

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: - (1956)

Heft: 150

Artikel: Propos sur le syndrome cervico-brachial

Autor: Saussez, M.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930761>

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: 08.01.2026

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

Votre rédacteur réitère son demande d'articles de la part des collègues romands. En attendant, voici la substance de deux conférences de valeur données à Bruxelles à l'occasion des Premières Jour-

nées Internationales de Kinésithérapie et Physio-technique de la F.N.B.K. Rappelons que le Docteur Troisier fut l'assistant du Professeur Cyriax à Londres.
A. Ruperti.

Propos sur le syndrome cervico-brachial

par le Docteur M. SAUSSEZ

*Chef du Service d'Orthopédie et
Traumatologie de la Clinique Ste Anne,
à Bruxelles*

Si j'ai intitulé cette communication «Propos sur le syndrome cervico-brachial» c'est que mon intention n'est pas de vous présenter une solution totale, définitive et absolue de ce problème particulièrement complexe, mais bien d'essayer de faire le point de nos connaissances à ce sujet, et de vous faire part des conclusions étiologiques et thérapeutiques auxquelles nous sommes arrivés après observation et traitement d'une soixantaine de cas.

J'ai, d'autre part, employé le vocable «syndrome cervico-brachial». Je le trouve personnellement plus facile et adéquat, mais il n'y aurait aucun inconvénient à parler de brachialgie, cervico-brachialgie, etc. . . .

En fait, donner une définition précise du syndrome aboutirait, je pense, à une formule semblable à celle-ci:

C'est une douleur de type névralgique radiculaire au départ d'une des 5 racines du plexus brachial, avec association de troubles vasculaires paresthésiques et de douleurs osseuses.

Comme vous le voyez, il s'agit là de tout un programme.

La symptomatologie subjective de cette affection se traduit par un trajet douloureux qui, de la racine du cou, descend dans le bras, parfois jusqu'à l'extrémité de la main.

Elle se traduit également par une acroparesthésie nocturne, des sensations de fourmillement ou de gonflement de la main ou de l'avant-bras, par des algies thoraciques du type angine de poitrine avec douleurs précordiales, irritation cervicale scapulaire, et une anxiété qui n'est pas de la véritable angoisse.

En symptomatologie objective nous constatons que le malade se présente très souvent en une attitude que j'appellerais volontiers «napoléonienne» le coude fléchi, l'épaule en avant, la main soutenue . . .

Il se présente en tous cas la tête penchée en avant, avec disparition de la lordose cervicale, raideur segmentaire, et parfois même, inversion de la courbure physiologique.

Nous remarquons également un enraidissement antalgique de toutes les articulations du membre supérieur atteint et, dans certains cas anciens, une amyotrophie particulièrement marquée au niveau de la main.

A la palpation, la douleur peut s'éveiller ou s'exacerber par plusieurs manœuvres. Tout d'abord par la pression paravertébrale-cervicale au niveau correspondant de la topographie radiculaire, ensuite par la pression aux points de Valleix du membre supérieur, enfin par la pression à certains points osseux dont les plus constants seront le scapulo-huméral et l'épicondilien.

A la mobilisation cette douleur s'éveille ou s'exacerbe

par l'inclinaison homo-latérale
la rotation en position extrême de flexion ou d'extension
ou par l'hyperextension passive.

La mobilisation de la scapulo-humérale peut également déclencher la douleur.

D'ailleurs la coexistence d'une périarthrite scapulo-humérale et d'un syndrome cervico-brachial est tellement fréquente que certains auteurs vont jusqu'à affirmer que celle-ci n'est qu'un aspect de la maladie radiculaire cervico-brachiale.

Transposée sur le plan pratique de l'examen clinique, la recherche de ces caractéristiques nous oblige tout d'abord à l'examen de *la colonne cervicale*: Il faut en apprécier la raideur, en étudier les mouvements.

Il est bon également de faire appel à un test d'une grande simplicité bien que fidèle, qui est celui-ci:

1. l'augmentation de la douleur à la pression sur le crâne; et

2. la diminution de la douleur à la traction sur la colonne cervicale.

L'existence de ces symptômes est une signature du syndrome cervico-brachial.

Il faut ensuite examiner *le membre supérieur*;

Y rechercher l'existence de douleurs au point de Valleix; contrôler l'amplitude et l'aisance des mouvements de chacune de ses articulations;

pratiquer un examen neurologique rapide.

