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

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1961)

Heft: 177

Artikel: Quelques aspect des Dorsalgies

Autor: Troisier, O.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930775

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 03.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Quelques aspects des Dorsalgies

par le Docteur O. TROISIER

Le Journal de Kinésithérapie No. 77 — fevrier 1960

On entend par dorsalgie, une douleur ressentie entre la base du cou en haut et les dernières côtes en bas. En principe, la douleur est dorsale, mais les irradiations latérales et antérieures d'une douleur dorsale sont fréquentes; elles peuvent prédominer ou exister seules pendant un temps, de sorte que les dorsalgies sont en définitive susceptibles d'intéresser toute l'étendue de la cage thoracique.

De très nombreuses étiologies sont à l'origine d'une douleur thoracique. En procédant par ordre anatomique, on peut distinguer :

a) Les éléments constituants de la cage thoracique : les côtes, les cartilages chondro-costaux,le sternum, l'articulation sterno-claviculaire, les muscles intercostaux, les muscles superficiels, en particulier, le grand dorsal, le grand pectoral, les rhomboïdes.

Le rachis et la moelle jouent un rôle prédominant. Toute affection osseuse du corps vertébral et du disque, depuis le cancer primitif ou secondaire, jusqu'au mal de Pott, la maladie de Paget, une fracture connue ou méconnue, une scoliose, une cyphose, une hernie discale cervicale, dorsale ou lombaire, sont des affections susceptibles de provoquer une dorsalgie.

De même, de nombreuses affections de la mœlle et des méninges peuvent être à l'origine d'une dorsalgie, méningite aiguë, compression médullaire, radiculite, radiculo-névrite, la poliomyélite, etc., etc., peuvent être à l'origine de ce symptôme.

b) Le contenu de la cage thoracique, le cœur et les vaisseaux coronariens, l'aorte, la veine cave, l'œsophage et les autres organes médiastinaux, la plèvre et les poumons, les bronches.

c) L'abdomen, dont certains viscères malades peuvent projecter leur douleur dans la région dorsale : le diaphragme, le foie et les voies biliaires, l'estomac et la rate, le côlon, le pancréas.

En fait, le problème qui se pose à nous est beaucoup plus limité, et toutes ces innombrables causes se ramènent à trois grands groupes, même en tenant compte du fait qu'un cancer des bronches ou du pancréas peut *a priori* venir consulter pour une dorsalgie.

En effet, en relevant les dossiers de 204 malades venus consulter pendant une période donnée, à ma consultation de médecine physique à la S.N.C.F. de Paris-Austerlitz et mes malades privés, on peut les classer dans les trois catégories suivantes :

1° Dorsalgies discales, 63%
2° Dorsalgies par syndromes de mise en charge, 20 %;
3° Toutes les autres étiologies, 17 %.

DORSALGIES DISCALES

Le diagnostic de dorsalgie discale est essentiellement clinique.

La douleur peut siéger : 1° *en arrière :* centrale ou plus volontiers paravertébrale, scapulaire, interscapulo-vertébrale, sous l'omoplate;

2° ou encore *en avant :* sternale ou sterno-épigastrique ou latéro-sternale;

3° ou *latéralement :* sur la ligne axillaire ou plus en avant ou plus en arrière, parfois le long d'un espace intercostal entier.

Ce qui est caractéristique, c'est le *mode de début :* il en existe plusieur types.

— Soit le mode brutal : lors d'un effort de flexion et de rotation du tronc, ou d'un effort les bras tendus et le dos rond, le sujet ressent une douleur vive, en *général postérieure*, parfois si douloureuse en respirant qu'une véritable dyspnée s'installe. La toux fait mal, mais moins qu'une respiration plus ou moins profonde. Parfois, le moindre mouvement des bras, de la tête (surtout en flexion) ou du trone déclenche une douleur aiguë.

Dans certains cas, la douleur peut s'installer brutalement dans la région sternale ou para-sternale, avec toutes sortes de signes accompagnateurs trompeurs : vive douleur à la respiration ou en avalant. Des vomissements ont même été signalés.

