



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1924

THÈSE

164

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

AIMÉ-PHILIPPE PRUVOST

Né le 3 Mars 1900 à Avesnes-le Comte (P.-de-C.)

Externe des Hôpitaux

La Névrodocie
et la Pathogénie des Scolioses

DANS LES

Sciatiques dites rhumatismales

Président de thèse : M. le Professeur SICARD



PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

401

164

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

101

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

AIMÉ-PHILIPPE PRUVOST

Né le 3 Mars 1900 à Avesnes-le-Comte (P.-de-C.)

Externe des Hôpitaux

La Névrodocie
et la Pathogénie des Scolioses

DANS LES

Sciatiques dites rhumatismales

Président de thèse : M. le Professeur SIGARD

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	GARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ¹ .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	LE LORIER.....	Obstétrique.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
BRANCA.....	Histologie.	LIAN.....	Pathologie médicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.....	Obstétrique.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CHAMPY.....	Histologie.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CHIRAY.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CLERC.....	Pathologie médicale.	MULON.....	Histologie.
DEBRÉ.....	Hygiène.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
DUVOIR.....	Médecine légale.	RICHTER Fils.....	Physiologie.
ÉCALLE.....	Obstétrique.	ROUVIÈRE.....	Anatomie.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale	STROHL.....	Physique médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.	TANON.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.	TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
HEITZ-BOYER...	Urologie.	VERNE.....	Histologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.	VILLARET.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.	WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS.....	Physiologie.	RETTERRER.....	Histologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.	ROUSSY.....	Anatomie pathologique.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEI-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE
MA MERE

A MON PERE
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MA GRAND'MERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

J.-A. SICARD

Médecin de l'Hôpital Necker,

Qui nous a donné l'idée de ce travail,
nous en a fourni les matériaux et nous
a aidé de ses conseils, hommage de ma
respectueuse admiration.

AVANT-PROPOS

Depuis que l'on a remarqué avec quelle fréquence les névralgies sciatiques dites rhumatismales étaient accompagnées de scolioses, on s'est attaché à rechercher par quel mécanisme se produisaient ces inflexions du rachis. Comment expliquer aussi que telle sciatique s'accompagne d'une scoliose homologue, telle autre d'une scoliose croisée ? Des pathogénies aussi nombreuses que variées ont été émises à ce sujet.

M. Sicard, en introduisant la notion de névrodocite dans la pathogénie des névralgies essentielles en général, a jeté la lumière sur ces faits en apparence discordants.

Nous nous proposons dans ce travail :

1° De montrer l'importance pathogénique de la névrodocite, cause immédiate de l'inflexion rachidienne et cause médiate de la névralgie sciatique dite rhumatismale.

2° D'expliquer par quels mécanismes différents en apparence mais ressortissant l'un et l'autre du même processus antalgique, la névrodocite détermine dans

la sciatique ici une scoliose homologue, là une scoliose croisée.

3° Nous insisterons sur la pathologie du « funiculus », segment nerveux intermédiaire entre la racine et le plexus, et nous opposerons la sciatique funiculaire à la sciatique radiculaire avec laquelle elle fut longtemps confondue.

4° Nous tirerons les conclusions générales de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La scoliose accompagnant la névralgie sciatique avait été entrevue en 1878 par Gussenbauer : il était question d'une scoliose croisée et cet auteur pensait que la masse musculaire lombo-sacrée était le siège d'un relâchement évitant la compression des filets nerveux inclus.

Albert, en 1886, signale une scoliose accompagnant une sciatique; et la raideur de la colonne lombaire avait été cause qu'il crut se trouver en présence d'une cypho-scoliose d'origine pottique. Ce ne fut que trois ans après, en revoyant son malade complètement guéri, qu'il reconnut son erreur.

Presque en même temps, Nicoladoni estime que la scoliose sciatique est due à une névrite radiculaire, et qu'elle a pour effet d'éloigner la moitié de la queue de cheval, siège du processus pathologique, de la paroi du canal rachidien.

La théorie de Nicoladoni est vivement combattue par Schüdel, élève de Kocher : loin de diminuer la

douleur, la scoliose croisée n'aurait pour effet que l'élongation des racines, et la théorie de Nicoladoni est incompatible avec une névrite radiculaire.

C'est Charcot et Babinski qui, les premiers, ont apporté à l'étude des scolioses sciatiques des observations détaillées et précises; et les cinq observations qu'ils ont relatées dans les *Archives de Neurologie* de 1888 sont des plus instructives. Il s'agit là, comme dans les cas précédents, de scolioses croisées, et voici quelles explications ces auteurs en fournissent :

L'apparition de la déformation de la colonne vertébrale semble liée à l'augmentation d'intensité de l'algie.

Quand le tronc est incliné du côté sain tout le poids du corps porte sur le membre sain, et la compression normale que le nerf sciatique doit subir lorsque les muscles du membre inférieur entrent en contraction est supprimée dans le membre malade par suite du relâchement de ses muscles.

D'autre part, tout en évitant d'exercer une pression sur le côté affecté, le malade laisse son pied complètement appliqué sur le sol, car le soulèvement du membre amènerait un tiraillement du nerf qui serait suivi de douleurs.

Cette pathogénie des scolioses sciatiques ne paraît pas avoir satisfait pleinement l'esprit de ses auteurs eux-mêmes : ils se sont étonnés à bon droit de voir persister la scoliose dans le décubitus dorsal. Dans cette nouvelle position d'examen, il n'était évidemment plus question de l'influence du poids du corps.

Babinski et Charcot furent obligés d'admettre que, sous l'influence de l'habitude contractée par le malade, il se développait un état spasmodique des muscles, état qui n'est plus susceptible de se modifier et qui force le malade à garder son attitude vicieuse même dans le décubitus.

Jusqu'alors, il n'avait été mentionné que des scolioses croisées.

En 1890, Brissaud décrit la scoliose homologue : il fallait, pour la produire, la participation du plexus lombaire, s'accompagnant de contracture des muscles du flanc du côté malade.

Soupault et Brühl émettent une opinion analogue : la scoliose homologue s'observe dans le cas où la névralgie affecte le plexus lombo-sacré et la partie supérieure du nerf grand sciatique.

