

DEAUVILLE - AVEF

1987

Avant de vous parler de l'ostéopathie elle-même, je voudrais dire quelques mots sur le principe même des manipulations et leur justification. Les controverses qu'elles entraînent proviennent d'un malentendu qu'il faut régler avant tout.

LES VERTEBRES SE DEPLACENT et heureusement qu'elles le font puisque c'est ce que permet les mouvements du dos et donc de tout le corps !

Par contre elles ne se déboitent pas et de se démettent pas plus, et lorsqu'elles se déplacent c'est en accompagnant les mouvements physiologiques.

La pathologie apparaît lorsque l'une d'elles ne se déplace plus, et qu'elle est solidarisée à sa voisine par un spasme.

C'est le fait qu'une vertèbre bloquée soit souvent en légère rotation qui a entraîné l'expression populaire de « vertèbre déplacée » : le blocage unilatéral d'une vertèbre induit un déport du sommet de l'apophyse épineuse qui n'est alors plus dans l'alignement des autres du même segment. Lors d'une manipulation, on ne dépasse pas la laxité normale.

IL N'Y A DONC JAMAIS DE VERTEBRES DEPLACEES QU'ON REPLACE NI DE VERTEBRES DEMISES QU'ON REMET, PAR CONTRE IL Y A SOUVENT DES VERTEBRES BLOQUEES QU'IL SUFFIT DE DEBLOQUEES.

Tout ce qui va suivre dépend de ce détail et ceux qui ne veulent pas le comprendre entretiendront chez leurs clients la croyance en une certaine sorcellerie : lorsque certains affirment à qui veut l'entendre qu'une telle façon de soigner est indispensable et scientifiquement impossible, c'est à cause d'eux que le client qui voit les résultats tangibles conclut à un don magique. Les ostéopathes ne revendiquent aucun don mystérieux, et si vous avez bien suivi ce que j'ai dit, les sceptiques sont responsables de l'image ésotérique de la médecine ostéopathique (alors qu'elle est basée sur des notions parfaitement matérielles). Pour les clients qui ont bien compris la démarche ostéopathique, les sceptiques sont tout simplement des gens qui n'ont pas compris.

Le peu de temps dont nous disposons aujourd'hui m'oblige à m'en tenir qu'aux grandes lignes, et après vous avoir dit en quoi consiste l'ostéopathie, je vais surtout vous donner une façon de vérifier mes affirmations en vous permettant par la même occasion de disposer de moyens supplémentaires de diagnostic en clientèle courante.

- -

Les manipulations, vertébrales ou autres, sont pratiquées par plusieurs sortes de thérapeutes qui ne sont pas forcément ostéopathes.

Ce n'est pas le fait de pratiquer des manipulations qui caractérise l'ostéopathie. L'ostéopathie est une façon d'envisager l'équilibre de l'organisme, et donc ses déséquilibres ; elle repose sur deux principes très simples et logiques énoncés par Still il y a une centaine d'années.

Still a dit :

LA STRUCTURE GOUVERNE LA FONCTION

et

LA REGLE DE L'ARTERE EST SOUVERAINE

Il s'agit de termes de l'époque mais la signification en est claire.

Tous les éléments de structure d'un organisme doivent être libres pour qu'il fonctionne normalement. Si un os, un tendon, ou un ligament est immobilisé par un spasme, cela perturbe la circulation localement et dans les territoires situés en aval, que ce soit directement ou par l'intermédiaire de fibres sympathiques.

Le rôle de l'ostéopathe est :

1°) De savoir apprécier la **MOBILITE** et non la position de tous les éléments de maintien. C'est le travail le plus important. Cela se fait par palpation manuelle la plus fine possible et ne s'obtient que par une longue pratique. L'idéal serait de pouvoir ainsi sentir directement la mobilité de tous les éléments, même internes, mais on apprend à apprécier de nombreux problèmes internes par leur retentissement en surface. Ainsi, la colonne vertébrale, par son lien anatomique étroit avec le système nerveux, donne une foule de renseignements sur la pathologie viscérale et l'état des différents mésos et ligaments.

2°) De restaurer la mobilité des éléments bloqués en faisant céder les spasmes installés parfois depuis longtemps. C'est là qu'interviennent les

manipulations qui, je le répète, ne sont qu'un moyen et ne caractérisent pas l'ostéopathie.

3°) De vérifier, par une nouvelle palpation, que tout est rentré dans l'ordre, la résolution de certaines tensions ayant pu parfois révéler d'autres blocages qui étaient camouflés au premier examen.

