

La *forme bénigne* n'implique pas une faible intensité des douleurs; tout au contraire, les douleurs y sont d'emblée très vives; mais elles procèdent par accès, séparés par des intervalles de complète accalmie, ou du moins la douleur continue qui relie les accès est-elle relativement peu importante. Pendant quelques jours, quelques semaines, les accès se renouvellent, avec ou sans régularité; puis, assez brusquement, de même qu'elles sont venues, les douleurs cessent.

Dans la *forme grave*, la douleur fixe l'emporte comme importance sur les paroxysmes. Cette douleur s'établit sournoisement, lentement; mais elle persiste longtemps, avec des amendements passagers et incomplets; elle persiste des mois, des années, laisse même des traces indélébiles. C'est à cette forme qu'appartiennent les troubles de la sensibilité cutanée, de la motilité, de la nutrition et de la vascularisation locales: autant dire tous les symptômes que nous avons signalés en dehors du symptôme douleur.

On a reconnu, dans la première de ces formes, le type caractéristique de la névralgie pure, et, dans la seconde, le tableau de la névrite chronique. Aussi est-il légitime de dénommer, avec Landouzy, celle-là *sciatique névralgie*, et celle-ci *sciatique névrite*. Il est admissible que l'une relève d'un processus central, médullaire, tandis que l'autre aurait pour substratum principal une altération du nerf lui-même; ce n'est là toutefois qu'une hypothèse.

Nous avons séparé les deux formes par des différences profondes; une distinction aussi tranchée est trop schématique pour répondre toujours à la réalité clinique. De fait, on rencontre une foule de variétés intermédiaires. Chez tel malade, on voit apparaître un peu de parésie et d'atrophie musculaire, symptômes de névrite; et pourtant le cas ne saurait être rangé parmi les sciaticques graves, car il guérira entièrement après une durée plus ou moins longue. Si la sciatique grave est toujours une sciatique névrite, certaines sciaticques névrites appartiennent plutôt aux formes bénignes; la classification anatomique de Landouzy ne se superpose pas exactement à la division clinique et pronostique de Lasègue.

M. Brissaud<sup>(1)</sup> a donné le nom de *sciatique spasmodique* à une forme particulière, qui se caractérise par des phénomènes spasmodiques très marqués. On observe non seulement une exagération du réflexe rotulien, symptôme qui appartient à certaines sciaticques d'ailleurs banales, mais encore le phénomène du pied et une contracture des muscles périarticulaires de la hanche déterminant une pseudo-ankylose coxo-fémorale. Il y a plus, l'état spasmodique déborde le domaine du sciatique, et envahit celui du plexus lombaire. De là une contracture des muscles fléchisseurs latéraux du rachis du côté malade, et une incurvation lombaire consécutive à concavité dirigée de ce même côté. C'est donc une *scoliose homologue*; le tronc est incliné vers le membre lésé; l'équilibre se rétablit grâce au hanchement qui reporte le centre de gravité vers la jambe saine.

Les *variétés étiologiques* de la sciatique n'ont pas de caractères cliniques bien distincts qui permettent de les ériger en variétés symptomatiques. Cependant la nature de la cause n'est pas sans influence sur l'évolution de l'affection. La sciatique réflexe est généralement une névralgie pure; la sciatique traumatique ou par compression est au contraire le plus souvent une névrite grave, du moins quand la cause vulnérante a lésé le tronc même du nerf.

La sciatique *a frigore* et les sciaticques infectieuses, comme celles du rhuma-

<sup>(1)</sup> *Loc. cit.*

tisme articulaire et de la blennorrhagie aiguë, appartiennent plutôt aux variétés aiguës ou subaiguës de la névrite. Il en est de même de la sciatique syphilitique, sauf à la période tertiaire où elle peut relever de lésions scléro-gommeuses. Quant aux sciaticques diathésiques des rhumatisants chroniques et des gouteux, elles peuvent revêtir toutes les formes.

La *sciatique double* est exceptionnelle. Elle est relativement fréquente dans le diabète; mais, le plus souvent, elle relève d'une lésion du rachis ou des méninges rachidiennes, ou bien elle est consécutive à une affection des organes du petit bassin.

MM. Achard et Soupault ont décrit une *sciatique hystérique*, dont M. Babinski avait signalé la possibilité. Cette affection, très douloureuse, peut succéder à une attaque nerveuse; elle peut guérir par suggestion; elle occupe le côté anesthésié. Il s'agit d'une sciatique de nature hystérique et non d'une sciatique banale survenant chez un sujet atteint d'hystérie.

**Marche. Pronostic.** — Nous avons vu combien la marche de la sciatique varie suivant la forme. Le pronostic découle de ce que nous avons dit à ce propos.

