



Revue du Rhumatisme 1964;1

Origen cervical de algunas dorsalgias benignas y rebeldes del adulto

R. Maigne

Traducción: F. Colell (GBOIM)

Resumen

El autor atribuye la mayoría de las dorsalgias habituales (tipo dorsalgias de las mecanógrafas) que se presentan como dolores interescapulares unilaterales con un punto de dolor exquisito a la presión siempre situado a un través de dedo de la línea media en T5 o T6 a desarreglos mínimos del raquis cervical inferior. Señala que dolores interescapulares de las mismas características y topografía pueden ser provocados por manipulaciones mal hechas en el raquis cervical inferior, o aparecer tras traumatismos cervicales menores, encontrándose frecuentemente durante las neuralgias cérvicobraquiales radiculares.

La presión con el pulgar, nivel a nivel, en la parte antero-lateral del raquis cervical inferior (C5, C6, C7, análoga a la utilizada cuando se quiere comprimir una raíz cervical sensible en una neuralgia cérvico-braquial) permite casi siempre evidenciar la sensibilidad especial de un nivel cervical en el mismo lado que la dorsalgia. La presión mantenida durante algunos segundos en ese lugar (y solo en ese lugar) despierta o exacerba el dolor vivo dorsal interescapular habitual del paciente.

Este test junto al buen resultado del tratamiento cervical (generalmente manipulaciones, inmovilización con collarín, o radioterapia) le permite afirmar el origen cervical de estas «algias inter-escápulo-vertebrales». Se discute su fisiopatología.



Summary. On the cervical origin of some benign and treatment resistant dorsalgias of adults

In the opinion of the author, a large proportion of common dorsalgias (of the type complained by typists) which present as unilateral interscapular pain with a particularly sensitive spot which is always one finger's breadth front the midline at the level of T5 or T6, are due to minimal changes in the lower cervical vertebrae.

He notes that interscapular pain of a similar topography and character may be precipitated by clumsy movements of the lower cervical vertebrae or may be observed after slight cervical traumas and are commonly found in cervical radiculopathy. Thumb pressure, stage by stage, along the anterolateral aspect of the cervical vertebrae (C5, C6, C7, similar to that used for compression of a sensitive cervical root in cervical radiculopathy), will nearly always reveal a point of particular tenderness at a cervical level, on the same side of the dorsalgia. If the pressure is maintained on such a spot for some seconds (but only on this spot), the familiar interscapular pain is reproduced, or significantly intensified. This test, together with the satisfactory results of cervical treatment - generally by manipulation, immobilisation by a small cervical collar, or heat therapy - justify the author in stressing the commonly cervical origin of these « Interscapulo-vertebral pain». There is a discussion of the physiopathology.

Tras haber observado algunos casos de dorsalgias rebeldes consecutivas a un traumatismo cervical aislado que no pudieron ser aliviadas más que con un tratamiento dirigido a la región cervical, hemos buscado durante algunos años el origen cervical en algunas dorsalgias comunes.

Conocemos el carácter rebelde a la terapia de estas dorsalgias banales y crónicas de las que las más representativas son las de las costureras y las mecanógrafas; también conocemos la pobreza de los signos de los exámenes objetivos. Generalmente se admite que un cierto componente neurasténico

unido a la mala musculatura son las causas esenciales de estos dolores. Es cierto que se encuentran con frecuencia estas dos condiciones pero parece difícil tomarlas como causa inmediata del dolor dorsal, incluso si su presencia lo favorece, aumenta, o mantiene.

Algunos signos que al examen se encuentran constantemente en muchas dorsalgias nos parecen suficientes para afirmar el origen cervical, lo confirman los buenos resultados con el tratamiento que se obtienen de estas constataciones. En resumen, estas dorsalgias se presentan bajo un aspecto clínico bastante estereotipado que es posible individualizar.

Primero resumiremos tres observaciones en las que la dorsalgia puede explicarse de manera totalmente lógica con causas locales.

I) Casos

Caso 1. Sra. P..., 50 años. Fractura de T6 por caída del caballo hace seis años. Aplastamiento cuneiforme del cuerpo vertebral sin ninguna complicación. Posteriormente sufre rebeldes y penosas dorsalgias, sobre todo referidas a la región inter-escápulo-vertebral izquierda. El dolor calma con el reposo, pero a menudo es vivo por la mañana al despertar. Aumenta con la fatiga y al portar el bolso o paquetes; imposibilita tricotar, pasatiempo favorito de esta paciente. Se despierta el dolor habitual con la presión de un punto paravertebral muy sensible a un través de dedo de la línea media izquierda a la altura de T6.

