

Condensé pour praticien "pressé"

Par le Docteur Philippe DEMOND

L'ASTHMATIQUE

ET

SON VICE DE CONSTITUTION

Ceci n'est rien d'autre que notre expérience, observation empirique étayée par des données neurophysiologiques, que nous soumettons à la réflexion du plus grand nombre.

Il s'agit d'une approche thérapeutique de la maladie asthmatique par la voie de l'étude des troubles de la statique et de leurs corrections, en association avec une démarche réflexothérapeutique

Nous envisagerons respectivement ces deux chapitres.

Statique et maladie asthmatique

Etude des troubles de la statique

L'examen clinique d'un asthmatique ne peut laisser sous silence les temps classiques que constituent l'inspection et la palpation.

Nous sommes toujours restés attachés à ce vieux principe qui nous a permis de dégager cliniquement une constante :

- les asthmatiques sont porteurs d'une ampliation thoracique asymétrique portant sur les trois premiers étages dorsaux .

Pour arriver, le plus facilement du monde, à ce résultat nous nous contentons d'apposer simultanément la pulpe de nos pouces sur les deux hémithorax, au niveau des synarthroses costo-chondrales, et de demander au sujet d'exécuter des mouvements respiratoires de grandes amplitudes :

- Le déficit comparatif d'amplitude d'un des deux hémithorax observé face antérieure nous entraîne à inspecter et palper la face postérieure du thorax.

Une confirmation nous y attend :

- la réduction de mobilité des trois premières vertèbres dorsales, ce que MAIGNE englobe dans sa définition du dérangement intervertébral mineur.

Pour faire simple, tout ce passe comme si, à la suite d'une rotation horaire et segmentaire du haut du buste autour de l'axe rachidien et dans un plan transversal :

- un des deux hémithorax se trouvait dans une position de postériorité fixée .

Quelques notions de neurophysiologie

En reprenant la littérature, nous avons voulu savoir quelles pouvaient être les conséquences de cette constatation .

Répercussion en surface d'une atteinte profonde

Par surface nous entendons de façon segmentaire le rachis, la peau, les muscles, par profond les viscères sous le contrôle du myélomère.

Les différentes coupes transversales du thorax de LAZORTHES viennent à point

nommé pour nous rappeler l'innervation du segment mobile de JUNGHANN'S et l'importance du rôle que peuvent jouer les branches postérieure et antérieure du nerf rachidien ainsi que le nerf sinu-vertébral.

Mais laissons parler l'auteur de la notion de douleurs d'origine viscérale projetées à la peau, et de contracture pariétale réflexe :

- "l'atteinte d'un viscère peut se traduire par une «douleur rapportée» qui se projette dans le territoire cutané pariétal appelé dermatome correspondant au segment médullaire ou myélomère auquel aboutissent les voies sensibles du viscère." -

"Une contracture pariétale réflexe représente la réponse des neurones moteurs du myélomère correspondant aux voies centripètes sympathiques irritées».

L'illustration la plus fameuse est le point de Mac Burney non pas tant simplement à palper qu'à palper-rouler, qui se trouve avec une précision neurologique à l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs sur le trajet d'une ligne unissant l'épine iliaque antérieure supérieure droite à l'ombilic, et quelque soit la localisation de l'appendice enflammé .

Répercussion profonde d'une atteinte de surface

Si la projection à la peau et aux muscles d'une atteinte viscérale sont des tableaux connus, il nous reste à savoir ce que pensent les auteurs du phénomène inverse: le retentissement sur un viscère d'une dermalgie-réflexe de JARRICOT et ou d'une contraction .

- «Une action sur une zone de projection

cutanée peut calmer la douleur d'un organe profond» . (LAZORTHES)

- «L'irritation ou la compression des éléments du trou de conjugaison par les différents dérangement du joint intervertébral est responsable de nombreux désordres douloureux, d'origine rachidienne .

(MAIGNE)

- «L'entorse apophysaire ou unco-vertébrale comprime en même temps que la racine, les autres éléments du trou de conjugaison : nerf sinuvertébral, artère et veine et nerf sympathique, d'où nouvelle réaction vasomotrice intéressant les formations nerveuses. Ainsi, dans l'intrication des facteurs mécaniques, circulatoires, nerveux, qui interviennent aux cours des traumatismes, il ne faut pas oublier la participation sympathique, soit par lésion directe, soit par mécanisme réflexe».

(J. DECHAUME , C. ANTONIETTI et Coll)

Essai de synthèse

Nous entrevoyons le rôle éminent du système sympathique et plus particulièrement du ganglion latéro-vertébral :

- "puisque c'est lui qui permet la projection périphérique d'un influx autonome, mais il demeure soumis à l'action hypothalamique antérieure."

Il présente enfin un intérêt neurologique capital. Grâce à lui, nous pouvons maintenant succinctement définir les trois entités neurologiques que sont :

- le myotome , régi par le motoneurone somatique
- le viscérotome régi par le motoneurone autonome

- le dermatome, régi par la juxtaposition du protoneurone extéroceptif et du deutoneurone périphérique.

Ils dépendent tous trois d'un même segment médullaire ou myélomère.

Que l'on ne se trompe pas ceci est l'explication de la réflexothérapie, qui est la traduction de la vieille acupuncture chinoise sur la base de nos acquis occidentaux d'embryo-anatomo-immuno-neurophysiologie.

