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: 179

Artikel: Les Rachialgies d'adaptation

Autor: Douin, Jean

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930782

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: 06.08.2025

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

Les Rachialgies d'adaptation

par le Docteur *Jean Douin*
Rhumatologue — *Liège*

Conférence donnée au Xme congrès international de la Fédération Européenne, le 30 juin 1961

Au cours de ces dernières années, diverses constatations nous ont amené à élargir le cadre de l'*Insuffisance Dorsale Douloureuse* ou *Dorsalgie Bénigne* des auteurs Français.

Il est *très rare* en effet qu'il s'agisse uniquement de dorsalgies; presque toujours ce sont des *cervico-dorsalgies* ou des *dorso-lombalgies* et très souvent même des *Rachialgies*. Le tableau de ces patients est d'une telle richesse, qu'il nous paraît difficile de limiter le syndrôme à la seule insuffisance ligamentaire et musculaire du segment dorsal.

Donnons-en les *caractères provisoires* suivants: ce sont des rachialgies diffuses, avec mobilité vertébrale normale, sans lésion radiologique responsable; elles s'accompagnent toujours d'une fatigue incoërcible et souvent de manifestations diverses d'un déséquilibre neuro-végétatif.

Après avoir *analysé* le syndrôme rachialgique, nous verrons s'il est légitime de le considérer comme une variante de la *maladie d'adaptation.*

I. — Bien que le «*type longiligne*» soit le plus fréquent, le symptôme *rachialgique*, à condition qu'il soit *diffus* et qu'il représente l'objet principal de la consultation, nous parait *suffisant* pour assurer l'homogénéité de notre série. De cette façon, nous ne préjugeons pas de l'existence ou de l'absence d'une insuffisance musculaire. La vérification d'une *mobilité vertébrale rigoureusement normale*, élimine les raideurs segmentaires même minimes susceptibles d'expliquer une souffrance localisée, relevant de *mécanismes pathogéniques* mieux connus, tels que les entorses disco-ligamentaires et articulaires, le surmenage des zones adjacentes à un segment enraidi et non fonctionnel etc... Les grandes déviations n'ont pas été retenues grâce à l'examen radiologique, nous avons *éliminé* des *épiphysites* juvéniles caractérisées, certains *tassements* posttraumati ques méconnus, des *discarthroses* trop prononcées et surtout étagées, des *hyperostoses* vertébrales ankylosantes, des séquelles de *discites* infectieuses (Pott et Pseudo-Pott), des ostéoporoses, des syndrômes vertébraux trophostatiques, et des anomalies congénitales, dont le retentissement sur la statique et la dynamique vertébrale était trop important.

A. *Fréquence:* Ainsi défini et catalogué, le syndrôme rachialgique *n'est pas rare:* notre série comporte *183 cas sur 2.200 nouveaux* malades examinés au cours de la dernière année, soit une *incidence de 8,5%*. Rotes Querol et Bernat Crespi de Barcelone (in Rev. Rhum. No 1 - 2 - 1960) annoncent une *fréquence de 2,16%* seulement. Le cadre élargi que nous avons donné au sydrôme, mais aussi des possibilités de classement différentes expliquent en partie cette divergence.

B. — *Age. L'âge moyen* des patients lors de notre examen était de *35 ans,* mais pour la plupart, le *début* des douleurs remontait à plusieurs années: *l'âge moyen de début* se situe vers *25 ans* avec des chiffres extrêmes de *12 ans* et *51 ans* et une fréquence maximale dans la *tranche* de 25 à 30 ans.

C. *Sexe: Nos 183 cas* sont représentés par

23 hommes, soit 12,5%
et 160 femmes, soit 87,5%.

L'incidence du syndrôme est de *2%* sur l'ensemble des hommes et ... de *15%* pour les femmes.

Ces divers chiffres *confirment* la forte prédominance du syndrôme chez la femme et son évolution *très prolongée* étalée sur la première moitié de la vie.

II. — *L'examen clinique* est toujours *très pauvre:* la mobilité vertébrale est parfaite; certaines femmes sont même douées d'une *hyperlaxité ligamentaire manifeste.* Le type longiligne maigre pauvrement musclé domine, avons-nous dit; cependant les brévilignes parfois adipeux ne sont pas rares et nous avons constaté à maintes reprises des *rétentions d'eau* épisodiques.

Deux symptômes sont absolument constants: d'une part une sensibilité particulière des masses musculaires à la palpation et d'autre part la *fatigue* que les patients signalent avec insistance.

Nous avons constaté un *déséquilibre du basin* chez *48* patients, soit dans *26%* *des cas* (un malade sur 4).

Ce taux est *superposable* à celui retrouvé chez les patients témoins, n'ayant jamais souffert de la colonne vertébrale. Ces déséquilibres du bassin peu marqués ne peuvent donc jouer un rôle *déterminant* dans l'éclosion du syndrôme; s'ils interviennent partiellement dans la production des douleurs, leur importance nous parait cependant purement *occasionnelle.*

III. — Certaines manifestations «*neuro-végétatives*» accompagnent fréquemment les Rachialgies, imprimant un «cachet» spécial au syndrôme.