Il sera souvent totalement négatif, sauf dans certains cas de compression radiculaire de la 6ème cervicale, qui peut donner une diminution du réflexe bicipital . . . ou de la 7ème cervicale, atteignant ainsi le réflexe tricipital.

L'examen de la *sensibilité*, fait avec obstination et précision, nous donnera, dans 30% des cas, à peu près, des troubles à topographie radiculaire.

Il faut enfin avoir l'attention attirée sur l'amyotrophie discrète, et presque toujours localisée au niveau de la main, que nous rencontrons dans les formes anciennes, tandis que dans les névralgies récentes, extrêmement douloureuses, les douleurs sont tellement vives qu'elles empêchent tout contrôle objectif de la force musculaire.

Quelle est l'étiologie exacte de cette manifestation douloureuse?

Avant toute chose, je voudrais attirer votre attention sur ce fait qu'il importe de ne jamais perdre de vue: c'est que deux éléments sont absolument indispensables pour produire une crise d'algies cervico-brachiales:

d'une part un facteur *mécanique* d'agression radiculaire;

d'autre part un facteur *inflammatoire*, qu'il soit une simple fluxion réactionnelle, ou la localisation d'un processus général.

Quel que soit l'élément mécanique du conflit vertébro-radiculaire, les réactions inflammatoires de la racine restent toujours indispensables. Sans elles, la crise d'algies cervico-brachiales ne serait pas déclenchée.

Nous allons si vous le voulez bien, passer en revue très rapidement les causes d'agression mécanique radiculaire.

En tout premier lieu nous avons:

Le rétrécissement du trou de conjugaison. —

A ce niveau la racine est en contact direct, étroit et fixe, avec les parois de l'orifice.

Cet orifice est susceptible de variations de contenance. Toute courbure un peu accentuée du rachis agit en étranglant le trou de conjugaison mais seulement au niveau très localisé du sommet de la courbure.

Il faut que ce rétrécissement, cette obstruction atteigne la moitié du trou de conjugaison pour qu'il y ait compression radiculaire, car, physiologiquement, dans les mouvements extrêmes, nous pouvons avoir une diminution de la contenance allant jusqu'à 1/3.

Parmi les éléments qui peuvent à ce point modifier la conformation vertébrale cervicale nous avons:

la hernie discale cervicale, l'ostéophytose arthrosique et le décalage vertébral.

La hernie discale cervicale n'est pas aussi fréquente qu'on l'a cru tout d'abord.

Mais, que ce soit par dégénérescence secondaire, ou par hernie vraie, il est certain qu'elle entre dans la genèse d'un grand nombre d'algies cervico-brachiales.

Permettez-moi encore un bref rappel anatomo-physiologique . . .

Dans les trous de conjugaison, les racines sont fixes, et les vaisseaux qui les accompagnent sont également très peu mobiles.

Mais en aucun endroit, et ceci par opposition avec la colonne lombaire, en aucun endroit, ils ne sont directement en contact avec le disque inter-vertébral.

En arrière ils en sont séparés par la totalité de la moëlle épinière, et latéralement par l'articulation uncovertébrale.

Ce ne sera donc qu'au travers de cette fente uncovertébrale que la gelée nucléaire pourra faire irruption, et irriter la racine à son entrée dans le canal.

Mais toute altération discale, qu'elle quelle soit, retentit sur l'articulation uncovertébrale, et c'est l'irritation de celle-ci, qu'elle soit fluxionnaire ou dégénérative, qui aboutira à la formation d'un nodule dur, ostéophytique, qui viendra faire saillie à l'entrée du canal de conjugaison.

Il s'agit là d'une lésion extrêmement fréquente que nous rencontrons dans la cervicarthrose, et particulièrement au niveau où l'inflexion est la plus marquée et par conséquent la dégénérescence discale la plus favorisée.

Vous me direz que bien des arthroses ne font pas mal, que bien des gens ont des ostéophytes qu'ils ignorent, et, qu'à condition de ne pas être renseignés par un examen radiographique accidentel, rien, jamais, ne leur en fera soupçonner l'existence . . .

C'est exact, et c'est pourquoi je reviens sur ce que j'ai dit tout à l'heure en insistant déjà:

«Il est indispensable, pour déclencher une crise d'algies cervico-brachiales, que deux éléments soient réunis: l'agression radiculaire et l'inflammation de la racine. Que le deuxième élément fasse défaut et nous avons une affectation dégénérative latente, sans aucune manifestation.»

