

Chapitre V

TRAITEMENT DES DIVERSES VARIÉTÉS TOPOGRAPHIQUES D'ALGIES

Paul Savy, 1950

Tous les nerfs peuvent être le siège de phénomènes douloureux. Les algies lombaires, les névralgies brachiales et intercostales représentent, en dehors des formes précédemment étudiées, les variétés cliniques les plus fréquentes. D'une manière générale, on leur applique le traitement classique de toutes les névralgies, mais certaines particularités étiologiques et thérapeutiques justifient leur individualisation.

Traitement des algies lombaires

Considérations générales. - Rien n'est plus fréquent que d'entendre un malade - surtout parmi les femmes - se plaindre de « souffrir des reins ». En réalité, dans ce syndrome douloureux de la région lombaire, interviennent les affections les plus bénignes - c'est la généralité - comme les plus graves. Le pronostic dépend essentiellement du diagnostic étiologique. Le terme de lumbago que vulgarisa Sauvages au XVIII^{ème} siècle, englobe - bien qu'en réalité il devrait être réservé à certains cas de rhumatisme musculaire - la plupart des affections douloureuses des lombes dont, lorsqu'elles ne sont pas symptomatiques d'une lésion déterminée, on ne sait guère si elles siègent exactement dans les muscles, les nerfs ou les articulations lombaires.

a. Bases cliniques du traitement des algies lombaires. La douleur du type aigu ou chronique, certains signes objectifs, dont elle est le plus souvent responsable, dominent la scène clinique.

La douleur aiguë du véritable lumbago primitif peut se déclencher brusquement, à l'occasion d'un effort insignifiant ; son intensité est souvent telle qu'elle peut immobiliser complètement le malade ; le moindre mouvement la réveille, et le repos absolu au lit devient indispensable dans les formes sévères, qui d'ailleurs ne s'accompagnent pas de symptômes généraux et guérissent en une ou deux semaines.

La douleur du lumbago chronique gêne, sans les empêcher, les mouvements de la colonne vertébrale, la flexion du tronc et surtout son redressement, lorsque le sujet, se baissant pour ramasser un objet, essaie de se relever. Souvent des irradiations s'opèrent dans le domaine du sciatique, d'un ou des deux côtés.

Les signes objectifs sont nuls dans le lumbago aigu, en dehors d'une certaine contracture, d'ailleurs inconstante, des masses musculaires sacro-lombaires. On ne trouve guère de douleur provoquée à la pression, sauf parfois au voisinage des articulations sacro-iliaques. Par contre, dans les algies lombaires chroniques, on constate des signes secondaires comme la lordose et

la cyphose liées à des contractures de défense contre la douleur, ou des altérations primitives du rachis et des méninges, dont dépend le syndrome douloureux, et que révèlent la radiographie et la ponction lombaire.

b. Bases étiologiques du traitement des algies lombaires. Tout le problème consiste, ici comme dans la sciatique, à préciser si la douleur est primitive ou symptomatique d'une lésion articulaire, méningée ou viscérale.

ALGIES SECONDAIRES. Avant de conclure à un lumbago primitif et pour peu que l'affection traîne depuis quelques semaines, on vérifiera - par l'exploration clinique et surtout par le toucher vaginal ou rectal, par la radiographie de la colonne, du bassin et au besoin de l'appareil urinaire, par l'examen enfin du liquide céphalo-rachidien - s'il ne s'agit pas d'une lésion ostéo-articulaire arthrite sacro-iliaque, sacro-coxalgie, ostéoporose rachidienne, spondylose, cancer, lombarthrie avec ostéophytes, spina-bifida occulta, fracture méconnue de la colonne, anomalie congénitale, comme la sacralisation de la cinquième lombaire ou la lombalisation de la première sacrée, qu'il faut se garder d'ailleurs de toujours considérer comme la cause du syndrome douloureux ; - d'une lésion de l'appareil uro-génital - lithiase, tumeurs des organes du petit bassin rétroversion utérine ou fibrome ; - d'une lésion du système nerveux - tumeur médullaire, méningite chronique, compression radiculaire. On conçoit que la thérapeutique, en dehors de la médication sédatrice, soit aussi étiologique.

