Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1964)

Heft: 199

Artikel: Les algies du membre supérieur

Autor: Bovilier, J.M.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929898

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: 17.07.2025

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

Les algies du membre supérieur

Extrait de «En bref» No. 41 de Juin-Juillet 1960, par J. M. Bovillier

Le diagnostic et le traitement d'une douleur du membre supérieur posent au médecin praticien des problèmes quotidiens. Si la névralgie cervico-brachiale rhumatismale est certainement la plus fréquente, elle ne saurait faire oublier la possibilité d'algies d'autre origine survenant dans le même teritoire. Nous envisagerons successivement ces différentes éventualités.

I. — La névralgie cervico-Brachiale

Elle est très fréquente et s'observe chez l'adulte des deux sexes, mais surtout chez la femme entre 40 et 60 ans.

A) le début

Il est parfois brutal, en une nuit ou en quelques heures; ailleurs la douleur s'installe progressivement en quelques jours ou semaines, suivant une allure descendante du cou vers les doigts. La précession à court terme de douleurs de la nuque ou des épaules n'est pas rare. La notion d'un facteur déclenchant : traumatisme, coup, effort, etc., n'apparaît que dans un quart des cas.

B) Les données de l'interrogatoire

L'intensité de la douleur est variable, parfois atroce, ailleurs très supportable, n'entravant que peu l'activité.

Le type de la douleur : il s'agit souvent de crampes, d'élancements, d'écrasements au niveau du bras ou de l'avant-bras; elle comporte très souvent un élément paresthésique aux doigts et à la main.

La douleur est aggravée par la toux, léternuement et surtout par le décubitus.

Elle est parfois calmée par certaines positions du bras, notamment la mise de la main sur la tête.

La douleur est unilatérale, frappant généralement tout le membre supérieur, depuis le cou jusqu'aux doigts, n'ayant grossièrement aucune topographie précise. En fait, l'interrogatoire soigneux permet souvent de préciser une topographie radiculaire. Schématiquement on distingue :

— *La radiculalgie C 5 :* bord externe du bras jusqu'au coude.

— *La radiculalgie C 6 :* face antérolatérale de l'épaule et du bras, face externe de l'avant-bras et pouce.

— *La radiculalgie C 7 :* la plus fréquente, face postérieure du bras, de l'avant-bras et trois doigts médians (index et médius surtout).

— *La radiculalgie C 8 :* bord interne du bras, de l'avant-bras et deux derniers doigts

Mais les irradiations sont fréquentes vers l'omoplate, la région mammaire, les régions occipitales ou temporo-faciales.

La névralgie, parfois diffuse, se localise par moment avec prédilection en certains endroits pouvant faire penser à des lésions rhumatismales localisées.

C) Les données de l'examen clinique

L'inspection

On note parfois une inclinaison de la tête et du cou, soit du côté sain, soit du côté malade, mais surtout une limitation des divers mouvements du cou : rotation, inclinaison latérale, extension, alors que la flexion est généralement conservée : en fait cette raideur douloueuse varie beaucoup selon les sujets.

L'inclinaison du cou du côté malade, associée à la pression sur la tête aggrave souvent la douleur, alors que l'élongation du cou la calme.

La palpation

Elle révèle souvent des points douloureux sur la face antéro-latérale du rachis à l'émergence de la racine intéressée.

Les mouvements de l'épaule sont en règle libres.

La douleur provoquée par les mouvements d'extension radiculaire (signe de Lasègue du bras) est très inconstante.

L'examen neurologique

qu'on pratique systématiquement est presque toujours négatif, tout ou plus peut-on parfois noter :

— Une légère diminution de la force musculaire dans la flexion ou l'extension de l'avant-bras.

— Parfois une discrète amyotropie dans les formes évoluant depuis longtemps.

— De très discrets troubles de la sensibilité objective.

— Une légère diminution des réflexes ostéo-tendineux (leur abolition étant exceptionnelle).

— Enfin, des troubles vasomoteurs sont, eux aussi, très inconstants et généralement très discrets.

— Il n'y a pas de signes de compression médullaire.

D) Les signes radiologiques

L'existence d'une algie du membre supérieur commande un examen radiologique du rachis cervical : face, profil et deux obliques.

Il peut être entièrement négatif.

Cependant, dans la majorité des cas, il met en évidence des signes de *discopathie* ou *d'arthrose :*

La discopathie cervicale

se traduit par :

— un pincement du disque;

— de discrets décalages vertébraux;

— des dysharmonies de courbure;

mais ces deux dernières modifications n'ont de valeur que si elles persistent identiques sur plusieurs films pris en flexion ou en extension.