Une autre raison de rétrécissement des trous de conjugaison, sera le décalage des vertèbres cervicales les unes par rapport aux autres, dans lequel l'apophyse articulaire sous-jacente peut venir faire saillie dans le trou de conjugaison.

On pourrait, à ce propos, diviser théoriquement la colonne cervicale en 2 segments. Un segment supérieur, d'une mobilité extrême, où les décalages patholo-

giques seront fréquents, et un segment inférieur, moins mobile, où nous trouverons du tassement discal et de la rigidité.

C'est à l'examen radiologique qu'il faudra s'adresser pour déterminer avec précision l'origine exacte de cette agression radiculaire cervicale, et un examen pratiqué de face, de profil et de 3/4 nous dira à quelle modification de courbure nous avons à faire:

Une disparition de la lordose cervicale

2. l'apparition d'une cyphose cervicale ou 3. un décalage vertébral.

Le profil nous montrera aussi les altérations discales segmentaires par la diminution des interlignes de l'espace discal et les irrégularités des apophyses articulaires uniformes.

Enfin, sur le 3/4, nous verrons les ostéophytes développés sur les articulations uncovertébrales, tant qu'ils viennent déformer et rétrécir la partie intérieure du trou de conjugaison.

Les ostéophytes postérieurs, dont l'influence paraît moindre, sont d'origine interapophysaire. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, il peut s'agir là d'images banales à partir d'un certain âge, et que nous pouvons trouver chez des sujets n'ayant jamais eu aucune douleur cervicale ou cervico-brachialgie.

Et nous constaterons alors que dans presque tous les cas il y aura concordance entre la topographie douloureuse à type radiculaire, et le segment cervical atteint.

Si nous avons une atteinte de la 5e racine cervicale, ce qui est assez rare, nous aurons des syndromes douloureux assez mal définis à la partie externe du bras et allant jusqu'au coude.

Si nous avons une atteinte de la 6e cervicale — ce qui est plus fréquent nous aurons un trajet douloureux qui sera intérieur au niveau de l'épaule, extérieur au niveau de l'avant-bras, et qui ira se terminer dans le pouce et parfois même intéressera l'index.

Si nous avons une atteinte de la 7e cervicale — ce qui représente pour le moins 40% des cas — nous aurons une douleur profonde du bras et de l'avant-bras qui,

par le dos du poignet, ira se terminer dans les 3 doigts médians, en particulier le médius.

Si nous avons une atteinte de la 8e racine, ce qui est peu fréquent, nous aurons une douleur typique interne du bras et de l'avant-bras, qui ira se terminer dans les 2 derniers doigts.

En dehors du rétrécissement du trou de conjugaison, d'autres éléments mécaniques peuvent intervenir, après que la racine ou le plexus ont quitté la colonne cervicale.

Il y a le syndrome des scalènes, dont on a beaucoup parlé, dont on ne parle plus guère, et dont, personnellement, je n'ai jamais vu un seul cas.

Il ya la côte cervicale, qui, par compression, peut donner une irritation, un syndrome cervico-brachial typique, avec topographie radiculaire ou paresthésie surtout nocturne, avec prédominance de troubles circulatoires.

A quelles thérapeutiques aurons-nous recours?

Il est indispensable de faire du cas une mise au point aussi complète que possible et à la lumière de ces données précises, de choisir parmi les armes thérapeutiques qui sont à notre disposition.

Elles sont très nombreuses.

Elles ont presque toutes leurs indications, et dans ces limites bien précises elles peuvent toutes donner de bons résultats.

Nous nous attaquerons aux éléments qui sont directement responsables de la crise, c'est à dire l'inflammation radiculaire et, si elle existe, l'agression mécanique.

Les deux sont souvent associées ou corollaires l'une de l'autre, par conséquent la thérapeutique sera fréquemment complexe.

Je passerai sous silence les *solutions chirurgicales* (laminectomie) ou *orthopédiques* (appareil de correction).

Elles sortent un peu du cadre de cet exposé et nous amèneraient trop loin.

Contre l'inflammation radiculaire, nous oans 3 recours:

- la Chimiothérapie
- la Radiothérapie

et la Physiothérapie.

L'arsenal médicamenteux nous fournit surtout en calmants nombreux et variés qui amènent une sédation douloureuse intéressante et une diminution de la contracture locale antalgique.

Nous avons la vitamine B - B I ou B 12 — dont l'administration est de règle dans toute algie de type neurologique.

