

Intérêt des mobilisations vertébrales dans le traitement des angors vertébro-coronariens

par le Dr H. CARDIN

L'exposé que je vais vous faire sur les résultats du traitement de mobilisations vertébrales dans les angors vertébro-coronariens, a été l'objet d'un travail de thèse en Médecine, faite à la Consultation de Cardiologie de l'Hôpital Rothschild, à Paris, sous les directives de M. BERNAL, Chef de Consultation et de ses Assistants, les Drs ABITBOUL et PERRIN.

Auparavant, le Dr PERRIN, Cardiologue, et le Dr JURMAND, Rhumatologue, Assistant de M. de SÈZE, nous faisaient confiance, depuis près de dix ans, dans les traitements par mobilisations vertébrales des radiculalgies les plus diverses.

C'est à l'occasion d'une amélioration, très importante, par mobilisations vertébrales d'un état coronarien, chez un malade traité pour névrite-cervico-brachiale gauche, que le Dr BERNAL, en octobre 1957, nous permit de réaliser ce travail.

Les angors vertébro-coronariens ont été étudiés par bien des auteurs : William HEBERDEN, POTAIN, HUCHARD, GALLAVARDIN, LIAN, BOAS et LÉVY, et les Rhumatologues, MM. de SÈZE, FORESTIER, COSTE, RICARD, RAVAUULT et VIGNON, mais c'est le mérite des Cardiologues lyonnais, FROMENT et GONIN, d'en avoir fait en 1956, une analyse clinique et expérimentale détaillée, d'en avoir tiré des données pathogéniques et trouvé une thérapeutique : la vertébrothérapie sur table de traction.

Nous avons substitué au traitement par table de traction, les mobilisations manuelles parce que nous étions spécialiste de cette technique qui, avec des modalités bien particulières, nous paraît plus douce, plus adaptée aux cardiaques supportant mal le décubitus prolongé, et surtout plus élective, ce qui nous permettra peut-être dans l'avenir, de trouver une systématisation intéressante pour mieux comprendre la pathogénie de ces états.

Nous allons rapidement rappeler ce que sont les angors intriqués et spécialement les vertébro-coronariens.

Cliniquement, les anomalies de la douleur coronarienne se rangent dans les trois cadres suivants :

- a) irradiation ou projection anormale des influx douloureux ;
- b) mode de déclenchement inusité des paroxysmes se surajoutant le plus souvent aux crises d'effort ;
- c) Évolution générale atypique de la maladie coronarienne réalisant souvent un véritable état de mal angineux chronique.

2/ En exemple, les douleurs vertébro-coronariennes seront plus longues que celles de l'angor pur, avec des pesanteurs précordiales de longue durée. Le siège initial de la douleur sera parfois dans le dos, sur la nuque, le long du bras, droit ou gauche ; des troubles vaso-moteurs, la sensibilité de la peau et des muscles seront plus fréquemment observés.

Le déclenchement des crises précordiales se fera, non seulement par l'accélération de la marche, mais à l'occasion d'un mouvement du bras, d'une secousse du tronc, ou bien au paroxysme d'une crise de N.C.B.

L'état de mal angineux est fréquent chez ces malades, avec prédominance de douleurs nocturnes, de nombreuses crises journalières, malgré le repos, Les dérivés nitrés n'agissant pas ou peu.

En dehors de ces caractères modifiant ceux de l'angor pur, les vertébro-coronariens ont des caractères propres, en rapport avec l'irritation d'une zone vertébrale particulière.

Au niveau de la colonne cervicale : association fréquente avec le syndrome de BARRÉ et LIEOU : céphalées, vertiges, bourdonnements d'oreilles, nausées, troubles oculaires, asthénie, etc... Irritation au niveau du carrefour bucho-laryngo-trachéal, gêne et chatouillement laryngé, salivation, oppression respiratoire.

Au niveau de la colonne dorsale : crises d'éruclations, ballonnements épigastriques, parfois douleurs solaires

Le retentissement cortical de ces états est concrétisé par des sensations de malaises, d'angoisse pendant les crises, d'inquiétude en dehors d'elles, perturbation des fonctions vitales : souvent perte du sommeil, asthénie, perturbation des centres vaso-moteurs, sueurs, pâleurs, sensation de soif.

A l'examen, pas de modification stéthacoustique, ni radiologique. L'E.C.G. en crise, révèle, la plupart du temps, soit une ischémie sous-endo-cardique, avec sous-décalage de R.S.T., soit sous-épicaudique, aplatissement ou inversion de T.

Parfois, pas de signes, E.C.G., sauf ceux d'antécédents d'infarctus, d'hypertrophie, surcharge, troubles de conduction.

Pour illustrer notre travail de désintrinsication des angors vertébro-coronariens par mobilisations, je vais résumer quelques-unes des observations faites à la Consultation de Cardiologie de l'Hôpital Rothschild, sous les directives de M. BERNAL.

Nous avons obtenu, dans tous les cas, une amélioration clinique importante, parfois complète et qui s'est maintenue actuellement avec un recul de deux ans à un an, et dans plus de la moitié des cas, nous avons obtenu une amélioration de l'E.C.G. très nette.

Il faut noter que pendant le traitement de mobilisations vertébrales l'on a exclu toutes les médications vaso-dilatatrices coronariennes.

Madame B. 48 ans - N° 14.

Malade présentant une gêne permanente douloureuse précordiale avec des paroxysmes de douleurs épigastriques, associées à des crises d'éruclations ballonnements - des douleurs dorsales inter-scapulaires - des douleurs cervicales avec syndrome de BARRÉ et LIEOU : céphalées, vertiges, etc..... des sensations de lipothymies, etc....