— Soit le mode progressif : après une position assise prolongée, le dos bien rond, ou couché en décubitus latéral, avec appui sur un coude, ou toute autre position anormale et prolongée, une douleur souvent antérieure s'installe, qui augmente progressivement d'intensité et parfois s'étend latéralement. La respiration fait mal, mais les mouvements du tronc sont relativement beaucoup moins douloureux que dans la variété précédente.

Le mode évolutif est très important à retrouver dans l'interrogatoire : soit la succession de crises aiguës durant en général quelques jours : soit le déclenchement progressif de douleurs peu intenses, dans des circonstances toujours identiques.

Différent est la variété que l'on peut appeler la vieille lésion discale à symptomatologie permanente, peu influencée par les mouvements, qui peut durer des années, et de diagnostic difficile.

L'examen clinique permet d'orienter le diagnostic vers une lésion discale, car il démasque une association typique de signes bien particuliers. En effet, provoquer la douleur par certaines manœuvres, ne pas la provoquer par d'autres, permet d'incriminer quelque chose situé entre les corps vertébraux, donc vraisemblablement le disque.

Signes positifs

a) Signes dure-mériens :

La dure-mère repose directement sur le disque intervertébral, étant donné la courbure cyphotique physiologique. Le déplacement de la dure-mère lors de la flexion du cou atteint plusieurs centimètres, et il déclenche la douleur ressentie spontanément par le malade, dans la majorité des cas (même lorsque la flexion localisée au seul segment dorsal ne la déclenche pas).

L'élévation de la jambe tendue ne reproduit pas ou qu'exceptionnellement la douleur dorsale, vu le faible déplacement dural qu'entraîne cette manœuvre dans la région dorsale.

b) Signes articulaires :

Provoquer la douleur par certains mouvements du tronc est parfois trop facile (dorsalgie aiguë), parfois très difficile, et c'est la combinaison de mouvements articulaires avec la respiration ou la flexion du cou qui permet de reproduire la douleur. Quoi qu'il en soit, les six mouvements du tronc sont pratiqués activement par le malade, cependant qu'on lui demande s'ils provoquent la douleur et où elle se manifeste.

c) Signes neurologiques radiculaires :

Ceux-ci sont pauvres. Une fois sur vingt, une hypoestésie peut être notée dans la région intercostale antérieure. Des signes de dénervation partielle des muscles intercostaux ont pu exceptionnellement être notés.

Quant aux *signes de compression médullaire*, il faut systématiquement y penser. Parfois, irritation de la moelle est déjà retrouvée à l'interrogatoire, sous forme de fourmillements dans les membres inférieurs, spontanément ou lors d'un mouvement de flexion du cou.

D'autres fois, on est devant un tableau évident de compression médullaire, et la nature discale de cette compression ne peut être affirmée qu'à l'intervention.

Signes négatifs :

a) Les mouvements du cou, autres que la flexion, ne doivent pas déclencher la douleur. Cependant, une lésion discale cervicale projette souvent sa douleur dans la région scapulaire, tout comme une lésion discale située cinq à six étages plus bas. Dans ce cas, plusieurs mouvements du cou déclenchent la douleur et les mouvements du tronc sont indolores. Néanmoins, le diagnostic différentiel entre une lésion discale cervicale et dorsale haute reste parfois difficile.

b) La recherche de la douleur musculaire donne un bilan négatif. On sait la fréquence avec laquelle les sujets déclarent sentir la douleur dans le muscle; la palpation de ce dernier est d'ailleurs douloureuse [1]). Néanmoins, la contraction isométrique contre fort résistance des divers muscles apparemment douloureux, est le plus souvent indolore. Serait-elle douloureuse, que l'existence de signes articulaires

[1]) Ceci n'est qu'une illustration d'une loi générale qui veut que l'on trouve sans peine des zones de douleurs provoquées par la pression sur une zone de douleur projetée dont l'origine siège à distance.

et dure-mériens serait difficilement compatible avec une déchirure musculaire.

c) L'examen neurologique est négatif, sauf la possibilité signalée plus haut de signes d'hypoestésie intercostale antérieures, ou de signes incipiens d'irritation ou de compression médullaire.

d) L'examen des côtes, des muscles intercostaux, des viscères thoraciques et abdominaux est négatif.