A la même époque, Remak (1890), puis Higier (1892) décrivent une nouvelle variété de scoliose : le type alternant. Il consiste essentiellement dans la transformation d'une scoliose d'abord homologue en un type croisé. Dans l'observation de Remak, il s'agit d'un malade qui, sous l'influence de sa volonté (?) transformait une scoliose homologue en scoliose croisée. Dans le cas de Higier la transformation était en rapport avec un déplacement de la douleur.

Phulpin, dans sa thèse (1895), nous relate plusieurs observations de scoliose alternante : Dans ces cas, la douleur supérieure s'accompagne de scoliose homologue; que la douleur abandonne la région supérieure



de la fesse pour descendre dans la cuisse et la scoliose devient croisée.

Plus tard, Lortat-Jacob, qui venait d'isoler le groupement des sciatiques radiculaires, constate dans ce nouveau type de sciatique une scoliose homologue dans la moitié des cas.

Le problème de la pathogénie des scolioses sciatiques en était resté là, rempli d'obscurités et formé d'opinions les plus divergentes, lorsque M. Sicard, dans un travail paru en 1911, apporte des constatations précises où s'entrevoit le rôle que devait jouer l'arthrite vertébrale dans la genèse de la scoliose sciatique et porte le premier coup à l'origine radiculaire des sciatiques essentielles :

« Il y a scoliose croisée, écrivait-il, quand l'articulation sacro-iliaque, voisine du nerf sciatique, est le siège d'une arthrite. Dans la sciatique vraie, dite essentielle ou rhumatismale, il n'y a jamais d'irradiation douloureuse continue génitale ou anale. S'il y avait radiculite, il n'y aurait pas une telle scission entre le plexus sciatique et le plexus honteux formé par le 3^e et le 4^e nerfs sacrés. »

Qu'il ait rapporté à son véritable siège, non pas tant sacro-iliaque que sacro-vertébral, l'arthrite cause de l'algie, et la sciatique radiculaire, s'effaçait devant la sciatique funiculaire.

En 1918, il mettait en relief ce qu'il a appelé la « névrodocite ».

CHAPITRE II

De la Nevrodocite en général

La névrodocite a été ainsi définie par M. Sicard :

« C'est l'enserrement d'un tronc nerveux que des circonstances pathologiques bloquent trop à l'étroit dans un manchon osseux, fibro-osseux ou aponévrotique naturel, le contenant pouvant influencer sur le contenu et réciproquement. »

Ainsi définie, la névrodocite nous apparaît comme un véritable rhumatisme de l'articulation d'un nerf avec les parois du canal qu'il traverse.

Le nerf, d'ailleurs, s'engageant dans un canal névrodoque est le siège de transformations au niveau de ses enveloppes protectrices, propres à le rendre moins vulnérable aux agents extérieurs de toute sorte. Si, dans de véritables canaux, l'épinèvre est aminci, il est au contraire assez fortement épaissi quand le nerf s'engage dans un trou osseux, comme les trous de conjugaison vertébraux (Sicard et J. Forestier).

Le nerf maxillaire inférieur, dans le canal dentaire, est entouré d'une graisse semi-fluide de même

aspect que la graisse de l'espace épidual (Sicard), et J. Forestier, dans sa thèse (1922), insiste sur la masse cellulo-graisseuse très abondante incluse dans le trou de conjugaison vertébral et jouant le rôle de coussinet protecteur.

Eu égard à la fréquence des trous et canaux traversés par des troncs nerveux dans l'organisme, on peut s'attendre à voir maints troubles nerveux occasionnés par une névrodocie.

Un nerf moteur est-il en cause, et nous verrons s'établir des troubles moteurs (spasmes) et trophiques, voire une paralysie complète ou partielle du nerf. Au contraire, s'agit-il d'un nerf mixte ou sensitif ? L'algie apparaîtra, tantôt sous forme de névralgie vraie, avec crises douloureuses et périodes intercalaires indolores, tantôt sous forme de névrite, avec douleurs continues et paroxysmes, accompagnées le plus souvent de troubles réflexes, d'atrophie musculaire, de troubles plus ou moins marqués d'anesthésie ou d'hypoesthésie dans le territoire d'innervation du nerf en cause.

Cette distinction entre névralgie et névrite paraît bien répondre tantôt à la prépondérance du processus de névrodocie sur le contenant, tantôt sur le contenu, la névralgie apparaissant là où le contenant (manchon ou canal osseux ou fibreux) est le siège principal des lésions; la névrite, au contraire, succédant plus volontiers à la flexion ou la congestion du tronc nerveux bloqué dans le canal.

Néanmoins, la clinique nous apprend qu'une division aussi absolue, opposant la névralgie à la névrite,

est factice, certaines névralgies pouvant s'accompagner de symptômes névritiques, tels que les troubles réflexes, et vice-versa.

Dès maintenant, nous entrevoyons que la névralgie sera l'apanage des états pathologiques généraux ayant un retentissement habituel sur les articulations, états infectieux à complications rhumatismales (rhumatisme articulaire aigu, blennorragie, tuberculose, infections diverses); ou états non infectieux à retentissement articulaire (neuro-arthritisme, goutte, obésité, rhumatismes chroniques).

Au contraire, le type névrite se rencontrera plus habituellement au cours d'intoxications et intoxications (saturnisme, hydragyrisme, alcoolisme, arsénicisme, botulisme).

Parmi les sciatiques accompagnant les états infectieux, il en est une, la sciatique blennorragique, qui, dès 1868, avait été justement considérée comme une manifestation rhumatismale de l'infection uréthrale. C'est le Professeur Fournier qui l'a étudiée et mise en lumière et qui a remarqué sa coïncidence fréquente avec le rhumatisme gonococcique.

Pourtant, beaucoup plus tard, Lortat-Jacob, influencé par les séduisantes observations de Head sur la sensibilité cutanée consécutive à des lésions viscérales, et dont l'explication était fournie par voie réflexe, regardait encore la sciatique blennorragique comme un trouble réflexe d'une lésion viscérale (urétrite, orchio-épididymite, annexite).

L'opinion du Professeur Fournier cadre mieux

avec nos connaissances actuelles sur la pathogénie des sciaticques.

Enfin, Landouzy a signalé des sciaticques, signe signe précurseur d'une tuberculose devant ultérieurement évoluer.