Se le han practicado numerosos tratamientos: gimnasia reeducativa (en la que algunos movimientos aumentaban el dolor), masajes que temporalmente aportaban un cierto alivio, infiltraciones locales, curas termales, ionizaciones, radioterapia; sin influencia real sobre el dolor dorsal que con el tiempo se volvió más vivo y constante.

Un tratamiento con manipulaciones cervicales, en tres sesiones, hizo desaparecer el dolor espontáneo y el punto doloroso en T6, que reaparecieron a los 8 meses.

Caso 2. Sra. S..., 66 años. Grande y delgada, con una importante cifosis senil. Esta paciente se queja desde hace muchos años de una dorsalgia derecha rebelde en la que el máximo dolor se sitúa en la región inter-escapular. Compara su dolor a un hierro al rojo vivo, a un absceso que la carcome. El dolor hace imposibles el tricot y la costura. No puede llevar el más mínimo paquete, e incluso en la cama algunas posturas le duelen y a despiertan.

Las radiografías muestran un esqueleto muy porótico pero sin lesiones locales. Al examen se encuentra un punto muy agudo a la presión, a un través de dedo de la línea media en T5-T6 que despierta el dolor.

Las distintas terapias médicas o fisioterapéuticas no han aportado ningún alivio notable.

Esta paciente se curó completamente de su dorsalgia llevando un collarín cervical plástico durante veinte días. Luego lo abandonó, la dorsalgia no reaparece más que de cuando en cuando y dura uno o dos días. Un año de seguimiento.

Caso. 3. Sra. K.... 54 años. Dorsalgias rebeldes desde hace más de diez años, de carácter más intenso al iniciar la menopausia hace tres años. El dolor máximo lo refiere en la región interescapular derecha. La dorsalgia es muy molesta, agravada con la fatiga, la bipedestación o la sedestación prolongadas, los trabajos domésticos se le hacen muy penosos. Las radiografías muestran una escoliosis dorso-lumbar de apex T6 y una importante artrosis dorsal. Los antiálgicos habituales no le producen efecto. Ha seguido múltiples tratamientos médicos, antiinflamatorios, antiálgicos, sedantes y tranquilizantes, radioterapia dorsal, masajes, infiltraciones. Ha hecho tres curas termales con una ligera remisión después de dos de ellas. Muy aliviada con tres manipulaciones cervicales, seguidas de un tratamiento radioterápico en el raquis cervical bajo que hizo desaparecer la dorsalgia durante un año.

Otro caso sitúa el raquis cervical con la posibilidad del dolor dorsal.

Caso. 4. Sr. C.... 42 años. Este carpintero, grande y muy atlético sufre una penosa dorsalgia desde hace dos años. La describe como un punto agudo “una quemadura viva” bajo el omoplato derecho. Poco influenciado con los trabajos pesados, este dolor es particularmente penoso durante el trabajo estático o incluso en reposo sentado en el automóvil. Llevar un paquete pequeño o un abrigo un poco pesado despierta el dolor desagradablemente. Al examen se encuentra efectivamente, en la región escapular a la altura de T6 a un través de dedo de la línea media, un punto de dolor exquisito que al presionarlo despierta el « dolor habitual ». Las radiografías muestran una pequeña hernia intra-esponjosa en T5 y una en T7, sin nada más destacable.

Señalar en los antecedentes de este enfermo una ciática S1 derecha hace cinco años, que ha dejado algunas lumbalgias cuando hace muchos esfuerzos o cuando trabaja inclinado. Pero sobre todo, hace un año, presentó una violenta neuralgia cérvico-braquial derecha. Las radiografías muestran un pinzamiento C6-C7. Se inició un tratamiento con tracciones cervicales. Pero durante la primera tracción sintió un dolor muy vivo en la zona de la dorsalgia habitual que obligó a interrumpir las tracciones. Después la neuralgia cérvico-braquial calmó en algunas semanas con antiálgicos y antiinflamatorios. Pero el punto dorsal persistió con ataques más o menos agudos, condicionados por la fatiga, algunos trabajos duros, y sobre todo con ciertos movimientos, especialmente en el automóvil al hacer marcha atrás.