A. — *Migraine* (céphalée occipito-frontale, hémicranienne, pulsatile, presque toujours matinale et accompagnée de nausées).

Parmi nos 183 malades, nous avons trouvé *113 migraineux* avérés, soit dans *62%* *des cas.* Ces céphalées sont souvent *d'apparition précoce* parfois dès la puberté; elle peuvent précéder de loin l'éclosion des rachialgies.

B. — *Le Syndrôme Sympathique Cervical Postérieur de Barré-Liéou* (Cervicalgies et Céphalées occipitales, bourdonnements d'oreille, vertiges) fut retrouvé chez *25 patients*, soit dans *13%* *des cas.* La migraine peut apparaître lors de la puberté féminine; les Rachialgies se retrouvent surtout chez l'adulte jeune; le Syndrôme de Barré-Liéou est plus fréquent à l'âge mûr et surtout chez les femmes à la ménopause. Lors de notre première consultation, l'âge moyen des patients présentant le S.S.C.P. *était de 45 ans*, alors que l'âge moyen, pour la série globale, était de 35 ans. Parmi ces 25 patients, il y avait 3 hommes et 22 femmes dont 11 ménopausées. Souvent les rachialgies existaient bien avant la ménopause, tandis que le Syndrôme de Barré-Liéou n'était apparu qu'au moment de celle-ci.

C. — Les *Acroparesthésies nocturnes* sont signalées par *98 malades* soit dans 53 % des cas.

D. — Chez *93 patients*, soit la moitié nous relevons des myalgies, des arthralgies, des crampes musculaires allant parfois jusqu'à la contracture et des sensations d'oppression rétrosternale. Ces symptômes relèvent sans doute d'une *dystonie neuro-végétative*, mais peuvent aussi traduire l'existence d'une *Tétanie fruste* ou d'une *cryptotétanie*, résultant d'une hypocalcémie ou d'une hypomagnésémie et très probablement d'un *déséquilibre ionique* du sang et de son acidité.

Nous voyons que les symptômes d'une *perturbation de l'équilibre neuro-végétatif* accompagnent très fréquemment les rachialgies et sont intriqués souvent chez le même patient. Sur nos 183 patients, 159 présentaient l'un ou l'autre de ces symptômes et souvent plusieurs à la fois; en fait, *87%* *de nos patients rachialgiques* sont des *polyalgiques* dont l'examen, tant rachidien que périphérique, se révèle très pauvre en signes objectifs valables.

IV. — Ces symptômes constants d'une «*instabilité neuro-végétative*» ou encore d'une «*hypertonie ou irritation sympathique*» nous suggèrent de considérer nos patients rachialgiques sous un aspect plus général et de rechercher des arguments nous permettant *d'affirmer que ces malades sont «en perte d'équilibre'».*

A. — *Rôle du Surmenage:* on considérait autrefois que l'insuffisance dorsale douloureuse pouvait être la résultante, soit d'un *surmenage absolu*, les efforts fournis étant réellement trop intenses ou trop fréquents, soit d'un *surmenage postural* dans les professions de couturière ou dactylo, soit d'un *surmenage relatif*, la musculature étant *insuffisante* à fournir le travail demandé, même léger.

Certaines rachialgies sont la conséquence d'une *simple fatigue musculaire* exagérée, d'une *courbature* entretenue par un travail trop lourd, et surtout manifestement trop lourd, pour les *aptitudes* physiques de quelques patients. L'apparition de *rachialgies* dans de tels cas se conçoit facilement et les plaintes de ces sujets nous paraissent *légitimes.*

Dans notre série, la *notion d'un surmenage*, invoqué comme responsable des souffrances, est signalée dans *89 cas*, c'est-*à-dire dans 43%* des cas seulement. *Plus de la moitié* des patients, *ne peuvent accuser le travail d'être la cause de leur souffrance.*

De plus le *terme* «de surmenage» doit être compris de *plusieurs façons:*

a) exercice d'un travail lourd ou même d'un travail mi-lourd mais trop prolongé,

b) travaux trop disparates, exécutés à un *rythme* trop rapide, ou d'une durée trop longue.

c) surmenage purement *intellectuel*,

d) enfin, est considérée comme *surmenage, l'adaptation* à un nouveau travail, le changement professionnel.

Le *véritable surmenage musculaire* ne peut donc être invoqué que dans un petit nombre de cas. Parmi nos *183* patients, il n'y a que *17 travailleurs lourds* et sur un total de *64 appointés ou salariés, 15* patients seulement avaient *arrêté le travail:* 10 travailleurs lourds, 3 mi-lourds, 1 couturière et 1 repasseuse.

Remarquons également que sur les *24 patients* ne présentant aucune manifestation d'une dystonie neuro-végétative, *20 malades* avaient des *raisons valables* et *tout à fait légitimes* de souffrir d'une *fatigue musculaire prononcée*, le travail fourni étant nettement trop important.