L'arthrose cervicale

est en général une discarthrose, caractérisée par :

— le pincement du disque;

— la condensation osseuse marginale;

— l'ostéophytose.

— Cette dernière est très souvent exubérante sur l'unicus (unco-discarthrose), et fait saillie dans le trou de conjugaison, comme le révèlent les films pris en oblique.

— L'arthrose inter-apophysaire postérieure est plus rare.

— En général, il y a concordance entre le siège de la lésion discale et la topographie de la radiculalgie.

En fait, les altérations radiologiques ne sont pas indispensables au diagnostic. On sait qu'elles sont banales et fréquentes chez les sujets ne se plaignant d'aucune douleur et qu'elles peuvent totalement manquer en présence d'une authentique névralgie cervico-brachiale. De plus, il n'y a aucun parallélisme entre l'importance des lésions radiologiques et l'intensité de la douleur.

E) Evolution

C'est dans l'ensemble une affection bénigne qui guérit en quelques jours ou semaines sans laisser de trace.

Parfois l'évolution est plus sévère, soit parce que la douleur revêt un caractère très intense, soit parce qu'elle se prolonge et résiste au traitement. Elle peut alors se poursuivre pendant des mois et la guérison survient tardivement, souvent au prix de séquelles paresthésiques et non sans que le psychisme du malade ait été éprouvé par la ténacité des douleurs et de l'insomnie.

Les récidives vraies ne sont pas fréquentes.

Les complications sont très rares et ne se voient que dans de très rares cas de hernie discale cervicale volumineuse ou d'ostéophytose cervicale exubérante, il s'agit alors de paralysie, amyatrophie, atteinte médullaire. Seule une péri-arthrite scapulo-humérale complique assez souvent certaines formes prolongées.

F) La pathogénie

est fort mal élucidée et à côté du rôle des discopathies, des discarthroses, il y a certainement lieu de faire une place importante à des phénomènes purement vasculaires.

G) Le traitement

est variable suivant les cas.

Il comporte toujours :

— le repos;

— des médications antalgiques et anti-inflammatoires généralement mineures, sauf dans les névralgies cervico-brachiales intenses et prolongées.

Parfois sont nécessaires :

— la radiothérapie à dose anti-inflammatoire;

— les tractions cervicales sur table de vertébro-thérapie;

— exceptionnellement se discute une intervention chirurgicale pour libérer les racins des éléments qui les compriment.

II. — Les douleurs osseuses et articulaires

Les douleurs provoquées par les atteintes des diverses articulations du membre supérieur sont généralement faciles à reconnaître en raison de leur siège, des signes cliniques et radiologiques qui leur sont propres. Une difficulté peut surgir, rappelons-le, en ce qui concerne certaines péri-arthrites scapulo-humérales, car :

Une névraglgie cervico-brachiale peut

donner des douleurs strictement localisées à l'épaule.

Une péri-arthrite scapulo-humérale peut être secondaire à une névralgie cervico-brachiale.

Certaines péri-arthrites peuvent être hyperalgiques et la douleur peut parfois irradier dans le bras, l'avant-bras, voire les doigts.

Les tumeurs osseuses se discutent peu, elles sont généralement facilement reconnues par leurs signes cliniques et radiologiques.

III. — Les douleurs vasculaires

Elles ne posent que peu de problèmes.

Les artérites et les phlébites sont rares au membre supérieur, elles ont une sémiologie clinique très particulière.

La maladie de Raynaud a aussi une physionomie très spéciale avec ses crises syncopales ou asphyxiques bilatérales des doigts.

L'érythromélalgie est très rare, elle est caractérisée par des sensations de brûlures des extrémités qui deviennent rouges et chaudes lors des paroxysmes douloureux.

Rappelons l'hésitation parfois possible entre une banale douleur du membre supérieur, surtout à gauche, et les irradiations d'une douleur d'*Angor d'effort*, surtout dans ses formes décapitées; le déclenchement à l'effort, la cédation avec l'arrêt de celui-ci, doit faire soupçonner l'origine coronarienne et faire pratiquer un électrocardiogramme.

IV. — Les douleurs symptomatiques des lésions du système erveux

Ce chapitre est beaucoup plus complexe, car une douleur simulant la plus authentique névralgie cervico-brachiale peut être en rapport avec une lésion nerveuse;

— Compression des troncs nerveux;

— Compression des racines;

— Beaucoup plus rarement, maladie du système nerveux central, ou atteinte radiculo-névritique d'origine infectieuse.