Au demeurant, le diagnostic peut se ramener à deux éventualités essentielles :

— dans certains cas, la brusquerie du début, l'intensité des symptômes et la grossièreté des signes articulaires lèvent tous les doutes;
dans d'autres, la douleur antérieure, des symptômes apparemment viscéraux, la modestie des signes d'examen rendent la différenciation avec des affections viscérales plus difficiles, et la balance entre signes positifs et négatifs joue un rôle prédominant.

La thérapeutique des lésions discales est grandement fonction de l'anamnèse. En effet, un principe simpliste suggère que si un fragment discal comprime un élément sensible et entraîne des symptômes gênants, et s'il n'a aucune tendance à la guérison spontanée, il faut s'efforcer de le réduire. Si, au contraire, on voit le sujet entre deux crises, et que l'examen soit négatif, il est logique de s'efforcer de l'empêcher de récidiver.

L'application de ces principes aboutit :

a) aux manipulations vertébrales du rachis dorsal dans la première éventualité. *Avant* et *après* chaque manœuvre, les signes articulaires dure-mériens et la non-efficacité des manœuvres est ainsi appréciée. Par mesure de prudence, et pour en augmenter l'efficacité, les manœuvres sont exécutées sous traction manuelle, les risques de compression médullaire, en cas de fausse manœuvre, sont ainsi théoriquement minimisés. Eu fait, ceux-ci ne se sont, à ma connaissance, jamais produits pour ceux qui utilisent cette technique.

Les manœuvres proprement dites comportent, d'une part les pressions, d'autre part, des rotations. De très nombreuses positions de départ permettent de localiser au mieux la manipulation.

L'étude détaillée des résultats montre d'une part que deux séances en moyenne, à quelques jours d'intervalle, suffisent dans les cas réductibles, d'autre part, que les lésions discales dorsales donnent apparemment de meilleurs résultats qu'à l'étage cervical ou lombaire.

b) aux notions de prophylaxie d'accidents ultérieurs. Ceux-ci sont essentiellement basés sur trois notions :

— éviter la compression du disque, cette dernière est surtout notoire lors des efforts intempestifs des bras. Le moment résultant, lors d'un mouvement d'arrachement d'une charge située loin du corps, entraîne, en effet, des compressions qui doivent atteindre plusieurs dizaines, voire centaines de kilogrammes au centimètre carré;
— éviter les mouvements ou les pressions prolongées en flexion, le dos bien rond, et plus rarement en inflexion latérale ou en rotation;
— éviter surtout la combinaison de la compression et des mouvements de flexion et de rotation.

La gymnastique en extension localisée au segment dorsal est parfois utile pour compléter une bonne prophylaxie. Une seule réserve : la compression qu'elle entraîne peut risquer de déclencher le déplacement postérieur d'un fragment discal particulièrement mobile, malgré la position d'extension maximum des corps vertébraux, assurée dès la position de départ du mouvement.

Le syndrome de mise en charge

On entend par dorsalgie de mise en charge une douleur qui apparaît plus ou moins tôt dans la journée pour disparaître par la station allongée. Le matin, ces sujets se lèvent frais et dispos, et petit à petit, parfois facilitée par une attitude de travail le dos courbé, les mains en avant, ou par la seule position assise, ou même debout, la douleur apparaît et augmente pour se stabiliser. Les soirées sont pénibles. Parfois, dès la mise au lit, la douleur disparaît, d'autre fois, la position allongée est déplaisante pendant 15 à 20 minutes, puis tout rentre dans l'ordre.

La douleur peut être latérale, antérieure ou postérieure, elle n'est généralement pas augmentée par la respiration.