Estos cuatro enfermos recibieron un tratamiento enfocado al raquis cervical porque algunos signos de examen, que describiremos más tarde, permitían atribuir la responsabilidad del dolor dorsal al raquis cervical. Los resultados fueron excelentes.

Vamos a ver las diferentes etapas que nos han llevado a esta conclusión.

II) El punto inter-escapular

Señalar primeramente algunos aspectos comunes en estos cuatro casos de dorsalgia, aspectos que hemos encontrado igualmente en los 128 casos en los que hemos podido invocar el origen cervical.

- La topografía del dolor. Es un dolor «inter-escápulo-vertebral».
- La existencia en esta zona de un punto doloroso particular, remarcable por su constancia y su fijación. La palpación lo descubre a un través de dedo de la línea media en T5 o en T6.

Por supuesto pueden existir otros puntos dolorosos musculares de los espinosos en estas dorsalgias; pero ninguno de estos otros puntos tiene la misma característica de agudo a la presión ni parece ser el epicentro del dolor habitual. Es suficiente mantener algunos segundos la presión en este punto para que el paciente tenga la impresión de que hemos colocado el dedo en «su» dolor.

III) Origen cervical del dolor interescapular

Hace mucho tiempo habíamos llamado la atención sobre la frecuencia con que las manipulaciones mal hechas provocaban dolores inter-escapulares con el mismo punto en T5 o en T6. Observábamos igualmente este tipo de dolor entre los enfermos que simplemente habían hecho un falso movimiento con el cuello. Pero sobre todo lo observamos bastante asiduamente durante las típicas neuro-braquialgias radicales, con un dolor inter-escapular prácticamente análogo con el mismo punto en T5 o en T6. No se trata aquí de irradiaciones cérvico-dorsales altas hacia la fosa supraespinosa sino de un dolor máximo inter-escapular. A veces puede ser un dolor muy agudo y preceder al dolor braquial como en el caso siguiente:

Sra. P..., edad 35 años, padecía una violenta dorsalgia de topografía inter-escapular izquierda, aparecida tres días antes tras un esfuerzo banal. Esta dorsalgia aumentaba con el decúbito y con algunos movimientos del cuello y del brazo. Las radiografías dorsales eran normales. El examen clínico sin elementos destacables excepto una zona sensible a la presión en la región inter-escápulo-vertebral izquierda con un punto de dolor exquisito a 2 cm de la espinosa de T5. Fue suficiente comprimir este punto con el dedo para aumentar considerablemente la dorsalgia, y que la paciente situara allí el epicentro de su dolor. Una infiltración local con novocaína hecha plano por plano no aportó mejoría, ni temporal. Unos días más tarde apareció un dolor irradiado a los dos últimos dedos de la mano izquierda. Era una neuralgia cérvico-braquial C8, persistiendo subagudo el dolor dorsal.

Las radiografías cervicales practicadas entonces mostraban una cierta rigidez cervical con un pinzamiento C7-T1, y una ligera artrosis de los uncus (sin duda secuela de un traumatismo cervical por accidente de automóvil siete años antes). El dolor en brazo y el dorso era intenso y poco aliviado con las terapias usuales. Una tentativa de tracción exacerbó el dolor dorsal. Las manipulaciones estaban contra-indicadas porque los movimientos de rotación y lateralización eran dolorosos en los dos sentidos. El fracaso del tratamiento médico condujo a una infiltración del ganglio estrellado que alivió considerablemente el dolor dorsal y atenuó el dolor braquial. El uso de un collarín durante unos días mantuvo perfectamente el resultado.

Sabemos que en las neuralgias cérvico-braquiales frecuentemente existe una irradiación dolorosa a la fosa supraespinosa y a la parte superior del dorso. Estas cérvico-dorsalgias altas ciertamente ligadas al sufrimiento de la rama posterior son muy diferentes del algia inter-escapular y no interesan aquí. Pero en 1/3 de los casos de las neuralgias cérvico-braquiales se aprecia un dolor inter-escápulo-vertebral del mismo lado, más o menos agudo. En la mayoría de los casos el dolor inter-escapular desaparece antes que el dolor braquial, pero

a veces sobrevive aislado. Señalar que en las algias inter-escápulo-vertebrales que acompañan a las neuralgias cérvico-braquiales encontramos cada vez el mismo punto inter-escapular en T5 o en T6. La topografía de este punto no varía con el nivel de la raíz afecta se trate de neuralgias cérvico-braquiales de C6, de C7 o de C8. Las ligeras modificaciones que encontramos (T5 o T6) no parecen relacionadas con el nivel de la raíz afectada.