Les algies symptomatiques d'une affection neurologique se distinguent en principe aisément de la névralgie cervico-brachiale rhumatismale parce qu'elles sont très violentes, souvent bilatérales, rebelles aux traitements antalgiques usuels et surtout parce qu'elles s'accompagnent de signes neurologiques déficitaires patents.

En fait, le diagnostic peut être très difficile au début, quand la symptomatologie n'est que douloureuse, ce qui peut être le cas pendant un temps plus ou moins long.

a) La compression des troncs nerveux

Elle peut être réalisée par :

— *Des adénopathies* généralement de nature cancéreuse ou en rapport avec une hémopathie maligne.

— *Un cancer de l'apex pulmonaire*, qui se traduit par de violentes douleurs, une paralysie du plexus brachial, un syndrome de Claude-Bernard Horner, une adénopathie sus-claviculaire et à la radio par une ombre dense localisée à l'apex, même parfois par des érosions costales.

— *Les côtes cervicales.* — L'anomalie anatomique n'est pas exceptionnelle, mais elle est rarement cause de douleur isolée du membre supérieur; on pourra cependant y penser :

Quand la douleur siège sur le bord interne du membre supérieur et s'accompagne de paresthésies du bord cubital de la main et du cinquième doigt;

Lorsque les douleurs sont aggravées par le port d'objets lourds et la pression du creux sus-claviculaire;

Surtout lorsqu'il existe des signes vasculaires associés qui, eux, sont plus évocateurs d'une côte cervicale.

— *Le rétrécissement du défilé des scalènes (syndrome des scalènes).* De nombreux signes et tests ont été donnés pour authentifier ce syndrome, qui paraît aujourd'hui à la majorité des auteurs très discutable; même s'il existe parfois, il ne représente pas une cause habituelle d'algie du membre supérieur.

b) Compression des racines

Les racines peuvent être comprimées par une lésion rachidienne ou intra-rachidienne. A la sémiologie douloureuse radiculaire s'ajoutent des signes lésionnels neurologiques et rachidiens, parfois un syndrome sous-lésionnel. La radiologie osseuse est indispensable, l'étude biologique et manométrique du liquide céphalo-rachidien, le transit lipiodolé sont souvent utiles.

• *Les lésions rachidiennes* sont en règle faciles à reconnaître :

— Cancer secondaire des os;

— Mal de Pott;

— Beaucoup plus rarement, il s'agit d'une spondylite infectieuse, d'une fracture vertébrale, d'une spondylathrite ankylosante.

• *Parmi les lésions intra-rachidiennes*

Le neurinome est une des plus fréquentes. On doit tout spécialement y penser devant des douleurs nocturnes ou à très nette recrudescence nocturne, s'accompagnant d'une contracture des muscles de la nuque. Il est nécessaire de rechercher un élargissement du trou de conjugaison sur les clichés de profil, mais celui-ci n'est pas constant et le diagnostic de neurinome exige souvent la pratique d'autres examens complémentaires. Le traitement est uniquement chirurgical.

c) Beaucoup plus rarement il s'agit de douleurs du membre supérieur en rapport avec une atteinte infectieuse radiculo-névritique ou une maladie caractérisée du système nerveux central comme : une atteinte du lobe pariétal, un syndrome thalamique, une syringomyélie.

V. — La causalgie

Elle a des caractères très spéciaux : sensation de brûlure, de piqûre d'aiguille, de fourmillement des doigts rappelant le réchauffement de l'onglée.

Elle se localise surtout à la paume des mains, mais peut empiéter sur l'avant-bras ou le bras.

Elle est plus superficielle que profonde.

Elle est exaspérée par la plus légère pression cutanée, les applications chaudes et sèches.

Elle est calmée par les applications humides et froides.

Elle s'accompagne de troubles vaso-moteurs et trophiques très importants.

Les circonstances de survenue sont assez particulières : elle apparaît dans les jours ou les semaines qui suivent une plaie ou un traumatisme souvent discret de l'extrémité du membre.

L'évolution de cette causalité est variable : certaines formes guérissent au bout de quelques mois, d'autres persistent des années, retentissant gravement sur l'état général.

La causalgie est considérée comme le type de l'algie sympathique et est améliorée par les traitements médicaux ou chirurgicaux à visée sympathique.

