

### L'arthrose selon le Dr. Furter

Extraits tirés des écrits complets du Dr. Furter, disponibles via le site [www.drfurter.ch](http://www.drfurter.ch)

#### **POURQUOI AVONS NOUS ETE AMENES A RECONSIDERER LE PROBLEME DES DOULEURS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ?**

Tous les jours des patients se présentent avec des douleurs lombaires, "justifiées" par des radiographies lombaires explicatives.

A la vue des radiographies, médecin et patient sont satisfaits : pour le médecin la théorie est confirmée par le fait. Pour le patient, il a un justificatif incontestable à sa douleur.

Mais, le temps passant, la maladie du doute nous a saisi. Impossible dès lors de vivre sans ces innombrables questions dont en voici quelques unes :

- Juste avant de "retomber" dans une n<sup>ième</sup> crise de douleurs lombaires, comment étaient les radiographies du patient ? Les mêmes évidemment.
- Juste après la crise terminée, ses radiographies sont elles différentes ? Non.
- Dans la plupart des cas les rémissions sont de rigueur. **Comment expliquer ces rémissions ?** Entre deux crises, il peut parfois s'écouler deux à trois ans sans douleur bien que le patient exerce toujours les mêmes activités.
- Si nous comparons ses derniers clichés avec ses premières radiographies d'il y a 15 ans, les signes radiologiques se sont dégradés. Pourtant, les crises ne sont ni plus fortes ni plus fréquentes. D'ailleurs, depuis la dernière crise, il se croyait "sauvé".
- Que penser de cet autre patient aux douleurs sans support radiologique. Pourtant cet homme souffre souvent et fortement de ses "lombaires". Sa symptomatologie est identique à cet autre qui peut prouver ses douleurs. Mais, comme il a un travail qui lui déplaît, qu'il travaille au rendement, que son patron est injuste, qu'il a des problèmes familiaux, qu'il demande régulièrement des jours d'arrêt maladie ... immanquablement, logiquement, nous pensions jadis qu'il présentait une composante "psy".
- Les médecins qui ont des années d'exercice à leur actif connaissent tous des cas chez qui un signe radiologique n'est apparu que secondairement, tardivement. Dans ce cas, sa radiographie justifie à posteriori sa douleur.
- Un signe radiologique justifie-t-il une douleur ?  
Qui ne connaît pas de nombreux cas d'individus à la colonne percluse d'arthrose du haut en bas, de hanche arthrosique au stade terminal, de colonne vertébrale présentant une déformation monstrueuse suite à une ancienne tuberculose osseuse par exemple, de scoliose spectaculaire, etc., etc., **qui n'ont jamais souffert !!!**

En résumé nous devons admettre, aussi bien :

- Des pathologies radiologiques sans jamais de douleur ;
- Des douleurs sans jamais de signes radiologiques ;
- Des douleurs avec des signes radiologiques ;
- Des rémissions longues et spontanées avec les mêmes signes radiologiques que durant les périodes douloureuses ;
- Des douleurs qui précèdent de nombreuses années le signe radiologique.

Ces constatations si fréquentes nous autorisent elles encore à vouloir **associer une douleur à un signe radiologique**. Si donc le **signe radiologique** peut exister **sans jamais de douleur et si la douleur** peut exister **sans jamais de signe radiologique, ALORS A QUOI SE FIER ?**

### **PATHOGENIE DE L'ARTHROSE**

Le leitmotiv qui s'exprime toujours en premier est **d'incriminer les facteurs mécaniques à type de contraintes**. Dans un grand nombre de lésions, cette étiologie n'est plus à démontrer. Cette contrainte peut être due soit à une désaxation, une dysplasie, un microtraumatisme répété, une surcharge fonctionnelle, une surcharge pondérale...

**Cet aspect, de point de contrainte ou point d'usure fait l'unanimité.** C'est une cause crédible, démontrée expérimentalement sur l'animal. C'est un fait, nous sommes obligés de l'admettre.

Pour des articulations comme la hanche (pôle supérieur), le genou, certains coudes (de professions à risque) et autre, l'étiologie n'est pas mise en doute : le point d'usure est justifié et incontesté. La contrainte anormale explique l'usure prématurée. Cela paraît logique aux yeux de chacun.

### **Mais l'hyper pression est-elle vraiment responsable ?**

- Qui ne connaît pas des genuvarum **prononcés sans arthrose de la face interne du genou** alors que personne ne contestera ces forces de compressions intenses à ce niveau.
- Les personnes grosses et hyperactives qui ont passé **leur vie à travailler debout** devant un établi, sportifs dans leurs moments de loisir, **sans jamais souffrir d'arthrose ni des hanches ni des genoux.**
- **Le plus inexpliqué des cas à notre avis, c'est la cheville.** C'est l'articulation qui supporte la totalité de l'édifice et avec quelles contraintes ! du matin au soir ... le poids du corps plus ... toutes ces folles contraintes. Pensons aux chevilles des joueurs de tennis, des footballeurs et autres sportifs.  
**Nous ne pouvons nous empêcher de constater que c'est pourtant une des articulations les moins touchées par l'arthrose.** En clientèle, quelle proportion de toutes les arthroses représente-t-elle? Très peu. Et quand elle existe, elle s'installe presque toujours suite à des traumatismes directs et intenses. **C'est cette articulation qui a le plus contribué à installer le doute dans notre esprit : Hyper pression ? Contraintes ? Points d'usure ?**