Doit-on les considérer comme un effet de l'imprégnation toxinique de l'organisme ?

Nous pensons qu'il s'agit là d'une véritable localisation rhumatismale d'origine tuberculeuse, analogue au pseudo-rhumatisme infectieux que Poncet et ses élèves ont rattaché à la tuberculose; à moins que les signes sérologiques du liquide céphalo-rachidien ne la montrent en relation avec une plaque localisée de méningite tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, nous apparaissent aujourd'hui comme des névrodociques des paralysies et des névralgies dites jusqu'alors « a frigore ».

La paralysie faciale essentielle ou périphérique est une névrodocique du canal de Fallope : le nerf facial comprimé à son niveau réagit par une paralysie et c'est le manchon périosto-osseux qui joue le rôle d'irritation compressive.

La prosopalgie trigémellaire essentielle, tic douloureux facial, est une névrodocique des trous et canaux traversés par les branches du nerf trijumeau : fente sphénoïdale et trou sus-orbitaire (nerf ophtalmique); trou grand rond, canal et trou sous-orbitaires (nerf maxillaire supérieur); trou ovale, canal dentaire et trou mentonnier (nerf maxillaire inférieur).

Le nerf grand sous-occipital d'Arnold, émergeant

entre l'atlas et l'axis, et cheminant sous le cuir chevelu de chaque côté de la protubérance occipitale peut être le siège d'une névrodocie d'origine aponévrotique (névralgie occipitale).

Les gouttières costales, sièges de névrodocie, déterminent des névralgies intercostales dont on sait la fréquence.

La paralysie radiale peut relever d'une névrodocie de la gouttière humérale de torsion; la paralysie cubitale d'une névrodocie de la gouttière olécraniennne.

Il n'est pas surprenant que le nerf grand sciatique soit prédisposé, par son trajet anatomique, aux algies d'origine névrodocitique. Il suffit, pour s'en rendre compte, de jeter un coup d'œil sur l'anatomie de ce nerf, le plus long et le plus gros de l'économie.

CHAPITRE III

De la Nevrodocie dans les Sciatiques essentielles

La branche antérieure de la 5^e racine lombaire, à laquelle s'est jointe une anastomose de la 4^e racine lombaire, se réunit aux branches antérieures des 4 premières racines sacrées pour former le plexus sacré : le nerf grand sciatique en est la branche terminale.

Le plexus sacré a la forme d'un triangle appliqué contre le sacrum dont il est séparé par le muscle pyramidal. Sur sa face antérieure l'aponévrose pelvienne supérieure le sépare des organes du petit bassin (rectum, vessie, prostate chez l'homme, utérus et annexes chez la femme, vaisseaux hypogastriques et ganglions annexés).

Le nerf grand sciatique quitte le bassin par la grande échancrure sciatique et chemine bientôt dans la gouttière ischio-trochantérienne. A ce niveau, il n'est séparé du col fémoral que par les muscles pelvi-trochantériens (carré crural et les deux jumeaux). Le muscle grand-fessier le recouvre en arrière.

Il se met ensuite en rapport indirect avec le bord

postérieur du fémur, en rapport direct avec le faisceau supérieur du grand adducteur et le court biceps.

Plus bas, il chemine entre le long biceps en dehors, les muscles demi-tendineux et demi-membraneux en dedans.

Au sommet du creux poplité, où il est en rapport intime avec des aponévroses poplitées, a lieu sa bifurcation : le sciatique poplité interne demeure dans la loge postérieure de la jambe et s'engage sous l'anneau du soléaire : il va donner le nerf tibial postérieur et ses branches terminales, nerfs plantaires interne et externe; le sciatique poplité externe se porte en dehors, longe le long biceps, contourne le col du péroné et passe dans la loge antéro-externe de la jambe où il donne le nerf tibial antérieur et le nerf musculo-cutané.

Cet aperçu anatomique nous permet de voir à quels niveaux le nerf sciatique peut être le siège de névrodocie.

Ici, nous laisserons de côté ses orifices et canaux d'émergence de la colonne lombaire et du sacrum : nous y reviendrons amplement tout à l'heure.

LES SCIATIQUES TRONCULAIRES

LEURS ATTITUDES ANTALGIQUES TRANSITOIRES

En ce qui concerne le tronc du sciatique proprement dit, le nerf est exposé à la névrodocie :

1° A sa sortie de la grande échancrure : c'est un

des points de Valleix, le point fessier, où la pression réveille la douleur.

2° Dans la gouttière ischio-trochantérienne : c'est le point ischiatique de Valleix.

3° Les sciaticques poplités interne et externe peuvent souffrir au creux poplité, où les aponévroses poplitées peuvent être le siège de réaction inflammatoire ou fibreuse.

4° La névrodocie peut toucher le sciatique poplité externe au niveau du col du péroné contourné par ce nerf.

Cliniquement, suivant le siège de la névrodocie, nous observons deux types de névralgie sciatique tronculaire :

1° La sciatique médiane reconnaît pour cause une névrodocie de la grande échancrure sciatique et de la gouttière ischio-trochantérienne. C'est dans ce type de sciatique que nous trouvons les symptômes classiques les plus manifestes : signe de Lasègue (douleur à la flexion de la cuisse et de la jambe sur le bassin). Signe de Bonnet (flexion, adduction et rotation forcées de la cuisse sur le bassin). Signe contro-latéral de Moutard-Martin. Signe de Néri : lorsque l'on fait fléchir le corps en avant, les deux bras étant maintenus horizontaux, il se fait une flexion du membre malade avec ascension talonnière.

Signe de Minor : si on commande au malade couché de se lever, on remarque qu'il s'assoit, se tourne sur le côté sain, s'appuie sur le bras et la jambe de ce

côté autour duquel il pivote, tandis que le bras du côté malade est balancé en l'air.

2° La sciatique basse, due à la névrodocie des aponeuroses poplitées et du col du péroné. C'est à ce niveau surtout que la pression réveillera la douleur; c'est là aussi que le nerf est facilement pressé contre un plan osseux résistant, le condyle fémoral. Dans ce type de sciatique basse, M. Sicard a décrit un nouveau signe, le signe du sciatique poplité externe : il consiste en une flexion plantaire forcée du pied qui réveille la douleur sur le trajet du nerf sciatique poplité externe.