LUMBAGO PRIMITIF. Lorsque les examens précédents n'ont pas permis de rattacher l'algie lombaire à une cause quelconque, alors il est possible de conclure à une algie lombaire primitive, au lumbago aigu ou chronique. Mais on n'est guère fixé sur la nature et le siège du processus auquel correspond la maladie. Il est possible d'ailleurs que, suivant les cas, tel ou tel mécanisme pathogénique soit en cause plutôt que tel autre. S'agit-il d'un rhumatisme musculaire ? d'une cellulite ? d'une arthrite lombaire ? d'une névralgie radiculaire ? d'une funiculite, c'est-à-dire d'une inflammation du nerf rachidien dans son trajet à travers le trou de conjugaison, qui serait lui-même le siège d'une arthrite rhumatismale (Sicard) ? Et, à l'origine de l'une quelconque de ces diverses localisations, faut-il invoquer la diathèse arthritique, un traumatisme direct ou un effort, le froid, les infections, les intoxications exogènes ou endogènes, et de nature allergique ? La question a été envisagée à propos du lumbago qui précède les sciatiques (p. 1969).

Conduite thérapeutique dans le lumbago aigu. C'est, dans ses grandes lignes, le traitement de la sciatique.

REPOS. Il doit être absolu pendant près d'une semaine, le malade gardant le lit, au besoin dans la position de « surrepos » (p. 1971).

TRAITEMENT HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE. Une fois la période aiguë passée, on recommandera l'exercice modéré qui convient à tous les arthritiques ; et le régime de la diathèse uricémique sera également prescrit lorsque la présence d'ostéophytes sur le rachis indiquera que le sujet appartient à la catégorie des rhumatisants chroniques.

APPLICATIONS EXTERNES. A la classique ficelle dont le patient se ceint les reins, à la peau de chat, de lièvre ou de cygne, et à bien d'autres procédés que leur ancienneté seule rend vénérables, on préférera soit d'autres méthodes populaires qui font appel à la ceinture de flanelle, aux cataplasmes de farine de lin, aux repassages, avec un fer, de la région douloureuse recouverte d'un linge imbibé de vinaigre et d'une épaisseur de lainage, aux baumes analgésiques à base de chloroforme et de salicylate de méthyle, aux ventouses, etc.

MÉDICATION INTERNE. Elle sera à la fois sédative - à l'aide de l'aspirine, de l'antipyrine et du pyramidon, certainement bien supérieurs au salicylate de soude - et étiologique, lorsque l'état humoral, dyscrasique ou allergique, justifiera l'emploi de l'iodure, des extraits endocriniens, de l'atophan, des peptones magnésiées, etc.

PHYSIOTHÉRAPIE. On retrouve ici les divers procédés classiquement utilisés contre les névralgies, c'est-à-dire le massage, la galvanisation, l'actinothérapie et l'héliothérapie, la diathermie, l'hydrothérapie chaude ou sulfureuse, le séjour dans les stations thermales, etc., déjà signalés à propos de la sciatique; enfin et surtout la radiothérapie, qui représente à mon sens la thérapeutique locale la plus efficace dans la plupart des algies lombaires, chroniques ou subaiguës, primitives ou symptomatiques, de même que le vulgaire cataplasme de farine de lin, réalise le meilleur procédé de sédation des crises aiguës.

INJECTIONS LOCALES. On injecte, dans la masse sacro-lombaire, pour les formes aiguës, en plusieurs points des deux côtés, des substances variables : un à deux centimètres cubes en chaque point d'une solution d'acide salicylique à 1 p. 1000, ou d'iodure de sodium à 1 p. 100, dont il existe des préparations spécialisées. Dans les formes chroniques, on a recours plus spécialement au lipiodol, ou à une solution de novocaïne qui n'agit peut-être qu'en brisant, par le volume du liquide introduit, un arc réflexe douloureux (Alajouanine). Enfin l'histamine en injection intradermique peut être utilisée.

INDICATIONS. Dans les formes aiguës, on prescrit le repos au lit, les cataplasmes, l'aspirine, au besoin les injections intramusculaires d'acide salicylique et d'iodure de sodium et parfois la faradisation lorsqu'elle peut être réalisée au lit du malade.

Dans les formes chroniques : régime et hygiène des uricémiques, médication humorale et atophan, kinésithérapie, cures thermales et radiothérapie, injections intramusculaires de lipiodol ou de sérum novocaïné. Est-on autorisé, lorsque tout échoue, à faire appel à la chirurgie ? Robineau, sur le conseil de Sicard, ayant pratiqué, pour des lumbagos désespérément tenaces, une laminectomie lombaire, obtint des améliorations. Pratiquement l'intervention est réservée aux formes symptomatiques d'une compression médullaire (p. 1975).