VI. — L'acroparesthésie douloureuse Nocturne

C'est une affection très fréquente qui frappe presque uniquement la femme à l'âge de la ménopause.

Les troubles sont le plus souvent bilatéraux et consistent en paresthésies des doigts et de la main avec impression de fourmillements et d'engourdissement, auxquels s'ajoutent parfois des sensations de gêne motrice des extrémités digitales et parfois des douleurs assez vives de topographie imprécise.

Ces troubles ont un horaire nocturne et apparaissent surtout dans la deuxième moitié de la nuit, réveillant les malades. Lors du lever, les troubles disparaissent et ne se manifestent habituellement pas pendant le jour, sauf parfois lors de certaines attitudes du bras.

— *L'examen* est pratiquement toujours négatif, mais l'interrogatoire permet de mettre en évidence très souvent des signes manifestes de dystonie vago-sympathique.

— *L'évolution* est très capricieuse, le plus souvent les troubles disparaissent en quelques semaines ou quelques mois, ils ne persistent qu'exceptionnellement pendant plusieurs années. Certaines formes sont très douloureuses et nécessitent une thérapeutique active.

— *La pathogénie* de cette affection est très discutée et pour beaucoup d'autres l'acroparesthésie se rattache étroitement dans son mécanisme à la névralgie cervico-brachiale dont elle ne serait qu'une modalité paresthésique, dégradée en quelque sorte.

— *Le traitement* doit tenir compte des données étio-pathogéniques et s'efforcer de corriger les déséquilibres neuro-végétatifs. On ne fera appel aux agents physiques, aux infiltrations stellaires que très rarement dans les cas rebelles. Les tractions ou manipulations vertébrales utilisées quand existent des signes manifestes de lésion discale donnent quelques succès, mais de façon inconstante.

*

SCHWEIZER MASSEURE
verwenden
Schweizer Moor!

Neuzeitliche Moor-Therapie mit **YUMA-MOORBAD und YUMA-Moorschwefelbad.**
Schlammfrei! Kein Absetzen! Alle Moor-Wirkstoffe in völlig wasserlöslicher Form. 2 dl auf 1 Vollbad. Sofort gebrauchsfertig.

Einzigartige Erfolge bei:

Rheuma
Ischias
Gicht
Muskel-,
Haut-,
Frauen-
Leiden

YUMA-Moorzerat-Packung
für Gelenk- u. Teilpackungen.
Anwendungstemp.: 60 Grad.
Wärmehaltung: 1—3 Stunden.
Saubere Handhabung.

Neue Behandlungsschalen. — Literatur und Muster durch:

Einziges Verarbeitungswerk für **Schweizer** Moor:

YUMA-AG GAIS
Gesellschaft f. Schweizer Moor

VERBANDSARTIKEL

mit Marke ZÜRICH **sind Vertrauensartikel**

Chemisch reine Verbandwatte
in Zickzack-Lagen und Presswickeln
Floc praktischer Wattezupfer und Nachfüllpackung
Kanta solide Gazebinde mit festgewobenen, nicht fasernden Kanten; kleinste Breiten 1 und 2 cm
Gazebinden in allen Breiten
Imperma wasserfester Wundverband
Excelsior elastische Idealbinden
Elvekla elastische Verbandsklammern
Compressyl Salbenkompresse, vorzüglich bei Hautverletzungen und Verbrennungen
Rumex Taschentücher aus Zellstoffwatte
Hymona Damenbinden
Silvis Gesichtstüchlein
Interessenten lassen wir auf Wunsch bemusterte Offerte zugehen

Verbandstoff-Fabrik Zürich AG
Zürich 8 Seefeldstr. 153 Tel. (051) 24 17 17

wizard

Fusstützen
Krampfaderstrümpfe
Sportbandagen

L. GROB + P. TREFNY jun.
Beckenhofstr. 54, Zürich 6, Tel. 26 10 42

Zur
Weiterbildung
im Beruf

stehen 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, Binzmühlestrasse 85
Zürich 50, Telefon 46 66 08

Fräulein
Anna Wöelfle
Kornhausstr.50

Z ü r i c h

AZ
THALWIL

Redaktion: Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistr. 53, Thalwil
Für den französischen Teil: A. Ruperti, Avenue Druey 15, Lausanne
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Buchdruckerei W. Plüss, Zeughausstrasse 17, Zürich 4
Erscheint 2-monatlich

BUCHDRUCKEREI W. PLÜSS, ZÜRICH