Tous ces différents signes traduisent un même processus antalgique : le sujet s'oppose à l'élongation de son nerf.

Nous nous sommes demandé pour quelle raison l'élongation du nerf atteint par la névrodocie était suivie de douleur. Il est évident que chez un sujet sain, les diverses attitudes du membre inférieur ne réveillent aucune douleur : le nerf suit les inflexions imprimées au membre sans réagir, quoique le degré d'élongation du nerf soit le même chez ce sujet que chez un sujet pathologique. Il nous a paru qu'il fallait en chercher la raison dans les modifications histopathologiques dont le nerf malade est le siège, de sorte que l'élongation aboutirait à un véritable tiraillement des fibres nerveuses. Les autopsies de sujets atteints de sciatique sont rares : on ne meurt pas de sciatique essentielle.

M. Sicard, en 1911, a eu l'occasion de pratiquer l'au-

topsié d'un malade atteint de sciatique et mort d'une infection intercurrente (broncho-pneumonie). A la coupe du nerf, il a remarqué les vaisseaux sanguins dilatés, quoique sans réaction appréciable des parois (La Sciatique. *Journal de Médecine de Paris*, 1911). Ne peut-on concevoir que ces dilatations vasculaires, multipliées sur un long segment nerveux, soient la cause que les fibres nerveuses, obligées de contourner ces vaisseaux, subissent un raccourcissement virtuel ? L'élongation de ces fibres ainsi raccourcies se traduirait par un véritable tiraillement douloureux.

Cette hypothèse est encore conciliable avec les cas de sciatique variqueuse signalés par Quénu en 1892. Il a suffi à ce chirurgien, après incision du muscle grand fessier, de réséquer le paquet variqueux péri-nerveux pour obtenir la guérison de l'algie en mettant fin à la congestion variqueuse. Enfin, l'existence de cette congestion nerveuse n'est-elle pas amplement démontrée par les excellents effets thérapeutiques des injections d'alcool à 90° au voisinage du tronc nerveux (Sicard) qui opèrent une véritable révulsion profonde autour du foyer de fluxion ?

A côté de cette hypothèse, on peut encore admettre que l'inflammation du canal ostéo-fibro-aponévrotique traversé par le nerf, s'oppose au coulisement du nerf normalement facile.

Les diverses attitudes antalgiques que nous avons passées en revue sont provoquées par des mouvements imposés au malade; elles cessent avec la fin du mou-

vement : elles forment le groupe des attitudes antalgiques transitoires.

A côté de ce groupe, il en existe un autre, de beaucoup le plus important : le groupe des attitudes antalgiques permanentes.

LES ATTITUDES ANTALGIQUES PERMANENTES ET LA SCOLIOSE HOMOLOGUE

Examinons d'abord le malade au lit :

Si l'on considère un malade atteint de névralgie sciatique dans le décubitus dorsal, on est frappé par l'attitude du membre inférieur. La jambe du côté malade est en demi-flexion sur la cuisse elle-même légèrement fléchie sur le bassin, en position de relâchement. Il en résulte une ascension talonnière appréciable du côté malade.

Plus importantes sont les attitudes permanentes observées dans la station debout : la scoliose homologue, accompagnée ou non de cyphose en est le prototype.

Le terme de scolios fait naître dans l'esprit l'idée d'une déformation définitive du rachis. Il s'applique mal aux scolioses sciatiques qui sont avant tout des attitudes ne durant que ce que dure l'algie et cessant avec elle. On pourrait lui substituer le terme d'inflexion latérale du rachis.

Nous caractériserons la scoliose par la concavité de sa courbure : elle est homologue quand la conca-

tivité de sa courbure est tournée vers le côté malade. Elle siège au niveau du segment lombaire du rachis. Cette courbure seule nous intéresse et nous laissons de côté les courbures de compensation qui peuvent se présenter sur la colonne dorsale. Elle peut aussi s'accompagner de déformations satellites du corps, telle qu'une dissymétrie scapulaire : Charcot et Babinski avaient remarqué, dans une de leurs observations, l'épaule du côté sain plus basse; dans une autre l'épaule du côté sain plus haute. Enfin, elle peut s'accompagner d'une légère torsion de la colonne vertébrale sur son axe, de telle sorte que, dans un autre cas, ces auteurs ont noté l'épaule du côté sain sur un plan plus antérieur que l'épaule du côté malade.

Elle est liée fréquemment à un léger degré de cyphose, et nous avons dit que cette cypho-scoliose avait été la cause d'une erreur de diagnostic et avait été interprétée comme relevant d'une origine pottique.

L'examen d'un malade atteint de sciatique et présentant une scoliose homologue dénote une raideur de la colonne lombaire, où l'on sent, de chaque côté de son axe, la corde des muscles des gouttières vertébrales contracturés d'une façon permanente, l'hypertonie musculaire étant plus marquée du côté de la concavité scoliotique. La masse musculaire fessière est, au contraire, en hypotonie.

L'inflexion du tronc en avant et en arrière est quelquefois possible sans douleur : d'autres fois, elle est légèrement douloureuse; l'inflexion latérale du côté malade est possible sans douleur; mais l'inflexion laté-

rale du tronc du côté opposé à la sciatique réveille tous les jours une douleur dans la fesse, irradiant dans la cuisse et quelquefois dans la jambe.

La scoliose est donc bien encore une attitude antalgique. Nous avons vu que les principaux symptômes de la sciatique médiane ou basse étaient tirés de l'élément douleur, douleur provoquée par l'élongation nerveuse. Quoi de surprenant que le malade, fléchissant sa colonne lombaire du côté de son algie ne « relâche la corde de l'arc » ? (Sicard).

Cette pathogénie de la scoliose est jusqu'aujourd'hui celle qui paraît la plus acceptable : Nous savons que chaque fois qu'une articulation est le siège d'une inflammation, la masse musculaire péri-articulaire entre en contracture permanente tendant à immobiliser l'articulation et imprimant des attitudes antalgiques diverses. Considérant le nerf et son conduit ostéo-fibreux comme une articulation d'un autre genre et, partant, assimilant la névrodolite à une arthrite de cette articulation, cette loi générale s'étend à la scoliose homologue qui n'en devient qu'un cas particulier.