Les applications sédatives locales

l'histamine intra-dermique, etc. . .

La *Radiothérapie* est une arme excellente contre l'inflammation radiculaire. Mais il ne faut y recourir à mon avis, qu'après échec de tout autre moyen de traitement simple.

Dans les cas d'oséophytoses je crois que grâce à la radiothérapie, on peut espérer obtenir 60% de bons résultats — environ 25% dans les cas de hernie discale mais il est évident que dans le cas d'un décalage vertébral nous n'en obtiendrons rien.

En *Physiothérapie* nos ressources sont multiples depuis les Infra-rouges jusqu'aux ondes courtes en passant par l'ionisation et les Ultra-sons.

Les Infra-Rouges sont excellents, antalgiques et décontractants mais ils n'ont pas une pénétration suffisante.

L'ionisation ne nous a guère apporté de satisfactions. Par contre c'est avec les Ondes Courtes que nous avons obtenu les meilleurs résultats. Appliquées à des intensités variant de 10 à 150 MA durant 20' elles nous ont été d'un grand appoint dans la conduite ultérieure du traitement.

Car il y a l'autre facteur, le facteur mécanique, contre lequel nous recourons à la traction ou à la mobilisation vertébrale.

Les tractions seront pratiquées suivant les possibilités sur table d'élongation, sur plan incliné, au moyen d'un collier de Seyre ou simplement par tractions manuelles.

Des tractions vertébrales sur table, je ne vous dirai pas grand-chose (Troisier).

Je vous rappellerai seulement que les expériences de de Sèze et Levernieux ont montré qu'une traction de 35 à 40 kgs, donnait un allongement de 1 mm à 1 mm 5 de l'espace intervertébral.

Etant donné que le volume d'une hernie discale cervicale moyenne est en moyenne de $1/5$ de cm^3 , et la hauteur du disque de 3 à 6 mm. vous comprendrez aisément qu'une traction très forte n'est pas indispensable et que — si vous placez le malade sur plan incliné, avec mentonnière, à 30° au début pour arriver progressivement à 50° ou 60° suivant le test de douleur — vous aurez un élargissement très suffisant.

Il est évident — et je ne puis assez insister sur ce point — qu'une colonne cervicale ne peut être élongée et mobilisée qu'après un examen minutieux, qu'avec la certitude qu'il n'existe aucune contre-indication formelle telle que les Ostéo-arthrites infectieuses, le mal de Pott, les tumeurs vertébrales, la Spondylose Rhizomélisque, les Ostéoporoses marquées, les Fractures ou luxations vertébrales.

Il ne faut pas non plus manipuler une colonne vertébrale dans tous les sens, au hasard, en essayant d'obtenir par-ci par-là un bon craquement bien sonore, mais il faut au contraire avoir un diagnostic aussi précis que possible. Cliniquement et radiologiquement préciser l'espace, la racine atteinte, et faire alors une traction mobilisation élective.

Prenons l'exemple d'une compression radiculaire de C. 5. Une traction légère, combinée à une rotation simple du côté opposé à la douleur donnera une augmentation de la contenance des trous de conjugaison de C 4, C 5 et C 5 C 6.

Si vous voulez atteindre une racine plus bas située, il faut ajouter à la traction et à la rotation une inclinaison latérale plus ou moins forte suivant le niveau plus ou moins bas que vous voulez atteindre.

Et si vous voulez enfin atteindre C 7 DI Il faut ajouter la flexion antérieure.

Nous avons contrôlé sous radioscopie toutes les manoeuvres dont je vous parle afin de vérifier l'identité exacte du niveau mobilisé.

Ces mobilisations peuvent être faites en position assise, ou debout, ou en position de decubitus dorsal, tête et nuque débordant la table.

Le manipulateur se place derrière le patient, une main au menton et l'autre à l'occiput (la prise est identique avec le collier de Seyre.)

La traction ne doit pas être douloureuse, le malade doit être relâché et confiant.

Dans cette position, s'il s'agit d'un syndrome radiculaire en C 5 — c.à.d. avec douleurs assez mal définies à la partie externe du bras et allant jusqu'au coude — une traction progressive avec rotation simple est indiquée.

Si nous sommes en présence d'un syndrome radiculaire de C 6 — c.à.d. avec trajet douloureux intérieur au niveau de l'épaule, extérieur au niveau de l'avant-bras, se terminant dans le pouce et parfois l'index — il faut faire une traction plus forte avec rotation et inclinaison hétéro-latérale.