Il nous paraît désormais impossible de limiter la pathogénie des rachialgies à un simple surmenage musculaire.

L'absence fréquente de surmenage musculaire réel nous impose donc de rechercher d'autres raisons causales.

B. — Plusieurs patientes ramènent l'une ou l'autre période de *perturbations spontanément l'origine des douleurs à glandulaires* qui caractérisent la vie féminine:

1°. — 25 femmes ont commencé à souffrir à la puberté,

2°. — 21 femmes, très tôt après le mariage,

3°. — 35 femmes, à l'occasion d'une grossesse, et enfin

4°. — 48 femmes à la suite de la *ménopause précoce* spontanée ou provoquée, 20 de ces 48 patients ayant été castrées.

L'âge moyen de cette ménopause précoce se situe pour nos patients *vers 37 ans.*

Sur les *160 patients* de notre série, *107 soit 70%* font *coïncider* le début de leur affection avec l'une ou l'autre phase de transformation glandulaire. Nous nous garderons bien de *limiter* au seul *déséquilibre glandulaire.* le rôle de *facteur* déclenchant, car les périodes de mariage, de la grossesse et même de la ménopause impliquent l'intervention d'autres facteurs.

Ce que nous voulons déduire, c'est la notion au départ d'un *déséquilibre*, soit pour des raisons *extrinsèques*, soit pour des causes *intrinsèques*, notamment un *déséquilibre endocrinien.*

C. — *Déséquilibre psychique* (!!). Ces patients sont volontiers considéré comme des «*névropathes*». Il est facile d'affirmer à un patient: «ce sont vos nerfs... ou ce sont des idées !».

Cette assertion gratuite ne peut exprimer en fait que notre *ignorance* de nombreux mécanismes pathogéniques.

Malgré l'évolution rapide des sciences médicales, un *fossé profond* persiste encore entre les maladies *organiques* et les maladies *physiques !* Viendrait-il à l'idée de confier au *psychiâtre*, un patient qui fait des crises *épileptiformes* par suite d'une *hypoglycémie* ou des *crises de tétanie* par suite d'une *hypocalcémie ?* Et pourtant, si nous ne savions aujourd'hui qu'un léger abaissement du taux sanguin de sucre ou de calcium peut provoquer de telles crises, peut-être serions-nous encore en train de les «exorciser» !

La *dualité* persistante entre ce qui est organique et ce qui est psychique, entre ce

qui est *objectif* et *subjectif*, mais aussi la *spécialisation* des médecins, *mal nécessaire* imposé par les *progrès techniques*, ont permis à *l'analyse de* l'emporter sur la *synthèse* et si nous étudions et disséquons *l'Homme*, comme appartenant au genre humain, nous soignons des *Individus* avec la notion *d'indivisibilité* et de *spécificité* qu'impose ce terme. De même que nos tissus et nos cellules, la *douleur* (symptôme subjectif, dit-on) est *spécifique* et est propre à *chaque individu.*

Elle ne peut être *comparée*, ni *dosée* et ce sera jamais une consolation pour un patient de lui affirmer que nous souffrons autant que lui ! Il nous consulte pour ses *douleurs* et non pour les nôtres.

La démonstration de ce *manque d'esprit de synthèse* est la constatation courrante des *multiples* examens spécialisés subits par nos rachialgiques: il est fréquent que le Rhumatologue soit le dernier consulté, après l'auriste, l'ophtalmologue, le cardiologue, le gastro-entérologue, l'endocrinologiste, le gynécologue et le neurologue. Des radios, dont le nombre représente souvent une *cure de radiothérapie*, des E.C.G., des M.B., des analyses de sang, constituent une collection impressionnante d'*examens négatifs* et certains patients, pour respecter les prescriptions thérapeutiques de leurs spécialistes ont dû apposer au mur de leur salle à manger une affiche, format foire commerciale, leur rappelant minute à minute les péripéties du traitement médicamenteux ! Parfois, ce n'est pas seulement au figuré que ces patients sont disséqués : sur nos 183 patients, *42* ont subi des *interventions chirurgicales*, et certains plusieurs fois avec un *record* de *17 opérations* pour *une seule patiente.*

Plusieurs de nos patients s'étaient soumis pendant des mois aux manœuvres de «Chiropracteurs», d'autres avaient été immobilisés en corset plâtré ou avaient porté pendant quelques semaines un lombostat baleiné presque toujours mal supporté et abandonné !

Faut-il s'étonner que certains aient perdu confiance en la médecine et surtout s'estiment «*incompris*» !

L'importance des facteurs, que l'on appelle *psychiques*, n'avait pas échappé aux Rhumatologues, et récemment Ory et Ruelle ont brossé une vaste revue d'ensemble concernant «L'importance des facteurs psychiques en Rhumatologie» (in Rev. Rhumatisme No 1 - 2 - 1960): «Comme la médecine psychosomatique, la physiologie pavlovienne a eu le grand mérite de nous rappeler que l'homme est un tout» (disaient-ils).»

