

# Clinique et pathologie du M. Bechterew

Autor(en): **Kaganas, G.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie**

Band (Jahr): - **(1955)**

Heft 145

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930835>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Clinique et pathologie du M. Bechterew

par Dr. méd. G. Kaganas

## *Introduction*

L'attitude caractéristique du malade atteint de la maladie de Bechterew dans la phase avancée nous est bien connue elle ressemble à celle d'un bon skieur: la colonne cervicale est hyperlordosée, la tête figée, tendue en avant, cyphose accentuée de la colonne dorsale, aplatissement de la lordose lombaire et contraction des fléchisseurs des articulations coxo-fémorales. La phase initiale de cette maladie ne montre généralement que des symptômes très vagues, les douleurs sont peu caractéristiques. Les malades se plaignent de tiraillements et de douleurs dans la région lombaire et de sciatique. Ils parlent souvent de douleurs dans les talons et aux tubérosités ischiatiques. On rencontre assez fréquemment des fluxions articulaires qui sont généralement de courte durée; de même révèle-t-on souvent un iritis. Une raideur progressive de la colonne vertébrale et des articulations coxo-fémorales, des genoux et des épaules accompagne l'évolution de la maladie qui, à cette phase montre des symptômes très marqués: les douleurs sont bien délimitées et localisées avec plus de précision. Les malades souffrent d'exacerbation douloureuses entre 2 et 4 h. du matin, les privant de leur repos, ils se plaignent de grandes fatigues et on constate des pertes de poids considérables. Ils souffrent d'une respiration douloureuse et de «poids sur la poitrine».

## *Les modifications anatomiques*

On constate presque toujours une ankylose de la colonne vertébrale et des grosses articulations. Cette ankylose est le plus souvent due à la calcification des disques vertébraux, des ligaments longitudinaux et du ligament jaune. Parfois l'ankylose n'atteint pas la colonne vertébrale en entier, mais est limitée à quelques foyers. Au stade avancé de la maladie la radiographie montre l'image classique de la tige de bambou. L'atrophie par inactivité, cau-

sée par l'immobilité de la colonne vertébrale provoque l'ostéoporose et l'atrophie de la musculature paravertébrale, ainsi qu'une déviation de la colonne vertébrale en forme de scoliose, la vue sagittale montre fréquemment une cyphose de la colonne dorsale et une déflexion de la colonne cervicale et lombaire. Ce sont ces déviations qui provoquent l'attitude caractéristique pour le malade atteint de la maladie de Bechterew. Aussi les contractures et myogéloses de la musculature paravertébrales, de la ceinture scapulaire et de la région ischio-crurale proviennent de la statique modifiée de la colonne vertébrale. Les lombalgies et sciatiques sont principalement dues à un processus inflammatoire dans les articulations sacro-iliaques qui subiront avec la progression de la maladie une ankylose osseuse totale. Les altérations des articulations sacro-iliaques sont les premiers symptômes radiologiques visibles et permettent l'établissement d'un diagnostic précoce. Des douleurs dans les talons et dans la région des tubérosités ischiatiques et de la crête iliaque proviennent des périostoses et tendinoses caractéristiques pour la maladie de Bechterew.

## *L'examen clinique*

Il commence par un examen général du malade. On examine la colonne vertébrale et les articulations pour déterminer la mobilité active et passive. On mesure la mobilité de la colonne cervicale par un examen de l'inflexion du cou et celui de la rotation. En examinant la cage thoracique et l'abdomen on a l'occasion d'observer le type de respiration et les excursions respiratoire. La colonne lombaire montre une déficience aussi bien à la flexion en avant qu'à l'inclination en arrière. Pour mesurer la flexibilité on demande au malade de se pencher en avant et de toucher le sol du bout des doigts. La mobilité de la colonne lombaire se mesure au mieux en recherchant le signe de Schober. Pour cela on marque d'un trait horizontal l'apophyse

épineuse de L5. On dessine 10 cm au-dessus un second trait parallèle. Lors de la plus grande flexion en avant, la distance qui sépare les deux traits augmente d'env. 4 cm. Après l'examen du fonctionnement de la colonne vertébrale on procède à celui des articulations coxo-fémorales, des épaules et des genoux. Les poignets et les doigts ne sont atteints que dans les cas très graves, la forme «scandinave». Il est important d'examiner aussi l'état de la musculature et de chercher les points sensibles à la pression provoqués généralement par des tendo-périostoses et se trouvant de préférence aux talons, aux tubérosités ischiatiques et aux crêtes iliaques. La musculature montre des contractures et des myogéloses plus ou moins accentuées selon le stade de la maladie. Quant à l'examen laboratoire, c'est avant tout la vitesse de sédimentation qu'il faut connaître. Dans le plupart des cas elle est très accélérée. La formule sanguine ne présente pas de modification caractéristique. Il est rare qu'on se voit en présence d'une anémie.

#### *Pathogénie du Bechterew*

La cause première de la maladie n'a pas été élucidé jusqu'ici. Les recherches récentes nous font penser à une forme d'affection rhumatismale avec tendance d'ossification inflammatoire. Le Bechterew représente une entité nosologique bien déterminée et ne peut pas être reliée à la polyarthrite chronique évolutive qui atteint surtout les femmes, tandis que dans la maladie de Bechterew on ne compte en général que 10% de malades du sexe féminin. Bechterew pensait à une maladie consécutive à la luè. Plus tard on incriminait la gonorrhée, mais ces deux théories furent abandonnées par la suite. Aujourd'hui on parle dans le plupart des cas d'un «stress»: la maladie devient manifeste à la suite d'un refroidissement, d'un séjour à l'humidité, d'un surmenage physique ou après une maladie infectieuse. D'autres fois ce «stress» peut être d'origine psychique, mais il arrive très souvent qu'on ne peut reconnaître le motif déclenchant l'affection.