IV) El punto «timbre» anterior

Resulta cómodo durante el examen de las neuralgias cérvico-braquiales, sobre todo cuando no tienen una topografía radicular precisa, el intentar provocar la irradiación braquial comprimiendo la raíz afecta en su emergencia en el raquis cervical, esto permite precisar el nivel. Para evidenciar este “signo del timbre” hay que situarse de pie de cara al enfermo que estará sentado. El médico efectúa una presión moderada con el pulgar horizontal (el derecho en el lado izquierdo y el izquierdo en el lado derecho del cuello del paciente), explorando nivel a nivel. Sólo un nivel es verdaderamente muy sensible a la presión, ésta, mantenida algunos segundos, provoca la irradiación braquial y la exacerbación del dolor interescapular cuando existe. En el lado no doloroso la presión hecha en las mismas condiciones puede provocar una vaga irradiación braquial (que no tiene la característica de la del lado afecto) pero nunca la irradiación interescapular.

Dada la similitud entre el dolor interescapular que acompaña algunas neuralgias cervicobraquiales y algunas dorsalgias aisladas de topografía inter-escápulo-vertebral que observamos frecuentemente en las costureras y mecanógrafas (ya que en los dos casos encontramos el mismo punto en T5 o en T6) hemos buscado si también existía el punto timbre cervical. Lo hemos encontrado en 132 casos. En todas estas dorsalgias, la presión mantenida en el nivel cervical sensible durante algunos segundos despertaba o aumentaba la dorsalgia habitual, el paciente identificaba « su dolor ». Señalar que, en general, solo es sensible un solo nivel (y solo en el lado de la dorsalgia) en la parte inferior y antero-lateral del raquis cervical.

Evidentemente es imposible decir si la presión se ejerce sobre la raíz, ya que no se le asocia la irradiación braquial. Lo que es importante es la existencia misma de este « punto timbre » y la relación entre el raquis cervical y la dorsalgia. Ésta aparece como dolor no-dorsal sino proyectado, contrariamente a lo que se esperaría de la sensibilidad viva con la presión en el punto T5 o el T6.

V) Examen clínico del raquis cervical

¿Qué aparece al examen del raquis cervical?

Aparte del punto timbre anterior, que por definición es constante, puede existir una disminución de la movilidad en el lado de la dorsalgia. Pero sobre todo las maniobras cervicales forzadas en rotación, lateralización, o extensión

combinadas en el lado en el que aparece el dolor dorsal pueden despertar ese mismo dolor dorsal si se mantienen durante algunos segundos.

La mayoría de las veces estos signos en el raquis cervical son muy discretos, hay que buscar la limitación de movilidad con mucho cariño, el paciente estirado en la camilla con la cabeza fuera de ésta y sostenida por las manos del operador que palpa cuidadosamente los canales paravertebrales y ejecuta pasivamente los movimientos de rotación y lateralización nivel a nivel en cada lado, combinando sucesivamente la flexión y la extensión. Un examen realizado de esta forma mostrará una limitación de la movilidad de un segmento vertebral inferior del lado de la dorsalgia y la existencia de una hipersensibilidad a la presión del macizo articular posterior correspondiente el nivel en el que se ha encontrado el “punto timbre” cervical anterior.

Durante estas maniobras se constatará también que las tentativas de movilización forzada del segmento cervical sensible del lado de la dorsalgia pueden irritarla o reproducirla.

Con el sujeto sentado se puede provocar dolor con la presión axial de la espinosa de la vértebra cervical correspondiente, pero lo más evocador del pequeño desarreglo intervertebral será la existencia de dolor a la presión lateral de la espinosa en un solo lado (siendo indolora la presión lateral en el otro lado de esta espinosa).