Sans vouloir généraliser les idées de Freud sur les conflits intérieurs, il faut reconnaître que les *psychanalystes* comme les *pavloviens* ne font en somme qu'abor der le problème des *réactions de l'individu en lutte constante avec l'extérieur.*

Le *comportement* et la *personnalité* de ces rachialgiques ou polyalgiques ont été maintes fois étudiés; on trouve signalée une personnalité labile *avec* tendances *aggressives et répression de frustration* ou *d'infériorité.* Ce sont aussi à notre avis et presque toujours des anxieux.

Ce serait cependant une nouvelle erreur, à notre avis, que cette médecine psychosomatique devienne une *nouvelle spécialité* médicale, alors qu'elle n'est en fait que la médecine *tout court*, selon les conceptions hippocratiques. Pour les mêmes raisons, nous craignons *l'usage abusif* que l'on pourrait faire des termes de *psychalgies* ou de *Rhumatismes psychogéniques* et nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'envoyer systématiquement au psychologue, les patientes qui désirent nous raconter les difficultés de leur vie familiale. Encore faut-il avoir la patience et le temps de les écouter !

Que l'on examine nos rachialgiques par dedans ou par dehors, si on fait le tour de leur *individualité*, nous devons bien reconnaître qu'ils sont en *déséquilibre* ou en *état d'équilibre instable.*

V. — En recherchant les *causes de déséquilibre*, nous avons été frappés de l'importance accordée par les patients eux-mêmes aux *émotions* et surtout aux *tensions émotionnelles* comme facteur déclenchant. Nous nous sommes efforcés dès lors de rechercher ce *choc émotionnel*, ce «*Stress*» comme l'appelle Selye. La perte d'un être cher, les désaccords conjugaux *sérieux*, l'expatriation représentent des *stress initiaux faciles* à répertorier: 92 patients soit *50%* ont spontanément accusé

de tels stress comme cause première de leur affection. Chez d'autres patients, il fallut un interrogatoire plus serré pour mettre en évidence la *tension émotionelle* responsable; nous avons retrouvé en ordre principal: un *changement* important de mode de vie, intriqué souvent avec le mariage; un *changement* professionnel tant dans le sens d'un *déclassement* que dans le sens d'une *promotion*, surtout lorsque celle-ci impose de nouvelles responsabilités, l'*abandon* d'une profession, le surmenage important de certaines carrières dites indépendantes, la crainte d'une infériorité sexuelle chez certaines patientes ménopausées, le développement d'un «complexe lésionnel» ou stéréotype dynamique à la suite d'interventions médicales injustifiées.

On a beaucoup parlé de *complexes de frustration* surtout *sexuelle* et effectivement les désaccords sexuels sont fréquemment signalés.

Le dénominateur commun de ces états émotionnels nous parait bien être *l'anxiété, la crainte de ne pouvoir faire face à une situation donnée* mais aussi la *crainte ou le regret* de ne pouvoir, par suite des circonstances de la vie, donner la pleine mesure de ses capacités et de ne pas être apprécié à sa juste valeur.

Indépendamment des quelques patients chez lesquels un *surmenage musculaire* pouvait être à bon droit incriminé, *la notion de «Stress»* telle que nous l'avons précisée, fut retrouvée *chez presque tous nos patients* sauf 4. Encore devons nous signaler que chez ces 4 patients, nous avons retrouvé comme chez *beaucoup d'autres* de nos rachialgiques, des *antécédents personnels d'anxiété* tels que spasmophilie, cauchemars, peurs nocturnes, somnambulisme, énurésie, etc... — Ces faits attirent l'attention sur l'importance des premières années de la vie et peut-être des *conflits affectifs* de l'enfance ? —

Rappelons enfin qu'il est *banal* de retrouver des *antécédents héréditaires* migraineux ou neuro-végétatifs chez de tels patients.

VI. — Sans doute mal préparés aux difficultés de la vie courante, du fait de l'hérédité, de l'éducation reçue ou de leur sexe, certains individus à la suite d'un *stress*, agissant comme facteur déclenchant, se plaignent de *rachialgies* diffuses et même de *polyalgies*, accompagnées presque toujours des perturbations de *l'irritation sympathique* ou *hypothalamique* décrites par Reilly. —

Ces constations nous paraissent justifier notre titre et nous permettent de faire rentrer ces rachialgies dans le cadre de la *maladie d'adaptation de Selye*. — Nous pouvons à notre avis l'intituler le *Syndrôme rachialgique* ou *Polyalgique d'adaptation*. —

Nos ancêtres ont passé quelques millions d'années à lutter contre le milieu environnant. Bien que nettement défavorisée vis-à-vis d'autres espèces animales aujourd'hui disparues, l'espèce humaine a cependant survécu.

L'adaptation ou si l'on veut la *lutte en vue de l'adaptation* se déroule au niveau de toutes nos cellules, de nos tissus, de nos organes, de l'organisme entier et indevisible. Elle mobilise tous les *mécanismes de régulation* qui conditionnent notre activité neuro-végétative, affective et intellectuelle.