N'oubliez pas que la lésion ostéopathique est la perte de mobilité et qu'une apophyse épineuse peut être parfaitement alignée tout en étant bloquée, et qu'une autre, peut vous sembler décalées et être cependant libre.

La « lésion ostéopathique » elle-même vous a été parfaitement définie par RICHARD dans le numéro 3 de 1987, de votre revue et je vous invite à relire son article.

Pour vous en rappelez les grandes lignes, c'est la réponse d'un complexe articulaire ayant eu à absorber une contrainte, dans le cas où la réponse persiste après disparition de la contrainte.

Cette persistance de la réponse est le plus souvent due à (et je cite) : « ...une disparité d'information proprioceptive entre les propriocepteurs situés dans le fuseau neuromusculaire et les propriocepteurs extra-fuseaux... »

Les informations de posture qui parviennent au système nerveux sont alors en désaccord avec certaines informations locales et il faut rompre ce cycle infernal qui risque de durer longtemps.

Pour vous illustrer de façon grossière ce qui se passe, je vais vous citer un cas de lésion ostéopathique chez le cheval :

Lorsqu'un cheval a fait un effort d'un membre antérieur en sollicitant trop fort l'étirement de ses anconés, il est parfois affligé ensuite d'une dissymétrie de mouvement se traduisant par un raccourcissement de la foulée de ce membre au pas et une boiterie au pas. Le diagnostic de déchirure musculaire est généralement posé bien qu'il n'apparaisse pas d'œdème (même tardif) du membre.

En fait, lorsqu'il s'agit bien de cet incident d'étirement excessif des anconés, il peut suffire de masser transversalement la base de ces muscles, près de leur insertion sur l'olécrane, pour faire disparaître le symptôme.

Que s'est-il passé ?

Lorsque les anconés ont été étirés, ils ont réagi par une contraction pour éviter le pire, puis ils se sont relâchés. On sent cependant très bien, au niveau de la jonction tendino-musculaire de leur insertion sur l'olécrane, qu'il est resté une petite zone de contracture ; or c'est là que sont situés les propriocepteurs informant le cerveau sur l'état des muscles.

A partir de cette « lésion », le système nerveux se comporte comme si les anconés étaient contractés dans toute leur étendue. Le système d'information est simplifié et l'organisme croit que tout le muscle est resté contracté car il n'a de renseignements qu'en provenance de la toute petite zone de jonction tendino-musculaire. C'est alors en faisant cette erreur d'interprétation qu'il utilise son membre.

Notez bien qu'il n'y a pourtant aucune lésion, au sens anatomo-pathologique du terme. Il s'agit d'une lésion ostéopathique qui n'est en fait qu'un déséquilibre fonctionnel local mais qui peut persister longtemps.

Je vous ai expliqué ce cas parce qu'il faut bien comprendre qu'il se passe la même chose au niveau des articulations en général et des articulations inter-vertébrales en particulier. Le phénomène que je viens de vous décrire se reproduit dans le micro-système musculo-ligamentaire péri-articulaire. Le désaccord entre les multiples informations provenant de l'articulation qui a subi une contrainte se traduit par des contractions anarchiques et une restriction de mobilité. Ce « verrouillage » articulaire est souvent douloureux lui-même, mais il peut ne pas l'être et entraîne alors seulement un porte à faux qui va fragiliser un autre étage.

De toute façon, même s'il n'y a pas de douleur locale, il y a toujours une irritation de fibres sympathiques et un retentissement sur la circulation ou sur la fonction dépendant des fibres sympathiques concernées.

Beaucoup de gens sont enfin prêts à admettre qu'une névralgie sciatique ou crurale peut être liée à un problème de blocage vertébral, et qu'on puisse la résoudre par thérapie mécanique. Peu d'entre eux par contre admettent la possibilité d'attribuer un trouble organique ou fonctionnel à une telle cause mécanique.

Pourquoi les fibres sympathiques ne seraient-elles pas perturbées par les blocages articulaires vertébraux ?

En fait, je vais plus loin : ce sont avant tout et presque exclusivement les fibres sympathiques qui subissent les conséquences d'une lésion ostéopathique. Sachez que les nerfs moteurs importants comme la sciatique ne subissent heureusement presque jamais les contraintes directes du problème vertébral ; c'est le réseau sympathique qui engaine le nerf qui est le premier irrité. Cette irritation provoque un fort œdème local qui enserre le tronc moteur et perturbe ses fonctions. Une autre preuve que les fibres sympathiques sont les premières concernées a été, il y a quelques années, la mise en évidence d'une dérivation des nerfs sympathiques envoyant des fibres dans le corps du disque inter-vertébral.