VI) Examen radiológico

Evidentemente no hay imágenes características. No obstante, nos parece interesante señalar que en 12 casos había antecedente de traumatismo cervical (accidente de automóvil), existencia de una importante rectificación de la curvatura cervical, y en 25 pacientes de menos de 40 años la presencia de un pinzamiento cervical limitado a un solo espacio intervertebral (C5-C6, C6-C7, C7-T1). En estos 37 casos la única manifestación de dolor era una dorsalgia interescapular. En todos los casos estaba presente en “punto timbre” anterior que reproducía el dolor dorsal habitual, validando la relación de esta lesión cervical y la dorsalgia.

Podemos hallar lesiones artrósicas importantes en el raquis cervical en pacientes que han superado los 50 años de edad. Entonces podemos decir que el estado artrósico favorece la presencia de pequeños desarreglos intervertebrales responsables de la dorsalgia. En la mayoría de los dolores interescapulares entre los sujetos jóvenes las radiografías eran normales.

Si tanto la clínica como la terapia parecen demostrar la relación entre el raquis cervical y estas dorsalgias, nos queda comprender el porqué y el cómo.

VII) Fisiopatogenia

Podría tratarse de un dolor de la rama posterior del nervio raquídeo. Pero parece que, según los trabajos de los anatomistas, estas ramas no descienden más allá de tres niveles. Parece poco creíble que una irritación de C6 se

manifieste en T5 o T6. En diez casos de neuralgia cérvico-braquial C6-C7 asociada a un intenso dolor interescapular hemos practicado una infiltración anestésica de la raíz, descartando los casos de radiculalgia C8 (por la confusión que podría crear la proximidad del ganglio estrellado). Incluso cuando hemos conseguido una anestesia perfecta de la raíz no hemos notado francas modificaciones del dolor dorsal ni del punto interescapular.

Por el contrario, en tres casos se hizo al día siguiente una infiltración del ganglio estrellado que comportó la desaparición total (en dos casos transitoria, y en uno definitiva) del dolor interescapular espontáneo, con desaparición del punto interescapular a la presión. Entonces, en 17 casos de algias interescapulares aisladas con presencia del « punto timbre cervical anterior » practicamos una infiltración del estrellado, y en 14 de entre estos casos, además de la aparición de un síndrome de Claude Bernard-Horner apreciamos:

- La desaparición de la dorsalgia espontánea
- La desaparición del punto interescapular incluso ejerciendo una presión muy fuerte
- La desaparición del « punto timbre anterior » y el provocar el dolor dorsal por presión en este lugar.

Este efecto es transitorio, pero en algunos casos ⁽⁵⁾ la infiltración del estrellado aporta una disminución duradera de la dorsalgia.

En dos casos, a pesar de la aparición del síndrome de Claude Bernard-Horner, no cambió nada, persistiendo el punto interescapular y el punto timbre anterior. En un caso obtuvimos atenuación sin desaparición total de los signos. Ya hemos señalado que la anestesia plano por plano de T5 o T6 no modifica ni temporalmente la dorsalgia.

No hemos encontrado referencias en la literatura que atribuyan al raquis cervical las dorsalgias aisladas interescapulares.

En lo que concierne al dolor interescapular que acompaña a las neuralgias cérvico-braquiales simplemente la hemos relatado, sin poder explicarla.

Cyriax atribuye el dolor dorsal agudo que a menudo precede a las neuralgias cérvicobraquiales a una compresión del disco en la duramadre. Parece difícil invocar este mecanismo en las dorsalgias aisladas en los sujetos con el cuello perfectamente flexible y en ausencia de cualquier otro signo.

En la obra de **Ectors** sobre las compresiones cervicales, hemos encontrado dos observaciones de tumores cervicales en las que la primera manifestación fue un dolor aislado en T6 el autor dice no poder ofrecer la explicación patogénica.

Arnulf, señala la irritación constante interescapular excitando directamente al ganglio estrellado, que se corresponde con la que se provoca con la infiltración.

Es muy reciente el conocimiento que hemos tenido de las experiencias de un neurocirujano americano, **Cloward**, que ha querido conocer que dolor podía provocar la irritación de cada parte del disco intervertebral en la región cervical.

Excita cada parte del annulus con distintos procedimientos (aguja, discografía, excitación eléctrica a través de la aguja de discografía) y más recientemente excitación bajo control visual durante la intervención cervical hecha bajo anestesia local. Junto al dolor radicular que obtiene por irritación directa de la raíz sensitiva, describe un dolor « discogénico » al excitar directamente las fibras superficiales del annulus. La parte póstero-lateral del annulus irritada de esta forma provoca un dolor bastante sordo de la cara posterior del cuello y la espalda, mientras que la excitación antero-lateral del annulus da un dolor interescapular vivo, profundo, y tenso de la región interescapular del mismo lado.

