du réflexe rotulien, dans d'autres l'exagération de ce réflexe, mais le plus souvent on le trouve normal dans la sciatique, ce qui d'ailleurs se comprend aisément, puisque le réflexe patellaire s'accomplit dans le domaine du nerf crural. Le réflexe achilléen, au contraire, est fréquemment affaibli ou aboli (Sternberg, Babinski, Forestier). Fréquente aussi est l'exagération du réflexe crémasterien (Gibson) ; celles du réflexe plantaire, du réflexe fessier sont quelquefois notées. Il y a donc dans la sciatique, soit grave, soit bénigne, une irritabilité excessive de la moelle<sup>(1)</sup>. Nous reviendrons sur ces phénomènes à propos des formes de la sciatique, en signalant la sciatique spasmodique.

Dans les cas graves, on voit se développer tardivement (quelquefois pourtant dès la fin du premier mois) une parésie plus ou moins marquée, qui s'ajoute à la douleur pour augmenter l'impotence. Ce phénomène indique une névrite. Il en est de même, ainsi que l'a démontré Landouzy, de l'atrophie musculaire, qu'on attribuait autrefois à l'immobilité prolongée. Parfois, cependant, l'atrophie musculaire est précoce et rapide ; il serait légitime, ce semble, en pareil cas, de la rattacher à un processus réflexe, suivant l'interprétation adoptée pour expliquer l'atrophie musculaire des arthrites.

Guinon et Parmentier<sup>(2)</sup> ont fait voir que l'atrophie musculaire se localise souvent à une seule branche du sciatique poplité externe ; il en est de même de l'anesthésie. Cette particularité est indépendante de la nature et du siège de la cause vulnérante, et l'on doit se contenter de l'ancienne interprétation : prédominance des névrites sur les extenseurs.

Les troubles *vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques* sont variés. La peau du membre malade est le plus souvent livide, violacée, surtout quand le malade est debout. Elle est habituellement sèche, car la sécrétion sudorale est le plus souvent diminuée, rarement exagérée. Elle est épaissie, ainsi qu'on s'en assure en la pinçant après l'avoir plissée ; ce phénomène qui peut masquer l'atrophie musculaire, est dû au développement exagéré du pannicule adipeux, à l'« adipeuse sous-cutanée » étudiée par Landouzy. Exceptionnellement, la peau est pâle, amincie et flasque.

Fréquemment, la température du membre malade est abaissée de 2 degrés et même davantage, relativement à celle du membre sain.

Mentionnons, parmi les troubles trophiques observés, le développement exagéré des poils, et les éruptions diverses qui peuvent, comme on sait, accompagner toute névrite : herpès, zona, érythème, acné, etc. Ajoutons-y le mal perforant (cas de Duplay).

On peut observer, à l'exploration électrique des muscles, la réaction de dégénérescence, indice certain de la névrite.

<sup>(1)</sup> V. RAVEN. The knee-jerk in sciatica. *Brit. med. Journ.*, 1892, I, p. 600.

<sup>(2)</sup> *Arch. de neurol.*, n° 59, et Cousot. Acad. de méd. de Belgique, février 1895.

C'est encore dans les sciatiques graves qu'on a pu apprécier par le palper une augmentation de volume du nerf (Fernet).

Le malade atteint de sciatique adopte, quand la douleur n'est pas assez vive pour le confiner au lit, une *attitude* assez particulière pour permettre, presque à elle seule, un diagnostic à distance. Le sujet étant debout, il tient son genou légèrement fléchi, artifice qui produit le relâchement du nerf sciatique. Si la plante du pied repose sur le sol par toute son étendue, ce qui est la règle, le bassin est nécessairement incliné du côté malade. Pour rétablir la situation médiane du centre de gravité du tronc, ou plutôt pour reporter ce centre de gravité vers le côté sain et soulager d'autant le membre impotent, la colonne lombaire s'incurve et présente une convexité du côté malade. Le plus souvent une courbure de compensation, de sens inverse, s'établit dans la région dorsale supérieure. En somme, c'est l'attitude *hanchée* ; la hanche du côté malade fait une forte saillie. A la longue, cette attitude instinctive dégénère en une déformation très accusée, et permanente, de la colonne vertébrale : on a affaire à la *scoliose sciatique* sur laquelle Charcot et Babinski surtout ont appelé l'attention<sup>(1)</sup>. Une variété plus rare de scoliose sciatique est celle dans laquelle le tronc est incliné vers le côté malade. Il se produit alors un hanchement très prononcé du côté sain, et ce hanchement a pour résultat de porter le poids du corps vers la jambe saine, en dépit de l'inclinaison du rachis lombaire et du bassin vers la jambe malade. Cette variété a été étudiée par M. Brissaud<sup>(2)</sup>, qui lui a donné le nom de *scoliose homologue* (inclinaison du tronc du même côté que la sciatique), par opposition à la première, qu'il a dénommée *scoliose croisée*. Nous reviendrons sur la scoliose homologue à propos de la sciatique spasmodique, forme à laquelle ce genre de déviation est plus particulièrement associé<sup>(3)</sup>. Ces diverses scolioses, ordinairement légères, mais parfois très marquées, peuvent survivre à la sciatique (Chauffard), mais plusieurs faits prouvent qu'elles tendent à disparaître progressivement, quand cette dernière est guérie (Souques, Françon)<sup>(4)</sup>. Elles appartiennent surtout aux sciatiques graves, aux névrites sciatiques<sup>(5)</sup>.

Tels sont les symptômes de la sciatique. Ajoutons que des troubles généraux peuvent, à la longue, se montrer ; continuellement tourmentés par la souffrance, les malades deviennent irritables, perdent l'appétit, s'affaiblissent. On a signalé la glycosurie, la polyurie<sup>(6)</sup> comme des complications possibles de la sciatique. La sciatique, en pareil cas, agit en déterminant l'augmentation de la pression sanguine par un procédé réflexe, ou en provoquant les manifestations d'une névrose latente (polyurie hystérique).

**Formes.** — Au point de vue clinique, on doit avec Lasègue considérer deux formes principales, reliées d'ailleurs par une série continue d'intermédiaires ; ce sont la forme bénigne et la forme grave.

<sup>(1)</sup> Voy. HALLION. *Déviation vertébrales névropathiques*. Thèse de Paris, 1892, p. 47.

<sup>(2)</sup> BRISSAUD. *Arch. de neurol.*, janvier 1890.

<sup>(3)</sup> D'après BRÜHL et SOUPAULT, la scoliose homologue s'observerait dans le cas où la douleur occupe la partie supérieure du sciatique ; elle aurait pour but de relâcher les muscles pelviens. *Méd. mod.*, 1892, p. 826. — Voy., à propos de la pathogénie, L. MANN. *Deutsch. Arch. f. klin. med.*, 1895, n° 41.

<sup>(4)</sup> Pourtant il n'y faudrait pas toujours compter. M. Chauffard a signalé une scoliose persistante à la suite d'une sciatique qui n'avait duré que quinze jours et avait abouti à la guérison complète. *Soc. méd. des hôp.*, 5 mai 1895.

<sup>(5)</sup> DEBOVE et RÉMOND. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 472. — HUCHARD. Tension artérielle et sécrét. urin. dans la sciat. *Ibid.*, 1892, p. 117.

<sup>(6)</sup> DEBOVE et RÉMOND, *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1891, p. 472. — HUCHARD, *Ibid.*, 1892, p. 117.