Les expériences d'énervation sympathique de Bacq et Cannon ont bien démontré que le *système nerveux sympathique* est notre système nerveux *de défense ou d'attaque*, notre «*Emergency system*». Les animaux sans sympathique sont *inaptes* à lutter contre les variations du milieu extérieur et doivent être préservés de toute aggression. Rappelons que les *centres supérieurs* contrôlant l'activité du sympathique sont situés dans *l'hypothalamus* et que celui-ci contrôle également la diurése (via le lobe postérieur de l'hypophyse) et la thermo-régulation.

Signalons qu'un grand nombre de nos patients *rachialgiques* présentaient une rétention d'eau appréciable et que la plupart se plaignaient d'avoir ou toujours *trop chaud* ou toujours *trop froid*.

On sait aussi que le *thalamus* lui-même est un *relai* sur la grande voie sensitive et qu'il est considéré notamment comme le centre du *sens de la douleur*, comme un centre de *l'affectivité* et de l'expression des émotions et qu'il conditionne le réflexe de recherche ou de fuite commandé

par des impressions agréables ou désagréables.

La sensibilité particulière de nos patients ne traduit au fond qu'un *abaissement du seuil de perception de la douleur.*

Quatre de nos patients se plaignaient, outre leurs polyalgies, de *migraines* rigoureusement hémicraniennes très intenses qui parfois ne sont pas sans évoquer les douleurs violentes et l'hémianesthésie du *sydrôme thalamique de Déjerine et Roussu.* Il est remarquable de trouver anatomiquement si proches le thalamus, l'hypothalamus et l'hypophyse, c'est-à-dire les *trois structures* qui règlent toute l'activité *hormonale, neuro-végétative* et *affective.* Nous savons aussi que les cellules des *ganglions sympathiques,* de la *médullosurrénale* et des *autres formations chromaffines* ont la même *origine embryonnaire.*

Plus près de nous enfin, c'est précisément dans les cellules chromaffines de l'intestin, dans les plaquettes sanguines et dans l'hypothalamus que l'on a découvert les taux les plus élevés de *Sérotonine* que l'on retrouve surtout en dehors de l'homme,dans les poils de l'ortie, dans le venin de la guêpe, du scorpion et du crapaud, Moyens de défense par excellence !

Comme l'histamine, la *Sérotonine* est libérée sur place dans certains processus *anaphylactique,* elle intervient dans certaines réactions allergiques, exerce une action antidiurétique et augmente la perméabilité. Injectée localement, elle déclenche ou intensifie la *douleur,* provoque de l'oedème et active la prolifération inflammatoire du tissu conjonctif.

Il est très probable qu'elle influence les centres nerveux supérieurs et qu'elle puisse être considérée comme *hormone cérébrale* au même titre que la *Nor-Adrénaline;* d'ailleurs sa formule chimique est très voisine de celle de la *Psylocybine,* nouvelle drogue utilisée en psychiâtrie, pour provoquer des retours artificiels dans le passé. (Pour les amateurs d'histoire, signalons que cette Psylocybine est extraite d'un *champignon* d'Amérique du Sud, utilisé autrefois par les prêtres Incas pour provoquer des délires oniriques collectifs).

Pour Wolf et d'autres auteurs, la Sérotonine joue un rôle dans la *Migraine* où elle constitue peut être le *facteur humoral* de la douleur. En empêchant la destruction de la Sérotonie, les Antidépresseurs ou Thymoleptiques (Marsilid, Marplan, Niamid) que nous employons provoquent parfois des *crises migraineuses,* fait qui nous parait renforcer l'opinion de Wolf.

Par ailleurs ces antidépresseurs ont permis à plusieurs de nos patients de vaincre leurs notions d'infériorité et de liquider certaines situations qu'ils subissaient depuis longtemps.

Cette sérotonine qui influence les centres supérieurs, qui intervient dans nos activités thalamiques et affectives, dans les réactions allergiques, la migraine, qui augmente les processus inflammatoires mais qui augmente aussi les sensations douloureuses et qui pourrait bien être l'un des *vecteurs de la douleur,* donne un *air bien désuet* à l'affirmation toute gratuite qu'une *douleur est psychique !*

Le fait que la Sérotonine puisse donner maints *symptômes* que nous retrouvons dans notre *syndrôme algique d'adaptation* est une nouvelle justification de notre appellation, mais par ailleurs le fait qu'elle intervienne dans les *Rhumatismes inflammatoires* considérés eux aussi en partie, comme l'expression d'une maladie d'adaptation, pose de nouveaux et passionnants problèmes en ce sens qu'il jette *un pont* entre les symptômes *dits* objectifs d'une arthrite inflammatoire et les symptômes *dits* subjectifs de nos polyarthralgies. Les tumeurs *carcinoïdes* avec métastases donnent une illustration parfaite des possibilités *polyvalentes* de la Sérotonine; ces tumeurs sont en effet très riches en sérotonine qu'elles libèrent sur place, mais aussi dans le torrent circulatoire. Chez ces patients, nous retrouvons d'une part des fluxions articulaires inflammatoires et d'autre part des bouffées de chaleur avec rougeur et d'importantes myalgies.