Rôle du système autonome sur l'appareil respiratoire

Le système sympathique étant en première ligne, révisons sa fonction spécifique au niveau des trois premiers métamères thoraciques. Une fois de plus LAZORTHES nous éclaire :

- "d'après la plus part des auteurs (BRODIE, BRAEUCKER, DANIELOPOLU) les fibres parasymphatiques venues du pneumogastrique sont bronchoconstrictrices ; les fibres sympathiques venues des 2ème et 3ème segment médullaire dorsaux et qui traversent le ganglion étoilé et les ganglions thoraciques sont broncho-dilatatrices."

Nous tenons notre explication neurophysiologique :

- l'équilibre orthosymphatique et parasymphatique est rompu du fait d'une irritation segmentaire de la chaîne orthosympatique, les facteurs de risque d'une bronchoconstriction avec augmentation des sécrétions sont au premier plan, et la crise d'asthme guette.

Correction des troubles de la statique

Manipulations dorsales

A partir de ces constatations la décision de pratiquer une manipulation libératrice de D1, D2 et D3 s'impose. Nous pouvons affirmer que les résultats sur les asthmatiques sont en tous points remarquables, mais pas suffisamment prolongés, car la restriction de mobilité de ces trois vertèbres réapparaît à plus ou moins long terme, si nous omettons l'étape essentielle suivante.

Manipulations sacro-iliaques

Afin de consolider ces résultats, et partant du principe que c'est l'affaissement du terrain qui est responsable de l'inclinaison de la tour de PISE, nous attachons à corriger la mal-position spatiale du sacrum par des techniques manipulatives de la sacro-iliaque.

Un cliché radiologique du bassin de face les membres inférieurs en rotation interne prend ici toute son importance, de même que la mensuration comparative de la distance spino-calcanéenne (verticale abaissée de l'EIAS au sol).

Certes nous avons parfaitement conscience d'entrer dans le monde mouvant du blocage de l'articulation sacro-iliaque c'est-à-dire du sacrum en nutation, ou en contre nutation défini par les vertébrothérapeutes. En effet si MAIGNE ne doute pas de l'efficacité de ces manoeuvres, il en discute l'interprétation et pense :

- "que les contractures musculaires lombosacrées, liées à des petits dérangements du rachis lombaire sont sûrement la cause la plus fréquente des fausses jambes courtes» dans la mesure où «l'existence des blocages sacro-iliaques n'est guère vraisemblable

que chez la femme enceinte ou après accouchement, ou chez les hyperlaxes."

Pour ce qui nous concerne, loin des discussions d'écoles, notre objectif est l'obtention de ***l'équilibre horizontal du bassin*** et de ***l'harmonie en station bipodale*** de la ***réparation des pressions plantaires*** dont la pérennité sera assurée par le travail d'un podologue qualifié.

Au total l'étude systématique de la statique et la correction de ses troubles chez les asthmatiques nous paraît être une voie thérapeutique incontournable.

Réflexothérapie et maladie asthmatique

Toutes nos lectures de neurophysiologie nous orientant vers le secteur cutané, nous effectuons chez nos asthmatiques une réflexothérapie large centrée sur les trois premiers dermatomes thoraciques.

Celle-ci peut être pratiquée de multiple façons, de l'utilisation d'un simple gant de crin aux machines les plus complexes.

Notre propos n'est pas ici de développer les mérites comparés des différentes techniques, mais bien plutôt de porter l'accent sur un phénomène cutané qui nous est apparu intéressant .

Mais tout d'abord relisons CHAUCHARD :
- «Il existe plusieurs formes de douleurs indépendantes: à la douleur claire, aiguë, brève et superficielle de la piqûre bien localisée, il faut opposer la douleur sourde, diffuse, angoissante, profonde, souvent à type de brûlure. Fréquemment la disparition de la sensibilité fine de la piqûre va de pair avec une exagération de la sensibilité de brûlure».

Par ailleurs, l'auteur précise la fonction du système autonome :

- "le sympathique joue un double rôle et comme nerf vasculaire et comme support d'une partie de la sensibilité douloureuse."

Nous n'avons donc pas été surpris outre mesure de constater deux cas de figures lors de la stimulation cutanée à l'aide d'un petit marteau garni de sept aiguilles (marteau traditionnel chinois). Soit une sensation de piqûre ressentie par le patient et accompagnée d'une vasodilatation cutanée, soit une sensation de brûlure anxiogène avec une vasoconstriction.

Cette triade (brûlure, anxiété, vasoconstriction), de localisation dermatomique, signe une pathologie du métamère correspondant et possède :

- une valeur pronostique remarquable.

Conclusions

La constatation chez l'asthmatique d'une asymétrie d'ampliation thoracique portant sur les trois premiers segments dorsaux, et le rappel de quelques notions d'ordre neurophysiologique, nous a conduit à échafauder un schéma thérapeutique.

A la restitution du jeu articulaire physiologique de D1, D2, D3, pérennisée par un équilibre spatial retrouvé du sacrum, nous associons une réflexothérapie appliquée aux trois premiers dermatomes thoraciques.

Le recul depuis 1984 nous donne la force de l'affirmation.