Un E.C.G., après une épreuve d'effort en V5 et V6 montre un sous-décalage de 1 millivolt de ST et un T aplati.

2^{me} PROJECTION

Après traitement : normalisation du sous-décalage de ST et un T nettement positif V5 et V6.

RECUJ:

Depuis plus d'un an aucune douleur n'est réapparue.

Madame W. - N° 6.

Femme de 54 ans, hospitalisée 3 semaines, à deux reprises, pour crises longues d'insuffisance coronarienne, présentant une intrication sévère vertébro-neuro-endocrino-coronarienne, se composant de fond douloureux précordial permanent, crises d'angor paroxystiques, syndrome d'arrêt de 50 mètres, d'une N.C.B. droite, de dorsalgies diffuses de D 1 à D 10, d'un syndrome de BARRE et LIEOU, vertiges, céphalées, etc... une P.S.H. gauche, de bouffées de chaleur, d'angoisses, etc....

Désintrication - amélioration très nette du syndrome coronarien et du syndrome neuro-endocrinien par mobilisations vertébrales.

PROJECTION E.C.G.

T. négatif en AVF et VI avant traitement.

2^{me} PROJECTION

T. positif en AVF et VI après traitement.

RECUJ:

Depuis un an les douleurs précordiales n'ont pas réapparu, sauf très rarement pour des efforts importants, les diverses radiculalgies ont disparu, exception faite d'une dorsalgie depuis un mois - nous allons reprendre un traitement - l'état général est amélioré.

Madame M..... - N° 4.

Cette malade de 60 ans est un exemple type de désintrication en trois phases et trois traitements Elle présentait depuis six mois des précordialgies en fond douloureux permanent et des paroxysmes intriqués avec une N.C.B. gauche C7 - C8.

1^{re} séance : diminution de l'intrication vertébrale,

2^{me} séance : disparition des radiculalgies - diminution des précordialgies,

3^{me} séance : disparition des deux facteurs.

PROJECTION E.C.G.

Avant traitement : T1 plus petit que T3 sur cœur horizontal et TV 6 isodiphasique.

2^{me} PROJECTION

Dix-sept jours après T1 plus grand que T3 sur cœur horizontal - TV 6 nettement positif

RECUJ:

Depuis deux ans les douleurs n'ont jamais réapparu. - Retraitée en Auvergne, elle fait un travail normal.

Monsieur M. - N°3.

Homme de 79 ans, présentant plusieurs fois par jour, au moindre effort des douleurs précordiales et des douleurs radiculaires de N.C.B., ces dernières déclanchant et amplifiant les premières.

Désintrication des douleurs, puis amélioration considérable des crises précordiales. Le malade peut à nouveau monter le charbon de sa cave. La marche normale ne déclanche pas de douleurs, les douleurs de N.C.B. gauche ont cédé.

TV 6 isodiphasique avant traitement.

2^{me} PROJECTION

Le TV 6 est redevenu positif.

RECU:

Depuis un an et demi cet homme, qui a près de 81 ans n'a plus ressenti de douleurs précordiales ni radiculaires.

Madame F. - 58 ans. N° 1

Infarctus postérieur en juillet 1954.

Diagnostic actuel - angor I.V.G. - H.T.A.

Avant traitement par mobilisations vertébrales le 11 décembre 1957 et depuis trois ans et demi :

Douleurs précordiales strictives provoquées par la marche, le moindre effort, une émotion - deux à trois crises par jour, durée de 20 à 30 minutes.

N.C.B. gauche C7 - C8, plus dyesthésies, dorsalgies diffuses.

Douleurs non calmées par la Trinitine.

Intrication vertébro-coronarienne.

Douleurs concomitantes dans les fortes crises précordiales et radiculaires.

Symptômes additionnels.

Syndrôme de BARRE et LIEOU : céphalées, vertiges, troubles de la vue, asthénie, etc. associé à la cervicalgie gauche.

PROJECTION

Radios : uncodiscarthrose de C4 à C7.

Après traitement par mobilisations vertébrales la 16 avril 1958

L'E.C.G. majoré par I.V.G. n'a pas changé

Disparition des douleurs précordiales

Disparition de la N.C.B.

Disparition des dorsalgies

Disparition du syndrôme de BARRE et LIEOU.

Nous avons un recul de deux ans : aucune réapparition des crises douloureuses. Ne se plaint que d'essoufflement à l'effort - est traitée régulièrement pour H.T.A.

Monsieur C. - N° 5.

Angor atypique chez un homme de 75 ans, douleurs à type de point douloureux précordial de longue durée, non rythmées par l'effort, mais cédant en partie à la Trinitine. N.C.B. gauche rebelle aux traitements médicaux depuis plusieurs années.

Disparition de toutes les douleurs et modifications électrique par mobilisations vertébrales.

L'intérêt de cette Observation est de montrer la possibilité de traiter, par mobilisations manuelles, après une longue préparation Masso-thérapique un rachis extrêmement fragile.

PROJECTION

Arthrose très importante - pincement total et sub-total des disques C7 - C6 — C6 - C5 — C4 - C5. Redressement brusque postérieur de la courbe cervicale C4 - C5 - C6 - remaniement osseux très important.

E.C.G. - Projection :

TV4 plat avant traitement.

2^{me} Projection :

TV4 nettement positif.

RECU

Depuis deux ans, malade en très bon état - quelques récives discrètes ont été traitées rapidement et entièrement par mobilisations mais l'intrication n'est jamais réapparue.

Monsieur C. - N° 9.

Homme de 54 ans - infarctus antéro-latéral haut en Octobre 1957. Depuis cette date présente un fond douloureux précordial permanent avec crises paroxystiques déclenchées