Les premiers résultats encourageants obtenus par les *Antisérotonines* tant dans les inflammations articulaires que dans la migraine et la céphalée de Horton sont un argument supplémentaire.

La possibilité de considérer certaines myalgies comme des formes frustes de *Tétanie,* avec même pour certains cas la *certitude biologique* d'une hypocalcémie contrôlée met également en évidence l'im-

portance de *l'équilibre ionique du sang* et nous rappelle l'idée maîtresse du cours de Physiologie du Professeur Lecomte : «Dans ses réactions d'adaptation, l'homme lutte en fait pour maintenir la constance, *l'homéostasie de son milieu intérieur*».

Cependant- si l'espèce humaine a survécu, c'est grâce avant tout au développement de ses *facultés intellectuelles;* celles-ci lui ont fourni des moyens façonnés, des outils qui ont rendu plus *facile*, sa lutte contre les éléments extérieurs. Les progrès mécaniques de la civilisation moderne nous ont fourni un *confort* de plus en plus douillet et si notre génie créateur a donné des résultats de plus en plus spectaculaires, le *non-usage* de nos facultés affectives et neuro-végétatives d'adaptation a entraîné leur atrophie; nous étions des *lapins de garenne*, nous sommes devenus des *lapins domestiques !*

La Société s'est voulue *protectrice*, l'Etat devient *Social* et de moins en moins, nous avons des *occasions de lutter.*

L'absence de lutte contre les éléments extérieurs, mais aussi l'absence de compétition dans la Société rendent notre *équilibre* particulièrement *fragile* et menacé à la moindre agression.

Enfin, l'instruction de plus en plus poussée et les progrès intellectuels ont amené l'individu à une *prise de conscience* de son *infériorité* tant en regard de la civilisation ambiante, que de la communauté.

Les *Réflexes conditionnés de Pavlov*, dont l'accouchement dit sans douleurs est la plus récente illustration, ont précisément mis en lumière l'un des facteurs principaux qui conditionnent notre comportement, à savoir *l'appréhension.*

Chez nos rachialgiques, comme d'ailleurs dans d'autres syndrômes d'adaptation, ce qui domine, c'est sans doute la notion d'une infériorité, mais surtout la *crainte* d'une infériorité, d'une incapacité, la *crainte* de la douleur présente ou future et enfin, constante chez nos patients, la *crainte* d'être *fatigués !* La fatigue et la douleur et surtout l'appréhension de la fatigue et de la douleur entretiennent *l'irritation sympathique.* Cette appréhension ferme le cercle vicieux et devient réellement une *auto-agression.*

VII. — Des considérations précédentes, nous pouvons tirer quelques *conclusions importantes* concernant le traitement et la réadaptation de nos patients rachialgiques.

1. Les *ganglioplégiques* et notamment le *tetraéthylbromure d'Ammonium*, exercent une action sédative sur certains symptômes d'irritation sympathique, notamment les acroparesthésies et les crampes nocturnes.

2. La caféine, l'Ergotamine, la Dihydroergotamine employées avec succés dans la *Migraine* et le *Syndrôme sympathique cervical postérieur*, améliorent parfois *en même temps* le syndrôme rachialgique. Elles présentent de plus l'avantage de supprimer la *fatigue matinale*, constante chez ces patients et particulièrement redoutée.

3. Pour lutter contre *l'asthénie* particulièrement rebelle, nous utilisons les *thymoleptiques* ou inhibiteurs de la monoamino-oxydase (Marplan et Niamid) qui nous ont permis d'obtenir des *résultats appréciables;* le patient se sent plus «en forme» et attaque de front les problèmes qui lui sont posés. Leur emploi est particulièrement indiqué lors des changements importants de profession. Il faut éviter le *surdosage* surtout chez les grands migraineux, car avons-nous di,t ces thymoleptiques empêchent la destruction de la Sérotonine et *provoquent* parfois des migranes. Depuis peu nous utilisons les sels magnésiens et potassique de l'Acide Aspartique, considérés comme *défatiguants* physiologiques.

4. Il est souhaitable d'adjoindre des médications riches en vit D et Ca, mais aussi en Magnésium pour éviter l'apparition des symptômes de *Tétanie.*

5. Si *l'anxiété* et *l'excitation* dominent, nous employons plutôt les *tranquillisants*, avec une préférence pour le *Librium* qui est en plus décontracturant.

Bien que souffrant depuis de nombreuses années, ces patients ont pour la plupart une *activité normale* et même bien supérieur à la normale surtout en durée;

ils ont souvent *l'appréhension* de ne pouvoir réaliser tous les travaux qu'ils voudraient entreprendre. Il nous parait donc contre-indiqué de leur prescrire des *sédatifs* puissants (type Barbiturique) qui pourraient réduire leur capacité fonctionnelle.