Cette pathogénie a encore le mérite de cadrer avec ce que nous savons de la persistance des scolioses sciatiques dans le décubitus.

La vigilance de la masse musculaire sacro-lombaire persiste dans cette position comme dans la station debout : elle ne cesse que sous le sommeil anesthésique. Il n'est plus question alors de l'intervention du

poids du corps; il n'est question que de favoriser le relâchement du nerf, et ce relâchement doit se faire dans toutes les positions du corps. Nous avons vu que c'était là le point faible de la théorie pathogénique de Babinski et Charcot.

CHAPITRE IV

La Pathologie du funicule : la Sciatique funiculaire

En étudiant le rôle joué par le processus névrodocique dans la pathogénie des sciatiques essentielles et les sièges les plus fréquents de ce processus pathologique tout au long du nerf sciatique, depuis ses origines jusqu'à ses branches terminales, nous avons sciemment négligé tout un segment nerveux : c'est pour en faire ressortir l'importance que nous le traitons à part. Il s'agit, d'une part, des 1^{er} et 2^e nerfs sacrés, dans leur passage à travers les trous, ou mieux, les canaux sacrés antérieurs; d'autre part, du 5^e et du 4^e nerfs lombaires, à leur passage à travers les trous de conjugaison du 4^e espace intervertébral et de l'articulation sacro-lombaire.

Léri et Schæffer ont, en 1916, attribué les plus grands nombres de cas de sciatique vulgaire à une névrodociite des canaux sacrés antérieurs. Ils basent leur opinion sur des constatations anatomiques intéressantes : les trous sacrés antérieurs sont de véritables canaux : ils ont un centimètre de long. D'autre

part, les 1^{er} et 2^e nerfs sacrés ont 7 à 8 mm. de diamètre et le diamètre du canal névrodoque (12 mm.) dépasse à peine le diamètre du nerf. De plus, chaque nerf est adhérent aux parois osseuses par de puissants liens fibreux.

Quoi d'étonnant alors que ces canaux sacrés antérieurs ne soient le siège d'une inflammation bloquant le nerf à leur intérieur et déterminant l'algie ? En fait, cette névrodocie des deux premiers canaux sacrés (névrodocie sacrée par opposition à la névrodocie honteuse des 3^e et 4^e nerfs sacrés formant le plexus honteux) existe réellement : c'est dans ces cas de névrodocie sacrée qu'on peut trouver, entre autres symptômes, une hypoesthésie dans les territoires radiculaires des 1^{re} et 2^e racines sacrées.

Par contre, ces auteurs n'ont pas su accorder au trou de conjugaison lombo-sacré l'importance qui lui revenait dans la pathogénie des algies sciatiques :

Dans une note annexée à leur article paru dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, en 1916, ils s'expriment ainsi :

« La 5^e racine lombaire, branche supérieure du plexus sacré, traversant le trou de conjugaison lombo-sacré, peut être enflammée et comprimée aussi par l'inflammation ostéo-articulaire, mais ses chances de compression ne semblent pas supérieures à celles des autres nerfs rachidiens. »

Or, cette articulation lombo-sacrée est précisément celle qui, de toutes les articulations vertébrales est la plus sujette à l'arthrite : elle est douée d'une mobilité

extrême; elle intervient dans presque tous les mouvements du tronc dont elle supporte à elle seule tout le poids. L'arthrite de l'articulation sacro-lombaire accompagne souvent l'arthrite des articulations vertébrales lombaires sus-jacentes, et H. Forestier a, en 1914, signalé la fréquence des lumbagos précédant l'évolution d'une névralgie sciatique essentielle.

C'est à M. Sicard et à J. Forestier qui, en 1922, consacre sa thèse à l'étude du trou de conjugaison vertébral, que revient le mérite d'avoir dévoilé l'arthrite du trou de conjugaison dans la genèse de certaines névralgies sciatiques.

LE CONTENANT ET LE CONTENU DU TROU DE CONJUGAISON VERTÉBRAL LOMBAIRE

Le trou de conjugaison vertébral lombaire mérite le nom de canal de conjugaison. Le pédicule de la vertèbre sus-jacente, celui de la vertèbre sous-jacente forment ses parois supérieure et inférieure : or, les pédicules des vertèbres lombaires sont très larges et leur largeur augmente de la 1^{re} à la 5^e vertèbre lombaire; si bien que le canal de conjugaison sacro-vertébral se continue par la face supérieure des ailerons sacrés.

L'apophyse articulaire supérieure de la vertèbre inférieure et l'interligne articulaire forment sa paroi postérieure : nous savons que l'apophyse articulaire supérieure des vertèbres lombaires est particulière-

ment développée : sa saillie vient rétrécir d'autant le calibre inférieur du trou de conjugaison.

La paroi antérieure du trou est constitué par le ménisque intervertébral et la face postérieure des corps vertébraux sus et sous-jacents.

Le trou de conjugaison livre passage aux nerfs mixtes rachidiens : c'est le segment nerveux compris entre le ganglion postérieur et le plexus qu'il contient, le segment ganglio-plexien, le funiculus, formé par l'union des fibres des deux racines, antérieure et postérieure. Il est entièrement extra-méningé; seule, la racine baigne dans le L. C. R. Il est engainé par la dure-mère, et noyé dans une masse cellulo-adipeuse très abondante, étudiée et mise en relief par J. Forestier, et qui se continue avec la graisse de l'espace épidual. Enfin, il est entouré d'un important plexus veineux.

« Tel qu'il est ainsi décrit, le trou de conjugaison nous apparaît être le siège d'une double articulation : articulation intervertébrale ou sacrovertébrale, et articulation des parois du trou avec son contenu, le segment funiculaire, l'une réagissant sur l'autre.

La névrodocie du funiculus accompagnera l'arthrite vertébrale; l'arthrite du trou de conjugaison sacro-vertébral sera suivie d'une sciatique funiculaire : ce trou mérite bien le nom de « trou de la sciatique funiculaire ». (H. Forestier.)

CHAPITRE V

La Sciatique funiculaire : sa Scoliose croisée

La sciatique funiculaire forme le groupement clinique des sciatiques hautes.