Les signes articulaires sont inexistants, s'ils sont recherchés le matin; il peut en exister quelques-uns, s'ils sont recherchés le soir. Souvent, le début est marqué par des périodes de crises correspondant à un fléchissement du seuil de la sensibilité, alternant avec des périodes d'indolence. L'horaire de la douleur et ses conditions matérielles d'aggravation restent l'élément capital qui permet la différenciation avec une douleur d'origine discale.

Inversement, la netteté du syndrome s'estompe parfois après une longue évolution; la nuit ne suffit plus tout à fait à calmer la douleur, et les matinées ne sont pas excellentes; la douleur tend à devenir permanente, mais on retrouve le syndrome dans toute sa netteté par l'interrogatoire, quelques années auparavant.

On doit surtout s'efforcer de rechercher une étiologie à ce syndrome. Il convient d'éliminer certaines affections qui peuvent emprunter plus ou moins sa symptomatologie si particulière : mal de Pott incipiens, maladie de Scheuermann ou épiphysite vertébrale, et dorsalgie psychogénique.

Par contre, une fracture inconnue ou mal traitée, et surtout des anomalies de courbure, peuvent donner des douleurs de mise en charge. Ces dernières en particulier, qu'il s'agisse d'anomalies dans le plan frontal ou sagittal, ont été constatées dans 3 cas sur 4; un syndrome de mise en charge implique donc, *a priori*, qu'il existe probablement une cyphose anormale anatomique ou fonctionnelle ou une scoliose.

L'examen radiologique, qui doit surtout rassurer le médecin par sa négativité, durant une dorsalgie discale, le renseigne au contraire utilement dans le syndrome de mise en charge, en montrant une fracture (rare), une anomalie de courbure (fréquente), et des signes d'arthrose (de temps en temps).

Trois choses sont à faire pour le traitement :

1) Courant faradique tétanisant rythmé, ou tout autre procédé excitomoteur efficace. Il s'agit d'obtenir une bonne contraction soulevant bien les électrodes, et intéressant les extenseurs et non les rhomboïdes ou le trapèze.

L'intérêt de cette gymnastique électrique est double : d'une part, il permet de localiser la contraction là où généralement elle se fait mal. Les dos biens ronds, en effet, sont surtout musclés dans les segments lordotiques et les muscles de la cyphose sont réduits à de minces lames inopérantes. Electriser ces fibres paresseuses avant la contraction active, donne plus d'efficacité à cet effort. D'autre part, enfin, *l'effet antalgique* du faradique n'est pas à dédaigner.

2) Gymnastique en extension du rachis dorsal ou cervico-dorsal. Il s'agit d'étirer les trois courbures, c'est-à-dire, « dé-cyphoser » la région dorsale et « dé-lordoser » la région cervicale et lombaire. Des exercices en décubitus ventral avec résistance céphalique, et effort cervico-dorsal, ou avec résistance brachial, utilisant les leviers naturels de la masse des membres supérieurs, éventuellement lestés d'haltères, sont à pratiquer.

D'autres exercices, non moins efficaces, quoique moins spectaculaires, sont faits en décubitus dorsal. Le sujet place les jambes en crochet, les bras le long du carps, en rotation externe supination, et l'on introduit trois éponges respectivement sous le dos de ses mains et sous sa nuque. L'exercice consiste à ramener les genoux vers le thorax, écraser les éponges manuelles et céphalique, en veillant à rentrer le menton et écraser le moignon des épaules contre la table. La respiration est bloquée pendant le mouvement, c'est-à-dire qu'il faut faire inspirer avant et souffler après.

3) Des notions prophylactiques sont progressivement introduites dans la vie du sujet. Le dos rond est combattu, assis (en particulier au travail), l'appui antérieur ou postérieur est recherché, les efforts se font le dos droit, et la charge proche.

La durée de ce traitement doit être longue pour être efficace. Deux à trois mois de gymnastique quotidienne sont un minimum.