(1) TECHNIQUE DES INJECTIONS. - Le liquide que nous employons est une solution de novocaïne au 100^e dans du sérum physiologique. La dose de liquide injecté nous paraît extrêmement importante à préciser, nous croyons en effet qu'il est nécessaire d'injecter au moins 10 centimètres cubes de liquide. Nous insistons sur cette quantité, non pas que la dose de 10 centigrammes de novocaïne soit nécessaire pour obtenir un résultat, mais parce que nous sommes persuadés que le liquide injecté agit aussi par son volume. Si l'on craint, lors d'une première injection, de pousser dans le muscle une quantité de liquide correspondant à 10 centigrammes de novocaïne, nous conseillons d'employer toujours la solution au 1/100, mais de ne prendre que 5 centimètres cubes par exemple de cette solution (ou moins) et de compléter par du sérum physiologique.

« La première injection doit être poussée dans la masse sacro-lombaire au point du maximum de la contracture. Les injections suivantes seront faites dans les zones sus et sous-jacentes, mais on devra aussi se laisser guider par la recherche des zones douloureuses. Par conséquent, deux considérations commanderont le choix de l'emplacement : la contracture et la douleur. Dans la majorité des cas, en se basant sur cette règle, on sera amené à faire les injections dans la masse sacro-lombaire en partant des zones les plus basses vers les zones les plus élevées ou inversement. Cependant, quelquefois des résultats meilleurs seront obtenus lorsqu'on poussera les injections toujours dans la même zone.

« Le lieu d'injection ainsi choisi, on piquera - le malade étant en position debout - à deux travers de doigt environ en dehors de la zone médiane repérée par la saillie des apophyses épineuses, en dirigeant l'aiguille de dehors en dedans. On atteindra ainsi la région des lames vertébrales ; nous nous contentons de cette approximation et ne cherchons jamais à atteindre les racines nerveuses. Après avoir vérifié que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau, on injecte lentement le liquide.

« Parfois, après avoir poussé 5 centimètres cubes, nous retirons l'aiguille et injectons le reste du liquide dans une autre partie de la masse sacro-lombaire, mais ce second point d'injection ne sera jamais distant du premier de plus de deux travers de doigt au-dessus ou au-dessous.

- Nous répétons ainsi les injections tous les jours pendant plusieurs jours de suite.

~ Si le malade est hospitalisé ou s'il peut rester alité, on peut faire l'injection à n'importe quelle heure de la journée. Si le sujet mène une vie active, il vaut mieux ne pas la faire dans le courant de la journée ; il se produit en effet dans les instants qui suivent l'injection une légère fatigue et parfois même une exacerbation tout à fait passagère de la douleur, phénomènes qui sont moins marqués lorsque le sujet peut se reposer tout de suite après le traitement.

« En règle générale, au bout de quelques heures, on doit obtenir une sédation transitoire de la douleur et de la contracture, et, au bout de cinq ou six injections, l'amélioration doit être nette. Si, passé ce délai, on n'obtient aucun changement dans l'état du malade, il est inutile de poursuivre le traitement.

« Cependant il est fréquent qu'après avoir obtenu une amélioration, dès la cinquième ou sixième injection, on soit obligé de faire en tout dix à quinze injections pour obtenir la guérison » (ALAJOUANINE).

Traitement des névralgies brachiales

Considérations générales. Relativement fréquentes - moins cependant que les formes précédentes - les névralgies brachiales, déjà décrites par Valleix, en 1841, dans son Traité, ont fait l'objet des travaux récents, de Foix et Chavany, de Roger et Rathelot, de Barré, Pinel, Bériel, Françon, etc.

BASES CLINIQUES DU TRAITEMENT. En prenant pour type la forme primitive, encore appelée rhumatismale, le symptôme le plus caractéristique est représenté par la douleur, à début lent ou brusque, qui s'étend - sensation de brûlure, parfois légère, mais souvent atroce, constante et aggravée de paroxysmes - tout le long du membre, et à sa partie postérieure, depuis la nuque jusqu'à l'index. Elle s'accompagne de modifications objectives de la sensibilité cutanée : hyperesthésie, paresthésie, points de Valleix, etc. Ces névralgies doivent être distinguées des lésions de cellulite et surtout d'arthrite ou de périarthrite, bien que l'immobilisation prolongée de l'articulation de l'épaule entraîne un certain degré d'inflammation péri-articulaire.