Si les nerfs sympathiques sont les premiers irrités par les lésions ostéopathiques vertébrales, qu'advient-il alors de l'organe qui se trouve au bout des fibres en question et dont le fonctionnement doit être régularisé par elles ?

J'affirme, parce que je l'ai vu de multiples fois, que l'on peut faire cesser de nombreux troubles organiques ou fonctionnels par manipulation vertébrale.

L'un des cas les plus typiques de ce genre d'action est le traitement de diarrhées chroniques par manipulation de la troisième lombaire.

Le blocage de la troisième lombaire est presque inmanquablement associé à des troubles intestinaux qui vont d'une odeur forte et désagréable de crottins à une diarrhée chronique difficilement contrôlable. La guérison de ces cas par les techniques ostéopathiques m'a amené à conclure que le blocage de L3 entraîne une perturbation des sécrétions de la muqueuse intestinale. Ce changement de pH et de

composition des liquides digestifs déséquilibre la flore intestinale et explique la diarrhée.

Sans chercher plus à vous convaincre, je vais maintenant vous donner une liste des vertèbres et des troubles internes qui peuvent y être associés. Je vous donne cette liste établie au fur et à mesure des cas rencontrés depuis cinq ans, afin que vous puissiez vérifier en clientèle si vous sentez une contracture dans la zone indiquée.

- - -

- OCCIPUT Cheval ayant des difficultés pour être monté
Troubles du comportement – Tristesse – Agressivité
Mouvement asymétrique des postérieurs
- C1 Trouble du comportement et des organes des sens.
Maux de tête – Evite la lumière forte – Troubles oculaires
- C2 Surdents – Inflammation de la gorge – Arrache les rênes
Infection des poches gutturales – Douleur dans la mâchoire
Trouble de mastication – Usure irrégulière des dents
- C3 Syndrome de Wobbler - Mal de chien
- C4 Syndrome de Wobbler - Mal de chien
Se décale au canter (« penche » au galop)
- C5 Se décale au canter (« penche » au galop) – Trouble hormonaux
Problème de thyroïde
- C6

- C7 Engorgement d'un antérieur – Trouble circulatoire du membre avec péritendinite – Névralgie cervico-brachiale – Boiterie d'une épaule
- D1 Névralgie cervico-brachiale – Boiterie d'une épaule – Fragilité du Sympathique – Troubles émotionnels – Problèmes d'alimentation (ganglion stellaire).
- D2/D3 Trébuche – cheval sur « les épaules » - Boiterie d'un antérieur
- Garrot Gêne respiratoire – Bruit métallique cardiaque (D6)
Très raide dans les épaules – Arraches les rênes – Pas rétréci.
- D8-D10 Troubles cardiaque et pulmonaire – Sort du box « sur des œufs »
Diaphragme (D10).
- D12 Estomac – Diaphragme – Ventre ballonné – Tic à l'appui.
- D13 Problème d'estomac – Gastrite – Bâillements.
- D14 Trouble hépatiques – Myosite généralisé – Troubles du foie
- D15 Transpiration excessive – Deuxième suée au box
Fait le « gros dos » – Figé sous la selle.
- D16
- D17 Perturbation des glandes surrénales – Troubles circulatoires
Œdème – Marche à l'amble
- D18 Coliques de stases – Constipation – Petits crottins secs.
- L1 Troubles ovariens – Troubles testiculaires – Monorchide
Douleur du cordon – Marche légèrement en côté, « se traverse »
Douleur inguinale.

- L2 Se déferre les antérieurs – Névralgie sciatique ou crurale
Lumbago du galopeur qui engage trop fort
Néphrite ou insuffisance rénale.
- L3 Diarrhée chronique ou crottins malodorants par perturbation de la flore – Problèmes rotuliens – Troubles du petit intestin
Ne peut pas marcher lentement.
- L4 Faiblesses des jarrets.
- L6 Spasme du col de la vessie (difficulté à uriner, rétention chronique, présentent souvent des engorgements) – Inflammation du col de la matrice – Cervicite – Ne peut pas reculer – Saute plus haut que l'obstacle – Talons faibles aux postérieurs.
- Sacrum Névralgie sciatique ou crurales – Pneumo-vagin
Parisie du rectum, de la vulve ou du pénis
Problème circulatoire des postérieurs et raideur.

**A la suite de cette intervention,
Dominique Giniaux a présenté
pour la première fois aux vétérinaires,
une vidéo sur l'ostéopathie**