Les douleurs accusées par le malade ont un siège élevé, douleurs lombo-sacrées davantage que fessières. Elles sont spontanées, à type névralgique, toujours unilatérales. Elles ne sont pas superposables au trajet du nerf périphérique, comme cela a lieu dans le cas de sciatique médiane ou basse. Cela n'est pas fait pour nous surprendre : le funiculus recevant les fibres des racines antérieure et postérieure, les douleurs auront une topographie radiculaire.

Il y a quelquefois des irradiations douloureuses inguinales ou sur la face antérieure de la cuisse ; mais ces irradiations ne sont jamais continues et s'expliquent fort bien par la participation fréquente du plexus lombaire, la névrodocie pouvant affecter en

même temps les trous de conjugaison lombaires sus-jacents.

Les troubles de sensibilité cutanée, lorsqu'ils existent, affectent également une topographie radiculaire : zones d'hypoesthésie cutanée disposées sous forme de longues bandes obliques ou parallèles à l'axe du membre.

Il ne faut pas compter, pour étayer un diagnostic, sur la douleur provoquée à la pression des points classiques de Valleix. Ces points douloureux sont, en général, peu intenses. Par contre, de nouveaux points douloureux seront révélés à la pression des masses musculaires sacro-lombaires : toute une série de points apophysaires (apophyses articulaires), et, à deux centimètres à côté de l'apophyse épineuse de la 5^e vertèbre lombaire. H. Forestier a décrit un point particulièrement sensible : c'est le point sacro-vertébral, qu'il ne faut pas confondre avec le point traduisant la souffrance de l'articulation sacro-iliaque, situé en-dessous et en dehors du premier.

La contracture des muscles para-vertébraux est intense, plus développée du côté malade. Elle détermine une scoliose du type croisé.

Les inflexions du tronc en avant et en arrière sont souvent difficiles et douloureuses; l'inflexion latérale du côté opposé à la sciatique est possible sans aucune douleur; au contraire, l'inflexion latérale du côté malade, tendant à la réduction de la scoliose, est difficile et très douloureuse. C'est encore dans ces funi-

culalgies que l'on peut noter la douleur consécutive à la toux et à l'éternuement, symptômes que nous traduirons plus loin.

Les troubles réflexes sont nuis ; quelquefois le réflexe achilléen est légèrement diminué ; mais il n'y a pas abolition complète.

Le dosage de l'albumine du L. C. R. pratiqué avec le rachialbuminimètre de Sicard et Cantaloube donne une proportion d'albumine variant entre 0.50 et 0.60 (très légère hyperalbuminose) ; mais il n'y a jamais d'hyperlymphocytose appréciable (dissociation albumino-cytologique).

La scoliose croisée accompagnant la sciatique haute nous apparaît encore comme une attitude antalgique permanente ; le malade souffre quand on veut la réduire.

M. Sicard a donné de cette scoliose croisée une pathogénie nouvelle et intéressante :

Quand l'articulation sacro-lombaire est le siège d'une arthrite, le processus inflammatoire envahit le canal de conjugaison où la congestion de voisinage est facile (plexus veineux importants) et ne tarde guère. Ces phénomènes congestifs et inflammatoires, névrodolite du trou de conjugaison, auraient pour effet de resserrer, de bloquer le segment funiculaire inclus : dès lors, apparaît l'algie, sous forme de névralgie sciatique haute, du type anatomique funiculaire ; et la colonne lombaire, pour libérer le funicule trop à

l'étroit s'infléchit du côté opposé, déterminant la scoliose croisée.

Dans la sciatique médiane (tronculaire) le malade « détend la corde de l'arc » ; dans la sciatique haute (funiculaire), il « entrebâille ses trous de conjugaison » (Sicard).

CHAPITRE VI

La Sciatique funiculaire opposée à la Sciatique radiculaire

Il est remarquable que la sciatique funiculaire ait été si longtemps confondue avec la sciatique radiculaire : on incriminait la racine et seul le segment ganglio-plexien, tout entier extra-méningé, était en cause.

Il semble que la confusion ait été rendue facile grâce au voisinage immédiat du funicule et de la racine, la funiculite pouvant, à la rigueur, avoir un léger retentissement radiculaire.

Ainsi Léri et Schæffer écrivent-ils en 1916 : « Il est permis de supposer que l'inflammation ostéo-articulaire vertébrale est la première en date et que c'est par propagation au nerf immédiatement contigu qu'elle détermine les radiculites rhumatismales. »

La topographie radiculaire des douleurs et des troubles de la sensibilité cutanée ne venait-elle pas aussi à l'appui d'une origine radiculaire de l'algie ? C'est parce qu'il accordait à ces symptômes une

importance imméritée que Lortat-Jacob, en 1910, décrivit le groupe des sciatiques radiculaires. Il s'agissait évidemment de sciatiques funiculaires authentiques.

Plus tard, Léri et Schæffer (1916) se font les défenseurs de la sciatique rhizalgique; il n'est pas douteux non plus qu'il s'agissait, dans une grosse majorité des cas signalés par ces auteurs, de sciatiques funiculaires. Ils ont constaté, sur 24 cas de sciatique essentielle observés par eux, 13 fois une légère lymphocytose du L. C. R. (3 à 8 lymphocytes par champ). C'est là une lymphocytose bien minime et ces auteurs eux-mêmes émettent l'avis « qu'elle n'indique qu'une propagation de l'inflammation à la portion toute voisine des méninges; qu'elle ne paraît pas indiquer une origine primitivement méningée. » D'ailleurs, ils n'ont rencontré cette lymphocytose minime que dans la moitié des cas, et ces 13 cas particuliers n'étaient probablement pas tous des sciatiques dites essentielles si l'on en juge par ce qu'ils en écrivent dans la suite. En effet, il existait chez un malade une sensibilité continue dans le domaine du fémoro-cutané, et au niveau de la division du crural et de ses branches; chez un autre, le réflexe rotulien était très diminué; chez d'autres enfin, la névralgie était bilatérale.

Nous ne sommes pas habitués à rencontrer cette symptomatologie au cours des sciatiques essentielles vraies. Pouvons-nous admettre qu'une lésion radiculaire, par conséquent intra-méningée, évolue sans modifications appréciables du L. C. R., surtout sans

hypercytose notable ? En outre, dans les maladies radiculaires, le tabès, le zona, la maladie par excellence des ganglions et racines postérieurs, maladies pourtant accompagnées de douleurs atroces que seule la morphine parvient à calmer, sommes-nous habitués à rencontrer de la contracture para-vertébrale entraînant la raideur du rachis ? Jamais nous ne voyons de tels symptômes apparaître au cours de ces affections.