Si anestesia la parte correspondiente del annulus la excitación no provoca más dolores. Señala también que la excitación directa de la raíz anterior provoca exactamente el mismo dolor interescapular que se obtiene con la irritación del disco.

Lanza diferentes hipótesis respecto a la transmisión de este dolor y da importancia al nervio sinu-vertebral. Interpreta el dolor interescapular como un dolor muscular apoyándose en algunas constataciones electromiográficas.

Esto explicaría la sensación de fatigabilidad de los músculos interescapulares que es la impresión dominante entre estos pacientes, y el hecho de que solo las tareas que electivamente usan de estos músculos sean dolorosas, o bien las posturas nefastas para el raquis cervical que provocan el sufrimiento de la unión intervertebral comprometida.

Cuando se examina un enfermo con dorsalgia común en fase dolorosa, se tiene la impresión de que se trata de una fatigabilidad anormal de algunos fascículos del romboides.

El estiramiento del brazo hacia adelante, separando el omoplato del eje medio, estira al romboides, y a veces reaviva el dolor dorsal.

Por otro lado, el movimiento inverso de retropulsión-adducción forzada del brazo, que contrae y acorta al máximo el romboides, provoca a menudo la exageración del dolor dorsal en forma de rampa local si se mantiene el movimiento.

Esto hace pensar en una sensibilidad anormal de éste músculo, bajo la dependencia del raquis cervical.

VIII) Formas Clínicas

1° Algia inter-escápulo-vertebral crónica o habitual, es la forma que hemos descrito.

2° Algia inter-escápulo-vertebral episódica. Aparece periódicamente, despertada casi siempre por el mismo movimiento en falso (rotación extrema del cuello hacia el lado del dolor inter-escápulo-vertebral, estiramiento del brazo del mismo lado en adducción y retropulsión). La molestia más o menos intensa se mantiene unos días para atenuarse y acabar desapareciendo; posteriormente reaparece en ocasión de otro movimiento en falso. Señalar que el dolor se repite siempre idéntico, en el mismo lado, y en el mismo sitio.

3° Algia inter-escápulo-vertebral aguda. Es el cuadro de la última observación que hemos descrito. Puede ser aislada sin preceder una neuralgia cérvico braquial. No es rara. Extremadamente dolorosa. La movilidad del cuello acostumbra a estar limitada. Los movimientos del cuello despiertan el dolor interescapular.

La conclusión terapéutica es evidente, debe dirigirse al raquis cervical.

IX) Tratamiento

El tratamiento que hemos utilizado con más frecuencia es la manipulación cuando ésta es posible. Es una manipulación electiva del segmento vertebral sensible según la "regla del no-dolor y el movimiento contrario" descrita por nosotros.

En la mayoría de los casos la curación se obtiene entre 2 y 4 manipulaciones. Señalar que las maniobras de lateralización son las más útiles, hemos tratado 103 casos con 72 buenos resultados.

Las manipulaciones en rotación generalmente no surten efecto.

Las tracciones vertebrales nos han ofrecido resultados irregulares y menos fieles. Se utilizan si en la primera tracción, el punto interescapular desaparece o se atenúa a la presión mientras se mantiene esta tracción (lo que no es muy frecuente). Hay que evitarlas si en la primera ocasión se exacerba el dolor (lo que es frecuente). Respetando esta regla, tratamos 15 casos con 8 muy buenos resultados.

En los casos difíciles o rebeldes o cuando las condiciones locales contraindican los tratamientos mecánicos, el uso de un **collarín cervical** inmovilizando el cuello durante 8 a 20 días nos ha dado resultados excelentes (caso nº 2). A veces recomendamos su uso tan solo nocturno.

La radioterapia cervical puede ser útil si hay una artrosis cervical bajo muy importante. Tenemos 11 casos con 6 buenos resultados.