En attaquant la fatigue, l'anxiété, l'excitation, la douleur et les contractures de ces patients par les médications précitées, nous amorçons la sortie du cercle vicieux et *préparons le terrain de la réadaptation.*

Entretemps, nous aurons *gagné la confiance* du patient et provoqué ses *confidences:* nous étudierons sa situation de famille, sa vie professionnelle et sociale, nous discuterons avec lui de l'influence de certaines agressions, des conflits passés et présents; nous connaîtrons ses aspirations, ses regrets, ses rancœurs et surtout ses *appréhensions.*

Il faut que très rapidement *il se sente compris* et surtout *qu'il comprenne* le sens de nos interventions et qu'il soit forgé une *image chématique* peut-être mais très approchante de son état morbide. L'important est qu'il ait *réalisé* l'absence de *lésion* grave et admis la *prépondérance* d'un vice fonctionnel; il doit être *persuadé* de l'inocuité totale du traitement et avoir admis que le *manque de mobilité* peut entretenir la douleur.

Enfin il doit être *rassuré* sur son avenir.

6. Lorsque le moment parait favorable, on peut alors envisager les traitements de rééducation avec *toutes les difficultés* qu'ils comportent. En effet 90% de ces patients ont une vie professionnelle et familiale plus ou moins normale et même souvent fort chargée. Notre traitement ne devra jamais bouleverser le mode de vie auquel précisément ces patients tentent désespérément de s'adapter.

Le traitement sera toujours *très progressif* et ne pourra d'aucune façon *aggraver la crainte de la douleur*, sous peine d'être d'emblée voué à l'échec le plus complet.

D'ailleurs il ne faut pas rechercher à tout prix une *remusculation*, mais bien *démontrer* au patient, *sur le vif*, qu'il peut *sans danger* mobiliser sa colonne et que la douleur n'est pas aggravée par cette mobilisation, si elle est progressive. Notre traitement doit donc *tenter*, non pas de développer une musculature souvent insuffisante depuis de nombreuses années, mais bien de *rendre confiance* au malade.

Le *succès* dépend pour une part de notre patience et de notre persuasion et d'autre part de la solution apportée aux problèmes conflictuels qui ont *déclenché* le syndrôme douloureux. Cette solution est *indispensable* pour assurer une guérison *complète* et *durable.*

Si l'on veut à l'avenir éviter au maximum les difficultés souvent insurmontables du traitement de tels patients, il faut avant tout *prévoir* et développer dès l'enfance les *facultés d'adaptation, en nous rapprochant de la nature.*

Que l'on parle *d'adaptation* ou de *réadaptation*, nous faisons intervenir les disciplines les plus diverses telles que la biologie, la biochimie, l'histologie, l'anatomie, la physiologie, la psychologie, la pathologie, la médecine, la pédagogie, la sociologie et même la morale. La *science de la Réadaptation* nous impose une *synthèse;* et cette synthèse, en fait, représente ce que Alexis Carrel appelait la *Science de l'Homme.*

Mai 1961, Service de Médecine Physique

Clinique de l'Espérance
Montegnée-LIEGE.

NEU für Ihre Fachbibliothek !
Frl. Marta Schüepp:

Bewegungstherapie bei Multipler Sklerose; kart. Fr. 4.80

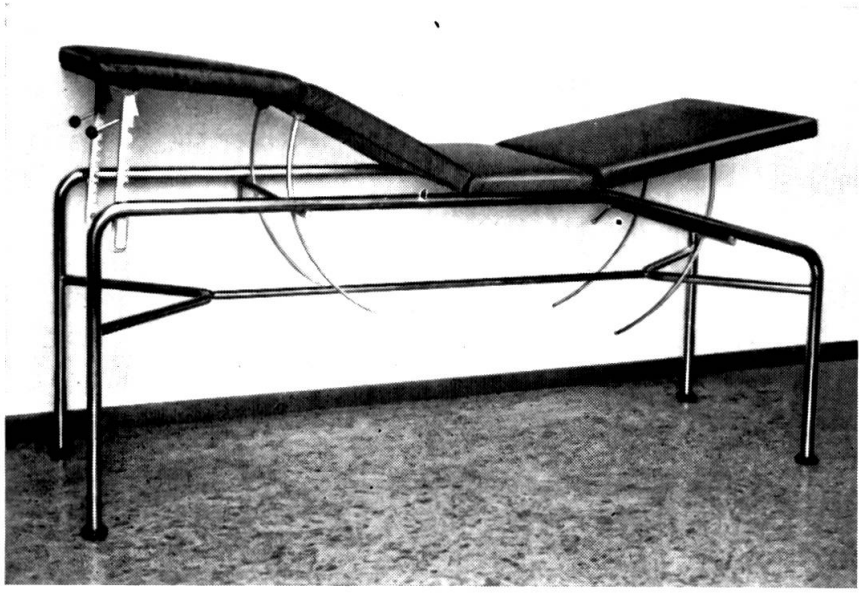
Verlag Volksgesundheit Zürich 2/39
Bleicherweg 7, Tel. (051) 25 34 33