Nous ne nions pas qu'une plaque de méningite syphilitique par exemple, ne puisse taquiner certaines racines du plexus sacré et déterminer une névralgie sciatique. Certes, la sciatique proprement radiculaire existe, mais elle est l'exception : elle est plus souvent bilatérale ; ses douleurs sont spontanées ; elles ne sont réveillées ni par la percussion ni par la palpation vertébrale. Elle ne s'accompagne pas de contracture musculaire et le L. C. R. est trouvé très souvent fortement modifié : ce n'est plus une sciatique essentielle, dite rhumatismale.

Enfin, Déjerine considérait l'exagération des douleurs par la toux et l'éternuement comme un symptôme caractéristique de la rhizalgie.

Nous relevons ce passage dans un article de cet auteur paru dans la *Revue de Neurologie* de 1916 :

« ...Ce signe, que j'ai appelé le signe de l'éternuement, consiste en douleurs violentes irradiées à tout le membre, parfois si intenses que les malades n'osent plus tousser ni se moucher. S'ils ne peuvent se retenir, ils essaient de se soustraire à la douleur en prenant

des attitudes particulières. Ils s'accroupissent s'ils sont debout; couchés, ils fléchissent fortement la tête sur le thorax et recroquevillent leurs membres inférieurs pour diminuer le retentissement des secousses de toux sur la pression intracranienne et éviter le coup de bélier du L. C. R. sur leurs racines malades... »

M. Sicard a montré que les douleurs accompagnant l'acte tussatoire ou sternutatoire étaient dues, non pas à l'hyperpression du L. C. R. venant frapper les racines, mais aux organes abdominaux et pelviens qui, refoulés par la contraction diaphragmatique, venaient heurter les funicules à leur sortie des trous de conjugaison.

C'est encore un symptôme qui plaide en faveur d'une origine funiculaire de l'algie.

SCIATALGIES SECONDAIRES AUX COMPRESSIONS RACHIDIENNES OU INTRARACHIDIENNES

Quoique l'étude des sciaticques secondaires dépasse le cadre de notre travail, nous sommes forcé de l'aborder à cause des symptômes de contracture musculaire entraînant la raideur de la colonne lombaire dont certaines sciatalgies secondaires peuvent s'accompagner.

Nous voulons parler des sciaticques secondaires aux compressions et néoformations rachidiennes ou intrarachidiennes.

D'une part, le mal de Pott lombaire, ou lombo-

sacré, qu'il soit tuberculeux, syphilitique ou néoplasique : Michaud, dans sa thèse (1864), a montré qu'en dehors des phénomènes algiques et moteurs déterminés par la compression de la moelle et des racines, des névralgies peuvent apparaître d'une façon précoce. Alors la radiographie ne dénoterait encore que des lésions minimales du corps vertébral : ce sont les maux de Pott névralgiques; il en rapporte plusieurs cas qu'il rattache à un envahissement du trou de conjugaison.

Il nous suffit de nous reporter à l'étude anatomique du trou de conjugaison pour nous rendre compte avec quelle facilité une lésion d'un corps vertébral peut retentir sur le trou de conjugaison. Celui-ci n'est-il pas la continuation directe de l'espace épidual antérieur ? et la face postérieure des corps vertébraux ne forme-t-elle pas sa paroi antérieure ? La participation du funiculus à la réaction de voisinage est presque fatale et, si elle se produit, elle entraîne à sa suite la contracture antalgique des masses musculaires paravertébrales : cette contracture est-elle plus développée d'un côté, il s'en suit une scoliose, déformation dont la pathogénie n'a rien de commun avec celle d'une cypho-scoliose qui pourra évoluer ultérieurement et qui sera due au tassement, à l'écrasement d'un corps vertébral rongé par la tuberculose, à l'effondrement d'une caverne siégeant dans une moitié du corps vertébral, déformation passive, mécanique, et plus tardive. De même, les névralgies précoces, funiculaires, ne ressemblent guère aux algies de la période d'état

de la maladie, algies d'origine médullaire ou radiculaire, algies associées à des troubles moteurs en rapport avec une irritation du faisceau pyramidal, algies à topographie plus étendue et mal délimitée.

A côté des maux de Pott, les néoformations intrarachidiennes, gliomes ou neurogliomes des racines du plexus sacré, dans leur trajet soit intra-dure-mérien, soit extra-dure-mérien, ont un retentissement funiculaire fréquent, les racines exerçant un tiraillement sur les funicules; dès lors apparaît la contracture vertébrale, quelquefois la scoliose; et l'on comprend que la même pathogénie s'applique à tous ces cas, puisque tout ce qui intéressera le funicule aura pour effet d'amener une contracture de défense. Ce sont encore, dans tous ces cas, des contractures antalgiques.

OBSERVATIONS

Nous reproduisons ici deux observations-types ; l'une de scoliose homologue accompagnant une sciatique tronculaire ; l'autre d'une scoliose croisée au cours d'une sciatique funiculaire ; nous n'avons pas cru devoir multiplier les observations : elles sont toutes calquées sur le même modèle et ne nous montreraient rien de plus ; d'autant que, pour vérifier une pathogénie, il est plutôt besoin de compte-rendus d'autopsies que d'observations de malades, et c'est ce qui nous manque.

OBSERVATION I

Sciatique tronculaire avec légère scoliose homologue.

G... Joseph, 50 ans, vient consulter à l'hôpital Necker, au début de mars 1924, pour névralgies dans le mollet et le talon.

Antécédents pathologiques. — Le malade, peintre en bâtiments, a présenté en 1914 une affection buccale étiquetée à cette époque : « stomatite », sans autre précision. N'a jamais eu de coliques de plomb.

A présenté, en janvier 1919, une crise névralgique de la jambe et de la cuisse droites, analogue à la présente.

Les douleurs, localisées principalement dans la région du mollet, étaient continues sous forme de douleurs sourdes, mais présentaient des exacerbations très vives. Après des alternatives d'accalmies et de crises douloureuses, l'algie a complètement cessé au bout de 3 ans.

