



Copyright © Dr. Raphaël Nogier

Le blocage de la première côte

P. NOGIER

Dans le numéro 3 de cette revue, j'ai exposé succinctement le problème de la première côte, auquel je m'intéresse depuis plusieurs années. Il m'a conduit à formuler quelques réflexions, nées d'une longue observation, et j'aimerais vous les livrer.

Ce qui me frappe dans le blocage incriminé, c'est qu'il passe inaperçu la plupart du temps.

Le médecin, consulté pour des troubles divers, souvent sans rapport apparent avec la région atteinte, ne pense pas à faire des radiographies de la ceinture costo-claviculaire.

Quant à celles des vertèbres cervicales, face et profil, elles montrent, comme il sied, des atteintes sans gravité : déplacements vertébraux légers, disparition de la courbure ou remaniement arthrosique, tous signes rendus responsables des troubles présents par le malade. En réalité, on confond cause et conséquence, mais il est, trop souvent hélas, difficile de déceler un blocage costal sur une radiographie. Trop souvent aussi, le sujet, après une chute, ne ressent aucune douleur à la partie supérieure du dos. Il faut alors chercher une voussure unilatérale au niveau des épaules, voussure douloureuse bien souvent à la pression profonde uniquement.

Examinant depuis un an et demi des patients, nouveaux pour la plupart, atteints d'un mal chronique et abandonnés souvent par leur médecin

qui ne peut mettre le doigt sur une lésion, je suis frappé par le nombre considérable de premières côtes bloquées découvertes chez eux. A la limite, un malade sur trois a besoin d'une manipulation costale.

Chaque sujet, de par sa conformation anatomique, présente un cas particulier.

On se rappelle que les troubles recensés sont divers. Ils apparaissent presque toujours brusquement. Un état anxieux les accompagne la plupart du temps et signe la nature sympathique de l'affection. Des perturbations abdominales sont très fréquemment enregistrées : flatulences, troubles du transit, constipation ou diarrhée. Sans oublier les névralgies cervicales ; dorsales ou cervico-brachiales, gênantes, mais bien moins impressionnantes que la « fausse angine de poitrine » avec douleurs dans le dos au moindre effort, au moindre mouvement parfois, et de l'essoufflement.

Tous ces symptômes sont liés à une irritation du ganglion stellaire qui transmet son message pathologique à la chaîne ganglionnaire para-vertébrale.

La manipulation est plus délicate qu'il paraît et l'orientation de la pression manuelle sur la côte varie selon le cas. L'importance de cette pression peut être déterminée à l'aide du réflexe auriculo-cardiaque : tout en prenant le pouls du malade, on appuie la main, selon des directions différentes, au niveau de la première côte. La pression qui



Copyright © Dr. Raphaël Nogier

s'accompagne du réflexe le plus fort
donne l'orientation la meilleure.

La manipulation étant faite – et
bien faite – qu'allons-nous observer ? Un
soulagement immédiat. Oui. Mais va-t-il
persister ? La question a son importance.

Il est prudent de prévenir le malade
qu'un blocage, datant de 10 ou 20 ans et
plus, peut se reproduire assez facilement
par suite de la mauvaise position prise
depuis longtemps par les pièces
osseuses.

On porte un poids trop lourd ; au
cours d'un voyage en chemin de fer on

place une valise dans le filet, et la
première côte se déplace. Une mauvaise
position nocturne peut également
intervenir car, pendant le sommeil, les
compensations musculaires font parfois
défaut.

En dernier lieu, signalons
d'éventuelles étiologies générales, un
« foyer » par exemple – foyer dentaire tout
particulièrement – susceptible de
déterminer - ou du moins d'entretenir – un
blocage par voie-réflexe. Tant qu'un foyer
n'est pas soigné et guéri, un malade reste
sujet à des récurrences toujours regrettables.