De ce fait, la gymnastique est avant tout didactique, pour obtenir un travail domestique et quotidien. Une surveillance bi-hebdomadaire, puis hebdomadaire ou bimen-

suelle, selon les apittudes du sujet empêche de fâcheuses habitudes de s'installer.

Les résultats sont très encourageants dans la triple mesure où le syndrome est pur, et le sujet est un bon élève.

Toutes les autres causes

Celles-ci forment une colonne dont l'importance grossit ou diminue selon la tendance du consultant. La cardiologie, la pneumologie, la rhumatologie, la neurologie, l'orthopédie et la psychiâtrie ont certes chacune leur colonne « toutes les autres causes ».

En ce qui nous concerne, nous avons groupé 35 cas sur 204 malades se plaignant de dorsalgie, soit 17 % [2]).

— La spondylarthrite ankylosante s'est 4 fois révélée à nous pour une dorsalgie. Le diagnostic fut d'autant plus pénible à poser qu'il fallut attendre de nombreuses années avant qu'un enraidissement, l'apparition de douleurs et de signes cervicaux, et de signes biologiques d'inflammation apparaissent, l'examen radiologique restant désespérément normal.

— Une fois, la dorsalgie fut attribuée à un neurinôme. Les douleurs étaient caractérisées par leur horaire nocturne et l'examen, par la pauvreté des signes articulaires.

— Les fractures du rachis dorsal (3 cas) étaient, soit connus, soit ignorées du malade. Le traitement des doulers qui justifiaient la consultation était très analogue à celui du syndrome de mise en charge, dont elles méritent le plus souvent de faire partie.

— Les épiphysites ou maladie de Scheuermann (3 cas), revêtaient parfois un aspect bâtard de syndrome de mise en charge, la douleur s'aggravant en fin de journée.

Mieux vaut dépister la lésion des noyaux épiphysaires avant tout traitement, car les résultats sont très différents de ce qu' on obtient dans les autres syndromes de charge. La douleur est rebelle et persiste longtemps, l'immobilisation est parfois nécessaire. La gymnastique en extension est utile pour éviter la fixation en cyphose, mais elle n'est pas antalgique dans l'immédiat.

— Les dorsalgies psychogéniques (7 cas) sont très particulières. Les individus se lèvent fatigués et dolents, ils le sont davantage s'ils ont des occupations qu'ils ne pensent justement pas poursuivre à cause de leurs douleurs. L'examen est parfois rigoureusement négatif, et le diagnostic reste douteux malgré le contexte psychologique. Par contre, il est souvent riche de signes contradictoires, articulaires et surtout musculaires, grossièrement incohérents, qui permettent de rester sur un terrain solide.

Le traitement est avant tout psychologique. La gymnastique n'est indiquée que dans des cas très particuliers. Elle peut par contre être nocive.

— Enfin, certaines lésions discales anciennes (2 cas), donnent des dorsalgies permanentes, influencées par peu de chose, sinon des attitudes prolongées, et donnent des signes très modestes. Un traitement est difficile, à moins de rester dans un traitement symptomatique.

— L'ostéoporose des vieillards (2 cas) se rapproche de ce tableau. Il s'y associe souvent une cyphose importante. Sans nous étendre sur l'ensemble du traitement de cette affection, notons que la gymnastique, et surtout le faraqidue, représentent un appoint utile pour lutter contre l'immobilisation et la douleur.

— Enfin, certains cas sont d'étiologie inconnue (11 cas) et demandent à être revus. Certaines de ces dorsalgies sans étiquette se dissipent en gardant leur mystère, d'autres font plus tardivement leur preuve. Pour celles-là, il faut que le médecin laisse au temps le soin d'éclairer sa lanterne.

« Cercle d'Etudes Kinésithérapiques, soirée du 16 octobre 1959. »

---

2) Nous avons volontairement extrait de ces chiffres les douleurs thoraciques par fracture de côte, entorse chondro-costale, micro-déchirure des muscles intercostaux, grand pectoral, grand dorsal, rhomboïde, des fractures de l'omoplate, les entorses costo-vertébrales.