Deuxième crise, identique, en janvier 1923. Durée : 1 mois et demi.

Troisième crise : début en janvier 1924, et c'est cette crise qui amène le malade à l'hôpital.

Etat actuel. — Le malade se plaint de ressentir d'une manière continue, principalement dans le mollet et le talon droits, une douleur sourde avec sensations de fourmillements. De temps à autre ces douleurs s'exagèrent soit spontanément, soit à l'occasion de mouvements, sous forme de crises névralgiques très vives.

A l'examen : Signes de Lasègue, de Bonnet positifs.

A la pression sur le trajet nerveux, on note des points douloureux nombreux : point fessier, point ischiatique, points fémoraux multiples, point poplité. Mais c'est surtout à l'endroit où le nerf tibial postérieur s'engage sous l'anneau du soléaire que la pression fait naître une vive douleur.

A l'inspection de la région lombaire, on note une légère latéro-flexion droite, c'est-à-dire homologue. Les muscles des gouttières vertébrales sont légèrement contracturés mais les mouvements de la colonne lombaire sont possibles, sans douleurs, en avant, en arrière, à droite. L'inflexion du tronc à gauche détermine une douleur vive dans la cuisse droite sur le trajet nerveux.

Les réflexes achilléens existent.

OBSERVATION II (J. FORESTIER).

Sciaticque funiculaire avec scoliose croisée.

M... Charles, 26 ans, comptable.

Vient consulter à l'hôpital Necker, en avril 1921, pour douleurs dans le membre inférieur droit apparues depuis 2 mois.

A toujours été bien portant.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans le jeune âge. Fièvre muqueuse en 1915, vraisemblablement fièvre typhoïde ou paratyphoïde bénigne.

En 1917, douleurs transitoires dans la fesse et la cuisse droites.

La crise actuelle remonte au mois de février. Le malade fut brusquement pris, pendant la nuit, de douleurs violentes, siégeant à la cuisse et au mollet droites.

Il lui est impossible de se tenir debout, de se mouvoir. Le passage de la position assise à la position debout réveille des douleurs intolérables dans les lombes et le mollet. Le malade reste alité 5 semaines, soulagé un peu par le décubitus au lit.

Au bout de ce temps il put marcher en talonnant sur le pied droit et en boitant; mais la douleur des lombes et de la fesse restaient vives.

A l'examen : C'est bien la sphère du sciatique, la face postérieure du membre inférieur que le malade désigne comme siège de l'algie. Le maximum est à la fesse et au mollet.

En position debout, la colonne lombaire s'infléchit du côté gauche, en scoliose croisée, épaule droite surélevée, pli costo-iliaque plus accentué à gauche.

La tentative de réduction de l'attitude pour rendre au rachis sa rectitude éveille la douleur dans la sphère du sciatique. La recherche des points douloureux sur le tronc et les branches du nerf est négative.

La pression au point sacro-vertébral apophysaire, à droite, donne une douleur nette et précise. Les mouvements de la colonne lombaire ne sont que partiellement

troublés : l'extension est douloureuse, l'inflexion latérale droite aussi.

Les recherches des troubles de sensibilité objective est négative. Pas d'atrophie musculaire, pas d'hypotrophie des muscles du membre atteint. Signe de Lasègue peu net. Les réflexes cutanés et tendineux existent. La toux, l'éternuement réveillent la douleur de manière évidente.

CONCLUSIONS

1° Les sciaticques essentielles, dites encore rhumatismales, ou arthritiques, sont dues à une névrodocie.

2° La division nosologique des sciaticques essentielles est conditionnée par le siège de la névrodocie.

3° La névrodocie de l'échancrure sciaticque, de la gouttière ischio-trochantérienne, des aponévroses poplitées, du col du péroné, est à la base du groupe clinique des sciaticques médianes et basses (sciaticques tronculaires).

4° La scoliose homologue accompagnant les sciaticques tronculaires est une attitude antalgique par laquelle le sujet relâche son nerf : « Il détend la corde de l'arc. »

5° La névrodocie du trou de conjugaison sacro-lombaire, accompagnant l'arthrite de l'articulation sacro-lombaire est à la base du groupe clinique des sciaticques hautes (sciaticques funiculaires).

6° La scoliose croisée accompagnant les sciaticques

funiculaires est une attitude antalgique par laquelle le sujet « entrebaille ses trous de conjugaison » pour désenserrer les funicules.

7° La sciatique haute est due à la réaction de voisinage du funicule et non de la racine.

8° La sciatique radiculaire n'est pas d'origine rhumatismale; elle est secondaire soit à des tumeurs des racines, soit à des compressions post-traumatiques, ou encore à une méningite cérébro-spinale, syphilitique, etc... Elle s'accompagne souvent de modifications importantes du L. C. R. et rarement de raideur vertébrale; et, quand celle-ci existe, c'est que le funicule est secondairement intéressé.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
SICARD.

Vu et PERMIS d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI et CHARCOT. — *Archives de Neurologie*, 1888.
- R. BERTHÉOL. — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire (*Thèse Paris*, 1906).
- DÉJERINE. — Les radiculites (*Revue de Neurologie*, mars 1916).
- H. FORESTIER. — Pathogénie sacro-vertébrale de certaines sciatiques (*Bull. Soc. de Thérapeutique*, 11 mars 1914).
- J. FORESTIER. — Le trou de conjugaison vertébral (*Thèse Paris*, 1922).
- HALLION. — Des déformations vertébrales névropathiques (*Thèse Paris*, 1892).
- LÉRI et SCHÉFFER. — La sciatique rhumatismale. Rôle des canaux sacrés antérieurs (*Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 mai 1916).
- MICHAUD. — La méningite et la myélite dans le mal vertébral (*Thèse Paris*, 1864).
- PHULPIN. — La sciatique (*Thèse Paris*, 1895).
- QUÉNU. — La sciatique variqueuse (*Gazette des Hôpitaux*, 1892).
- J.-A. SICARD. — Névrodocytes et funiculites vertébrales (*Presse Médicale*, 7 janvier 1918).
- La Sciatique. Pathogénie et traitement (*Journal de Médecine de Paris*, 1911).
- Les sciatalgies (*Mouvement médical*, août 1913; et *Neurologie*, t. II, collection Sergent).
-



Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.