La reeducación. Muy importante; primero en los músculos de la nuca:

- En primer lugar los extensores de la charnela cérvico-dorsal que el test mostrará a menudo debilitados. Utilizamos ejercicios isométricos contra máxima resistencia.
- Después los flexores del cuello y la musculatura del dorso (fijadores del omoplato, y espinales). Pero es evidente que la reeducación de un enfermo es un conjunto y habrá que corregir todos los déficits musculares, especialmente la insuficiencia abdominal y las alteraciones de la estática que pueden alterar todo el raquis dorsal (desigualdad de miembros inferiores en especial).

BIBLIOGRAFIA

1. **Armas A.** - La place de la névralgie spinale de Brodie dans le syndrome douloureux du rachis. Rev. Rhum, 1949, 16, 16-18.

2. **Arlet J.** - Les dorsalgies bénignes de l'adulte. Rev. Rhum., 1954, 21, 303-312

3. **Arlet J.**, Laporte C., Toussaint J. - Les dorsalgies bénignes de l'adulte. *Rhumatologie*, 1952, 139-150.
4. **Arnulff G.** - Considérations sur la sensibilité douloureuse du sympathique chez l'homme étudiée par l'excitation électrique directe. *Presse Méd.*, 1948, 56, 575-6.
5. **Auquier L.** Les rhumatismes du rachis dorsal. In « Le Rhumatisme ». Etudes cliniques, biologiques et thérapeutiques. 4^e série par Coste F., Expansion Scientifique Française, Paris, 1955, 512 p.
6. **Auquier L.** Les fonctionnels en rhumatologie. *Gaz. Méd.*, 1956, 64, 485-492.
7. **Bret**, Bardiaux. Les algies de la colonne dorsale au niveau (le D4 à D7, au cours des syndromes gynécologiques attribués à l'hyperfolliculinie. *Gyn. Obst.*, 1951, 50, 85-95~
8. **Brocher JE.** Maladie de Scheuermann. *Rev. Rhum.*, 1948 15, 181-188.
9. **Brun J.** Le traitement des algies vertébrales par les injections anesthésiantes locales. Thèse, Paris, 1950.
10. **Castaigne P.** Douleurs rachidiennes d'origine neurologique. *Revue du praticien*. 1961, 11; 3550-3.
11. **Chevalier A.** Dorsalgies essentielles. Mémoire pour le titre d'assistant étranger. Paris, 1951.
12. **Cloward RB.** The Clinical Significance Of the Cervical nerve of the cervical spine in Relation to the cervical disk syndrome, 1. *Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1960, 23, 321-7.
13. **Cloward RB.** Cervical discography. A contribution to, the etiology and mechanism of neck-shoulder and arm pain. *Ann. Surg.* 1959. 130, 1052-1065.
14. **Cyriax J.** Rheumatism and soft tissue injuries. 1 vol. Hamish Hamilton, Londres, 1950.
15. **Daniels L**, Williams M., Woarthingham C. Evaluation de la fonction musculaire. 1 vol. Maloine, Paris, 1961.
16. **Delchef J**, Walch A. A propos des algies vertébrales d'origine statique. *Rev. Rhum.*, 1948, 13, 165
17. **Denuce** – L'insuffisance vertébrale. *Rev. Orth.*, 1910, 2.
18. **Desse, G.**, Le Moal-Moello, Kernec. Persistance des canaux de Mahn et algies dorsales. *Rev. Rhum.*, 1952, 10, 821.
19. **Ectors L**, Achflgoh J, Saints MJ. Les compressions de la moelle cervicale. 1 vol. Maison, Paris, 1960.
20. **Forestier J.** La maladie de Scheuermann (cyphose des adolescents). *Rev. Rhum* 1947, 14, 280-3.
21. **Galmiche P.** Dorsalgies professionnelles des jeunes femmes in « Le Rhumatisme ». F Coste. 4e série. Expansion Scientifique Française, Paris, 1955, 512 p.
22. **Gaucher M.** - Les spondylites. Les douleurs rachidiennes du rhumatisme. *Rev. Prat.*, 1961, II.
23. **Glovcr J. R.** - Nenck pain and hyperesthesia. *Lancet*, 1960, L, 1165-1169.
24. **Guérin C.** - Diagnostic des dorsalgies in *Encycl. Mécl. Chir. Appareil Locomoteur*, Tome 11, 14372 A 10.
25. **Junghanns M.** - Die insufficiencia intervertebralis und ihre Beliancllung.jn%liclikeiter in Beitrage zur Marmellen Therapie, 1 vol., Hypocrates Verlag, Stuttgart, 1919.
26. **Kelgrenn J. H.** - On the distribution of pain arising from deep somatic structures with charts of segmental pain areas. *Clipi. Sc.*, 1939, 4, 45.
27. **Lacapère J.** - Névralgie cervico-brachiale. *Sem. Hop. Paris*, 1950. 26, 2685-2690.
28. **Lacapère, J.**, Souplet P. - Les dorsalgies fonctionnelles. *Réadaptation*, 1959, 64, 17-19.
29. **Lance M** - Sur quelques dorsalgies. *Gaz. Hôp.*, 1949, 12, 52-53~
30. **Lance M.** - Algies rachidiennes des estéochondrites de la croissance; d'origine traumatique ou post-traumatique, d'origine statique. *Rev. Prai.*, 1961, 11, 3559-3562
31. **Lapresin J.** - Névralgies d'origine cervicale et lombaires. *Sem. Hop. Paris*, 1950, 26, 2690-26e.
32. **Lazorthes G.** - Le système nerveux périphérique. 1 vol 44~ Sèze S. de, Ryckwaerth A. - Maladie des os et des articulations. Masson, Paris, 1955.
33. **Lazorthes; s G.** - Le système neuro-vasculaire. 1 vol. Masson, Paris, 1949.
34. **Uwrs 11.** - Pain. 1 vol. 'Afac Millau, N-Y, 1941, 184 p.
35. **Louyot L-** Algies dorsales professionnelles. *Sem. Hop. Paris*, 1958, 34~ 2670-2079.
36. **Maigne R.** - Les manipulations vertébrales. 1 vol. Expansion Scientifique Française, 1961 (3^eéd.).
37. **Maigne R.** - Dorsalgie isolée, séquelle de traumatismes cervicaux mineurs, 1962. 3^e Congrès de Thérapie Manuelle, Nice.
38. **Maigne R.**, Le Corre F. - L'algie interscapulovertébrale, forme fréquente de dorsalgie bénigne. Son origine cervicale. *Annales Med. Phys.*, 1964, 1, 260-277,