Gesucht nach **Luzern**

in neue rheumatologische Praxis auf Mitte Oktober 1961 gut ausgebildete

Physiotherapeutin

Offerten an Dr. med. W. Munzinger, Seetalstr. 20, Emmenbrücke
Tel. (041) 5 17 82



Massage-
und
Extensions-tische
mit Zubehör

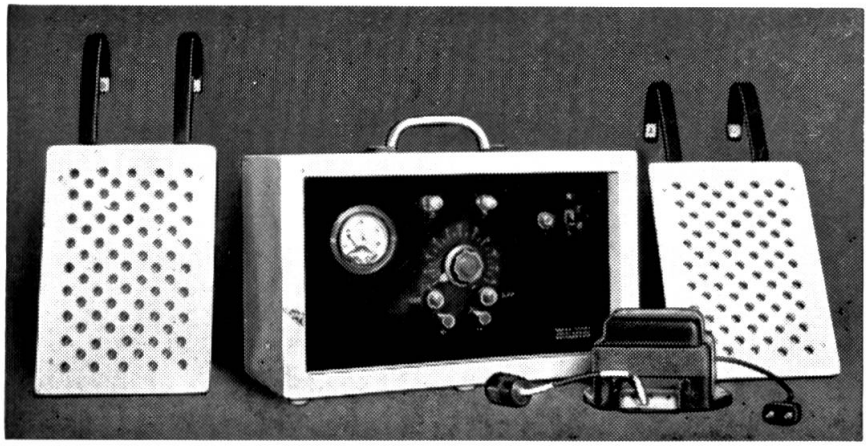
Tritte
Hocker
Boys etc

Spezialanfertigungen

Vorteilhaft und zweckmässig
vom Fachmann mit Spitalpraxis:

WALTER HESS Fabrik f. Arzt- und Spitalapparate
Dübendorf ZH Tel. (051) 85 64 35

HESS
DÜBENDORF – ZCH



Elektro-Bäder
seit 25 Jahren.
Div. Ausführungen für jede Wanne.

Baldur Meyer, El. Ing.
Seefeldstrasse 90
Zürich 8,
Tel. (051) 32 57 66

Zur *Weiterbildung* im Beruf

steht allen Mitgliedern die Fachbibliothek des Schweiz. Berufsverbandes offen. Benützen auch Sie diese wertvolle Gelegenheit. Die neuen aktuellen Bücher sind dazu da, dass sie gelesen werden und zur Fortbildung dienen. — Bücherverzeichnisse sind erhältlich bei:

Martin Hufenus, Landisstrasse 11, Zürich 50, Telefon (051) 46 66 08

AZ
THALWIL

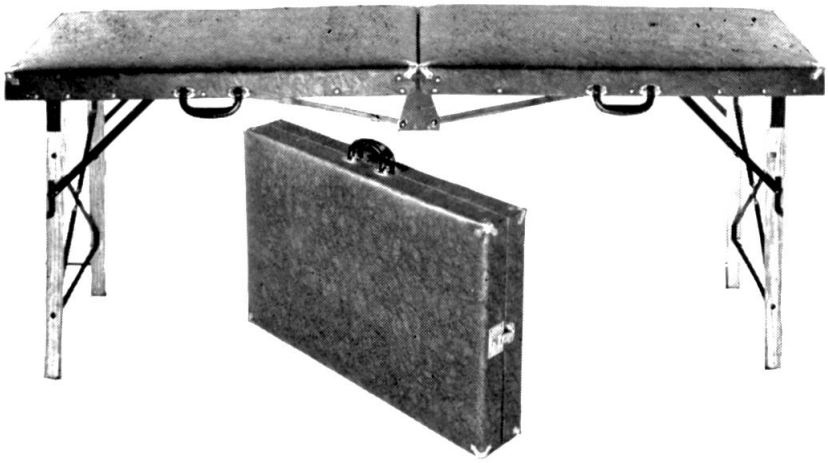
Phafag

MASSAGE-OEL

belebt und erfrischt die Haut und hat einen unaufdringlichen sauberen Geruch. Es dringt ohne jegliche Schmierwirkung sofort und vollst. in die Haut ein.

Fordern Sie bitte Gratismuster an!

PHAFAG AG., Pharm. Fabrik, Schaan (Liechtenstein)



Die neue
zusammenklappbare

Massagebank

die sich als **Koffer** mitnehmen lässt und trotzdem jede **Stabilität** bietet.

Arbeitsmasse:
178 cm lang, 56 cm breit, 70 cm hoch
Zusammengeklappt:
56x89 cm. Gewicht: 16 kg

Vertretung und Offerten durch **QUARZ AG.** **Zürich**

Othmarstr. 8, Tel. (051) 32 79 32

Redaktion:
Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Dorfstr. 32, Thalwil
Für den französischen Teil: A. Ruperti, Avenue Druey 15 Lausanne
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Buchdruckerei W. Plüss, Zaughausstrasse 17, Zürich 4
Erscheint 2-monatlich

BUCHDRUCKEREI W. PLÜSS, ZÜRICH