Si nous avons, enfin, un syndrome de la base de la nuque en C 7 — c.à.d. avec douleur profonde du bras et de l'avant-bras qui, par le dos du poignet ira se terminer dans les 3 doigts médians — traction, rotation, inclinaison hétéro-latérale et flexion antérieure seront nécessaires.

La majorité des cas que nous avons traités le furent d'après le schéma suivant: O. C. 20' — léger massage décontractant — mobilisation — et pour terminer massage un peu plus prolongé.

Nous avons enregistré 15% de résultats médiocres. — Dans ces cas nous n'avons eu qu'une amélioration légère, une disparition des phénomènes aigus . . . Mais peut-être sans nous, seraient-ils passés spontanément au caractère subaigu . . .

Nous nous sommes heurtés à un échec total dans 15% de cas, pour lesquels nous avons du recourir à la radiothérapie avec minerve amovible ou appareils de correction.

Nous avons enfin obtenu 70% de très bons résultats — parmi lesquels 25% ont obtenu une amélioration immédiate et les autres ont été guéris ou très fortement améliorés en un temps moyen de 3 semaines. —

On pourrait objecter que ces techniques ne guérissent pas la cervicarthrose et qu'

elles n'ont qu'un effet très relatif sur les troubles statiques. Mais si toutes les précautions ont été prises elles sont sans danger. Et l'essentiel, à mon avis, c'est qu'avec des moyens très simples et dans un pourcentage de cas très satisfaisant elles sup-

priment la douleur et font rentrer ces affections dégénératives dans la grande famille des maladies occultes. Ce fait, dans la vie de tous les jours a énormément d'importance.

Les tractions vertébrales sur table **Raisons d'être - Techniques - Résultats**

par le Dr. O. Troisier

Ex-clinical Assistant au St. Thomas's Hospital, Londres

Attaché de rééducation aux Services du Professeur R. Merle d'Aubigné et du Docteur Grossiord, Paris.

Raisons d'être

Depuis qu'on connaît mieux la pathogénie des troubles engendrés par une lésion du disque intervertébral, on s'est tout naturellement tourné vers les méthodes susceptibles de réduire la hernie discale et d'amener une régression des symptômes et des signes. Le temps, le repos, étaient autrefois les mesures les plus couramment employées pour faciliter la réduction. Aujourd'hui les manipulations vertébrales et les tractions représentent les deux méthodes de choix.

Physio-pathologie du disque intervertébral lombaire.

Le disque est situé entre les deux corps vertébraux; il est formé d'une masse cartilagineuse comprenant deux parties distinctes: la partie périphérique, ou annulus fibrosus, enserrant la partie centrale, ou nucleus pulposus. Cette dernière sert de pivot aux mouvements des corps vertébraux l'un sur l'autre.

Lors de ceux-ci, des forces sont appliquées sur le nucleus pulposus, ou pulpe; celles-ci comprennent des composants de pression, et des composantes centrifuges d'éjection. Ainsi est réalisé la lésion discale; soit rupture partielle de l'anneau fibreux suivie plus ou moins vite de déplacement de celui-ci sous la poussée de la pulpe, elle-même comprimée par les corps vertébraux; soit hernie plus ou moins vo-

lumineuse de la pulpe à travers l'anneau fibreux.

Les directions où peuvent se mouvoir le disque sont variées: soit tension périphérique globale, soit pression directe dans les corps vertébraux; est surtout à retenir le déplacement postérieur et postéro-latéral. —

Le mouvement du fragment intra-articulaire en lui-même a peu de chance d'être perçu par le malade; par contre la pression du disque sur la dure-mère donne lieu à la douleur durable (lombalgie, et diverses irradiations plus ou moins erratiques). Si le déplacement est plus important et plus latéral, le fragment vient comprimer la racine.

Cette distinction entre lésion cartilagineuse et pulpaire est fondamentale à connaître, car autant l'une est justiciable des manipulations, autant l'autre est justiciable des tractions.

Indications des tractions vertébrales

Chaque fois que l'on suspecte une lésion pulpaire, qu'il s'agisse d'une compression dure-mérienne (lombagos, lombalgies) ou radiculaire, on la reconnaît cliniquement essentiellement par l'histoire: (progression de la douleur en intensité pendant plusieurs jours; compression radiculaire complétant la compression durale dans les jours qui suivent, témoins d'une lésion augmentant progressivement de volume.