BASES ÉTIOLOGIQUES DU TRAITEMENT. Aux formes primitives, dont la nature demeure imprécise et que l'on se contente de qualifier de rhumatismales, on doit opposer les variétés symptomatiques de causes locales ou générales qui seront envisagées à propos du traitement étiologique, et que contribueront à individualiser le contexte clinique, l'étude des antécédents, la radiographie et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Conduite thérapeutique dans les névralgies brachiales. - Avant de conclure à la névralgie primitive rhumatismale, on devra systématiquement rechercher, pour les traiter, les causes suivantes, dont le syndrome douloureux représente la manifestation.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE. Les névralgies post-traumatiques surviennent après des blessures qui réalisent soit la causalgie d'origine sympathique, soit la névrite ascendante, consécutive à une plaie des doigts ou de la main, soit la douleur des amputés.

Les névralgies par compression relèvent du mal de Pott, d'une tumeur juxtamédullaire que la chirurgie peut extraire, d'une côte cervicale qui sera réséquée, ou d'un cancer du voisinage.

La névralgie d'origine infectieuse est surtout en rapport: avec la syphilis, - qui nécessitera naturellement un traitement spécifique ; avec l'encéphalite épidémique qu'il faudra toujours rechercher soigneusement dans les formes aiguës et dont on appliquera le traitement (p. 1867) ; enfin avec le zona (p. 1990).

Les névralgies d'origine toxique n'ont qu'une importance secondaire, en raison de leur rareté : l'alcoolisme ou le diabète sont parfois en cause. Peut-être aussi une intoxication d'origine endogène, humorale, mais alors on entre dans le domaine de la névralgie primitive dite rhumatismale.

Les névralgies réflexes ou de voisinage représentent soit l'irradiation de certaines crises d'angine de poitrine, soit un phénomène symptomatique d'une arthrite du membre supérieur. On se méfiera toujours naturellement de l'élément névropathique surajouté, qui peut non pas créer, mais exagérer ou entretenir le symptôme névralgique, dont la thérapeutique se complétera alors par l'adjonction de bromure de sodium, de gardénal, de valériane, etc.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. Il fait appel à la médication classique par les antinévralgiques, les applications sédatives locales, l'histamine intradermique, la physiothérapie représentée surtout par la radiothérapie - elle a donné sur 10 cas, 6 guérisons durables, 2 améliorations, 2 échecs (Haguenau), les injections locales d'iodure de sodium ou de lipiodol, etc.

Traitement de la névralgie intercostale

Considérations générales. Si le syndrome douloureux se présente parfois comme une affection primitive dite rhumatismale ou a frigore, à la manière de la sciatique ou du lumbago, en réalité le problème en présence d'un sujet qui se plaint de souffrir d'un côté du thorax consiste à éviter le plus possible de porter le diagnostic commode de névralgie intercostale rhumatismale et à rechercher soigneusement les causes locales ou générales dont dépend le syndrome douloureux.

Conduite thérapeutique. On commencera, avant d'instituer tout traitement à rechercher, pour les éliminer ou les reconnaître, les affections suivantes: pleurésie au début ou adhérences plus

ou moins anciennes, cortico-pleurite d'origine bacillaire; irradiations douloureuses de la lithiase biliaire ou de l'ulcère de l'estomac qui, trop souvent, échappent à un interrogatoire ou à un examen mal conduits; angine de poitrine ou douleurs des cardiopathies, compressions radiculaires d'origine pottique ou néoplasique, etc. Si tout est négatif, si l'étude des antécédents, l'examen clinique, et surtout la radioscopie du poumon et du médiastin ou la radiographie de la colonne, ne révèlent rien d'anormal, alors seulement on pourra parler de névralgie intercostale et faire jouer plus ou moins, suivant l'intensité ou la persistance du syndrome, les divers éléments thérapeutiques - applications et injections locales analgésiques et radiothérapie - qui constituent la base du traitement des névralgies en général (1).

(1) Parmi les autres variétés de névralgies, il faut signaler la talalgie et la coccydynie, qui relèvent de la radiothérapie, mais dont la première bénéficie plus que la seconde.