#### *Le traitement*

Le traitement doit, non seulement apaiser la douleur, mais aussi augmenter la mobilité de la colonne vertébrale, le traitement médicamenteux doit avant tout combattre les douleurs et arrêter le processus inflammatoire. Depuis l'apparition de la Butazolidine on obtient de très bons résultats aussi bien pour son effet analgésique que pour son action anti-inflammatoire. En présence d'inflammations localisées aux articulations, on obtient des résultats satisfaisants avec les injections d'hydrocortisone. Des cas exceptionnels justifient quelques fois l'emploi de la cortisone et de la corticotropine (ACTH).

Les expériences ont démontrés que la Radiothérapie forme la base du traitement de la maladie de Bechterew. Pour le traitement d'un processus inflammatoire de la colonne vertébrale et des articulations on emploie surtout la radiothérapie profonde. Conformément à la technique moderne il faut irradier la colonne vertébrale en entier, même au cas où l'examen clinique ou radiologique n'a démontré que des lésions partielles. On a constaté à maintes reprises que par une irradiation prophylactique on a pu éviter la progression de l'affection. Pour le traitement des tendinoses et périostoses on se sert des irradiations à faibles doses. Les névralgies et pseudosciatiques se traitent aisément avec l'électrothérapie et pour le traitement des périostoses l'emploi de l'ionophorèse histaminique est très indiquée. L'application de chaleur, de massage et de gymnastique médicale est très apprécié. Selon le cas on prescrit au malade des bains chauds, des bains hyperthermiques, des massages par jets sous-marins, le massage des tissus conjonctifs ou de la musculature. La gymnastique médicale a pour but de supprimer les contractures musculaires, comme p. ex. le dos voûté de Bechterew et d'autres, consécutives aux modifications statiques de la colonne vertébrale. On essaie de regagner la mobilité des articulations et de la colonne vertébrale tant que les affections ne sont pas irréparables. Les cures balnéaires soutiennent et assurent les résultats obtenus par le traitement médica-

menteux - physiothérapeutique combiné avec la gymnastique médicale.

Pour certains cas, des mesures chirurgico-orthopédiques sont également indiquées. —

### *Le pronostic*

Puisque la maladie de Bechterew est en général une affection des années de pleine capacité de travail et de gain, il importe de soigner ces malades le plus tôt possible. Un diagnostic précoce est de la plus grande importance. Un traitement coordonné assure très souvent un rétablissement presque parfait. Les statistiques nous montrent que p. ex. à l'Hôpital cantonale de Zurich 80% des cas traités ont

retrouvés leur capacité totale de travail. Pour une partie de ces malades une rééducation professionnelle a été nécessaire. Si l'on rencontre des cas qui sont restés sans amélioration même après un traitement coordonné et surveillé, il faut dire que cet échec aurait été dû à un manque de discipline du malade, qui s'est rendu trop tard aux soins du médecin et qui ne pouvait se décider à suivre les prescriptions de celui-ci. En tout cas il faut toujours rappeler aux malades que le traitement est très long et les résultats tardent quelques fois à se montrer. Mais un traitement systématique assure au moins une bonne amélioration. —

## Le traitement des contracteurs dans les cas de Poliomyélite

*Résumé de l'exposé de Mr. le Dr.  
H. FREDENHAGEN de Bâle*

L'apparition des contractures est caractéristique dans la Polio. Elles se développent dès les premiers jours de la maladie. Leur détection et leur traitement immédiat joue un rôle prédominant dans la prévention de séquelles graves.

Les spasmes musculaires et les douleurs qui en sont la conséquence favorisent une attitude de décharge contractive. Les parties molles ont tendances à se raccourcir. Les contractures ne sont pas dues à une paralysie asymétrique: elles se développent même dans une région entièrement paralysée. Le raccourcissement atteint les muscles (paralysés ou non paralysés), les ligaments et les capsules articulaires, le fascia, le tissu sous cutané et la peau.

Les contractures conduisent à des attitudes vicieuses de certaines articulations, spécialement des extrémités inférieures et de la colonne vertébrale. On ne peut corriger par des mouvements passifs des attitudes vicieuses qui sont fixées. Une seule contracture peut avoir une influence désastreuse sur tout le corps, en particulier sur la statique. Les problèmes posés par les suites de contractures sont souvent plus

difficiles à résoudre que ceux de la paralysie elle-même.

La formation de contractures se montre, en premier lieu, sur la hanche. L'action d'un tenseur du fascia lata contracté conduit à une flexion et abduction de la hanche et à un genou valgum: le bassin est en bascule-avant et du côté de la paralysie. La colonne lombaire se met en lordose et scoliose, le genou est forcé en flexion et la marche est impossible.

Pour le genou, la contracture se fait toujours, en flexion. La contracture du ligament ilio-tibial et des fléchisseurs rend l'extension impossible. Quand le quadriceps est paralysé — ce qui est souvent le cas — le malade ne peut se tenir sur la jambe sans un appareil ou sans se pencher en avant à chaque pas. La contracture du pied est presque toujours en équinisme (hyperextension de tout le pied sur la jambe); si elle reste dans certaines limites (105°), elle est favorable parce qu'elle force le genou en arrière à chaque pas. La contracture en talus rend la marche presque impossible.