**Diagnostic.** — Il est en général facile de reconnaître une sciatique. Assez souvent, cependant, on voit, faute d'un examen attentif, étiqueter sous ce nom des phénomènes rhumatismaux qui portent sur les divers tissus de la région de la hanche et de la fesse, sans que le nerf sciatique soit intéressé réellement. Dans l'*arthrite sacro-iliaque* ou la *sacro-coxalgie*, des pressions exercées de dehors en dedans sur la totalité de l'os iliaque provoquent de la douleur au niveau de l'articulation intéressée. L'*hygroma aigu de la bourse ischiatique* s'accompagne d'une tuméfaction circonscrite appréciable au palper. Par l'exploration de la jointure de la hanche on reconnaît les *arthrites coxo-fémorales*, la *coxalgie*. Un *rhumatisme musculaire*, localisé aux muscles de la région fessière, déterminerait une douleur diffuse, étendue, et non fixée en des points limités et spéciaux.

Il existe des *névralgies métatarsiennes* localisées qu'il ne faudrait pas confondre avec diverses affections douloureuses du pied<sup>(1)</sup>. Enfin, sous le nom d'*achillodynie*, E. Albert<sup>(2)</sup> a décrit une affection douloureuse du tendon d'Achille, qui serait également à distinguer d'une douleur névralgique localisée.

Les *méningo-myélites*, les *tumeurs comprimant la queue de cheval ou les racines sacrées* déterminent de véritables sciaticques par compression. Souvent ce sont des sciaticques doubles; il existe ordinairement de l'hyperesthésie dans la région lombo-sacrée; enfin les sphincters présentent fréquemment des troubles concomitants. Ce dernier fait assurerait complètement le diagnostic.

Nous avons indiqué les caractères qui distinguent la sciatique bénigne de la sciatique grave, la sciatique névralgie de la sciatique névrite.

Il existe une *pseudo-sciatique hystérique* qui pourra être confondue avec une névralgie sciatique bénigne, mais qui se distinguera aisément de la névrite sciatique se manifestant par une abolition du réflexe achilléen, car ce réflexe ne subit aucune modification dans la pseudo-sciatique hystérique (Babinski).

<sup>(1)</sup> V. BRADFORD. Metatarsal Neuralgia, or Morton's affection of the foot. *Boston med. and surg. Journ.*, 1891, XVII, 294-304.

<sup>(2)</sup> E. ALBERT. *Wiener med. Presse*, 1895, n° 2, p. 42, anal. in *Revue neurol.*, 1895, p. 468.

Il importe essentiellement de rechercher la *cause* de la sciatique; il importe surtout de savoir s'il n'existe pas dans le petit bassin une cause de compression. Il faut songer à la syphilis et à la malaria, qui exigent une thérapeutique bien particulière. On sait que les malades invoquent souvent trop volontiers l'influence du froid, et l'on ne s'en rapportera pas, sans plus ample informé, à leurs dires sur ce point.

Certains caractères de la douleur peuvent fournir, ce semble, quelques présomptions concernant le diagnostic étiologique. Les douleurs paroxystiques profondément localisées, térébrantes, indiqueraient une origine intrarachidienne (Jaccoud). Lorsque la maladie est causée par une compression intrapelvienne, les points douloureux occupent de préférence les régions supérieures, le plexus sacré étant alors lésé; on rencontre alors les points lombaires, sacro-iliaque, fessier. La sciatique *a frigore* retentit plutôt sur le trajet du nerf à la cuisse et sur la branche sciatique poplitée externe. Mais ces données n'ont qu'une valeur très relative.

**Nature.** — On doit admettre le bien-fondé de la division établie par Landouzy entre la sciatique névralgie et la sciatique névrite; sans aucun doute la modification morbide est différente dans ces deux formes.

Il est possible et même vraisemblable que parfois le nerf ne soit pas seul en cause, et qu'il existe dans la moelle certaines altérations, ou, tout au moins, certaines modifications fonctionnelles, qui prennent part au processus. Sans vouloir aborder une discussion qui appartient dans son ensemble à la pathologie générale, nous ferons observer que l'affection dite sciatique ne limite pas toujours ses manifestations au nerf sciatique ni même au plexus sacré, que souvent, notamment dans la sciatique spasmodique (Brissaud), la douleur aussi bien que d'autres symptômes envahissent le territoire du plexus lombaire. Il est logique de penser que la moelle sert ici d'intermédiaire. Les symptômes spasmodiques, certaines atrophies musculaires rapides démontrent du reste une participation des centres spinaux moteurs.