39. **Padovani**, BACITET - Les douleurs du dos d'origine psychique. Rev. Chir. Orthop., 1951, 37, 139-151.
40. **Ravaui**.T P. P., Vignon G. - Rhumatologie clinique. 1 vol. Masson, Paris, 1956.
41. **Sardina** J. - A propos du syndrome d'insuffisance dorsale douloureuse. Sur la valeur d'un facteur constitutionnel. Thèse, Paris, 1959.
42. **Serre**, MiRouze. J. - L'ostéophytose vertébrale. Aim. Méd., 1949, 49, 545-554.
43. **Sfzn** S. de - Bréviaire de rhumatologie à l'usage du praticien, 1 vol. Expansion Scientifique Française, Paris, 1958.
45. **Souplet** P., BOULET-GERCOURT J. - Dorsalgies organiques et dorsalgies fonctionnelles. Gaz. Méd., 1962, 60, 2517-2528.
46. **Iavr.Ttnrr**.R - Algies rachidiennes par apophysite épineuse. Lyon Chir, 1949, 4, 533-538.
47. **Toussaint** - Les dorsalgies bénignes de racluke. Thèse, Toulouse, 193L
48. **Walch** A., NoàïBouTs X, PETIT J. L - runcialgies rachidiennes dépendant des lésions discales et d'arthroses interapophysaires. Acta Orth. Beig., 1949, 4, 105-180.
-

Discusión durante la sesión de presentación:

M. P. P. RAVALT subraya el carácter lateral y no medio de estas dorsalgias de origen cervical. Piensa que se trata de dolores musculares en el territorio en el que la inervación motriz depende de las raíces cervicales.

M. S. de SEZE evoca la posibilidad de dolor en el territorio de los ramos posteriores de las raíces sensitivas cervicales, la posibilidad de dolores dorsales de origen discal, cervical, o incluso como M. VERHAEGHE, de origen en el ganglio estrellado.

M. LIEVRE recuerda las experiencias de LEWIS et KELLGREN (estudio topográfico experimental de los dolores proyectados en diferentes niveles raquídeos), así como la tesis de FRYKHOLM (dolores por excitación de las raíces motrices).

Trabajo presentado en la Ligue Française contre le Rhumatisme, 15 avril 1964.