**Traitement.** — Le repos au lit est nécessaire dans les cas aigus et subaigus (1); un exercice modéré, bien réglé, est recommandable au contraire dans les cas chroniques.

Le traitement médical n'a pas, quoi qu'il puisse sembler, grandes indications à tirer des données étiologiques (Lasègue); ainsi la médication classique de la goutte serait d'une médiocre efficacité contre la sciatique d'un goutteux. Font exception, bien entendu, la sciatique syphilitique et la sciatique palustre, contre lesquelles la médication causale est de toute rigueur.

Tous les médicaments préconisés contre les névralgies en général et contre les névrites trouvent habituellement leur emploi contre la sciatique. Citons, pour nommer seulement ceux qui ont particulièrement fait leurs preuves dans le traitement de cette affection: le salicylate de soude, l'antipyrine, le sulfate de quinine, l'iodure de potassium à la dose de 0,50 à 1 gramme, l'arsenic (ces deux derniers surtout dans les formes chroniques). Les injections de salicylate de soude dans la gouttière rétrochangentière sont particulièrement efficaces.

La révulsion par les vésicatoires ou par les pointes de feu répétées soulage

(1) G. M. HAMMOND (*Journ. of nerv. and mental diseases*, 1890, XV) recommande l'immobilisation du membre à l'aide d'une attelle latérale qui va du pied à l'aisselle.

souvent; il en est de même des frictions excitantes et des applications chaudes.

Les pulvérisations de chlorure de méthyle sur le trajet du nerf sont des plus recommandables (Debove), ainsi que l'application de cette substance à l'aide du stypage (Bailly).

Les bains de vapeur, la douche écossaise dans les cas aigus, la douche froide (celle-ci réservée plus spécialement aux formes chroniques, et toujours administrée avec prudence), sont autant de ressources à utiliser. Parmi les stations thermales recommandées, mentionnons Aix, Bourbon-l'Archambault, Barèges, etc.

L'électrothérapie est pratiquée suivant diverses méthodes: Duchenne a préconisé la faradisation; Remak, l'emploi des courants continus. L'atrophie musculaire fournit évidemment une indication spéciale au traitement électrothérapique. Aux procédés de traitement de la sciatique il faudrait, d'après certains auteurs, ajouter la suggestion hypnotique (Bernheim), la rééducation (P. E. Lévy). Mais on peut se demander si les bons résultats obtenus par l'hypnotisme n'étaient pas dus à la nature hystérique des manifestations douloureuses (Babinski).

La rachicocainisation, par injection de 5 milligrammes de cocaïne, soulage merveilleusement la sciatique, de même que diverses affections douloureuses des membres inférieurs (Achard, P. Marie, etc.). MM. Pitres et Abadie ont vérifié par l'analyse des phénomènes observés que ces effets étaient dus à une action de l'alcaloïde sur les fibres radiculaires, comme l'avaient montré expérimentalement Tuffier et Hallion (1).

L'injection de cocaïne non plus intra-durale, mais extra-durale, préconisée à la fois par Sicard et par Cathelin, fournit des résultats presque aussi bons, et offre moins d'inconvénients; on emploie des doses de 1 à 2 centigrammes (2).

On a tenté avec succès l'insensibilisation du nerf à l'aide d'une injection de morphine ou de cocaïne poussée dans son voisinage. Ajoutons en passant que ce procédé, surtout le procédé de la cocaïne, permettrait de reconnaître si le siège de la lésion est au-dessus ou au-dessous du point où a été pratiquée l'injection; dans le premier cas, la douleur persiste. On pourrait ainsi poser avec plus de précision les indications d'une intervention chirurgicale, telle que la névrotomie.

L'intervention du chirurgien s'impose lorsqu'il s'agit d'une compression qu'on peut supprimer, comme dans certaines affections du petit bassin. L'élongation et la névrotomie pourront être tentées dans les cas rebelles; mais ces deux opérations, la première surtout, ne sont pas toujours efficaces; la névrectomie elle-même est souvent impuissante.

### III. — NÉVRALGIE FACIALE

Les termes de prosopalgie, de névralgie du trijumeau, de névralgie trifaciale sont autant de synonymes; le nom de tic douloureux de la face doit être réservé à une variété particulière de cette affection. Fothergill (1792) est le premier auteur qui ait bien décrit la névralgie faciale, d'où le nom de maladie de Fo-

(1) *Soc. de biol.*, 8 déc. 1900 et 25 mai 1901.

(2) DU PASQUIER et LÉRI. *Bull. gén. de thérap.*, 15 août 1901. — CH. LAPORTE. Thèse de Paris, 1901. — THIELLEMENT. Thèse de Paris, 1901.