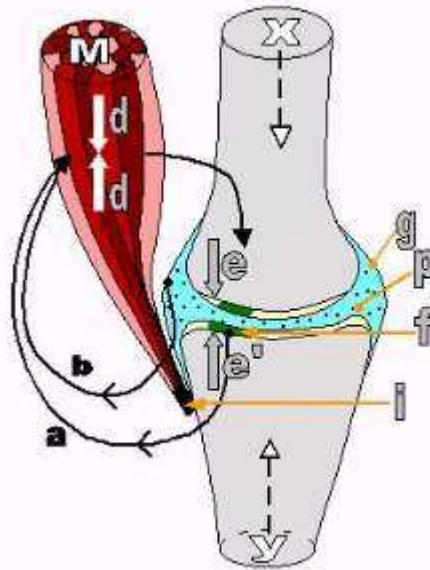
### **QUE RETENIR DES EXPERIENCES ANIMALES ?**

Voyons ensemble si nous y trouvons **la pierre angulaire**. Un mot revient toujours. C'est un qualificatif de cette hyper pression, il s'agit d'une **hyper pression permanente**.

Certains auteurs précisent sans équivoque : "la lésion cartilagineuse n'est pas produite par simple destruction mécanique" **car l'hyper pression exercée moins de X jours n'entraîne pas de nécrose cartilagineuse** alors que la même pression, au-delà de X jours entraîne la destruction cartilagineuse.

**L'hyper pression n'est pas tant le facteur suffisant.** Certaines articulations comme les chevilles subissent des **contraintes phénoménales** sans forcément "tomber malades". Dans le fonctionnement physiologique habituel d'une articulation, qu'elle qu'elle soit, nous n'avons jamais d'hyper pression permanente, sans discontinuer, des jours durant.

**RAPPEL SCHEMATIQUE D'UNE ARTICULATION REDUITE A SA PLUS SIMPLE EXPRESSION**



**RAPPEL NECESSAIRE DE DEUX EVIDENCES :**

**Tout muscle du locomoteur est fixé par ses extrémités sur deux os différents X et Y.** Nous l'exprimons ainsi: tout muscle enjambe une interligne articulaire au minimum (parfois deux, parfois plus de dix).

**Toute arthrose est accompagnée simultanément d'une contracture musculaire.** C'est un fait unanimement reconnu par tous ceux qui se sont penchés sur la question. Les ouvrages abondent dans ce sens (si l'on prend la peine de procéder à une recherche).

**NOS OBJECTIONS À PROPOS DE CETTE NOTION COMMUNEMENT ADMISE DE CONTRACTURE MUSCULAIRE REFLEXE.**

Notre logique ne saurait admettre cette interprétation pour plusieurs raisons :

- Pour pouvoir admettre que la contracture musculaire (d) est secondaire à la lésion ostéo articulaire (f), il faudrait logiquement démontrer **qu'il n'y a pas de contracture musculaire avant cette lésion**. Nous n'avons rien trouvé dans la littérature qui aille dans ce sens. **Cette seule lacune nous autorise, à elle seule, de douter du phénomène réflexe.**
- Les douleurs sont toujours synonymes de contractures musculaires. Ces douleurs existent bien souvent, des années avant que la lésion arthrosique ne soit constituée. Ces douleurs sont en tous points identiques à celles que nous retrouvons dans l'arthrose constituée. Dans ce cas, d'où part l'arc réflexe vu qu'il n'y a pas encore de lésion ostéo articulaire ?
- Même en cas d'arthrose débutante constituée nous avons d'une part, la destruction cartilagineuse qui est la seule lésion reconnue. L'expérimentation animale est formelle sur ce point. **D'autre part, les tissus cartilagineux ne comportant aucune terminaison nerveuse, nous ne pouvons donc admettre l'arc réflexe (a) vu l'absence de toute innervation cartilagineuse.**  
Des lésions monstrueuses peuvent ne jamais avoir causé de douleur. Dans ce cas, existe-t-il des contractures ou non ?

Les douleurs de l'arthrose, une fois la mise en route passée, s'atténuent voire disparaissent. A croire que la plaie ostéo articulaire, plus nous la triturons, mieux elle se porte.

L'hypothèse avancée par d'autres auteurs pour expliquer l'arc réflexe (b) : le cartilage lésé libère des particules qui tombent dans le liquide synovial. Lors de la mobilisation articulaire, le liquide est brassé et ces particules viennent bombarder la capsule articulaire (g) qui elle, est richement innervée, d'où point de départ de l'arc réflexe (b).

• **Problèmes :**

- 1<sup>er</sup> problème : **plus nous mobilisons l'articulation, c'est-à-dire plus les particules bombardent la capsule, plus la douleur diminue** (signe caractéristique de l'arthrose: quand "l'échauffement" est atteint, la douleur s'atténue voire disparaît pendant la période d'activité raisonnable).
  - 2<sup>ème</sup> problème : **presque toujours, seul un muscle voire qu'une partie de muscle est spasmé et douloureux** (c'est un fait, nul ne peut aller contre), alors que jusqu'à avis contraire, les particules bombardent sans discernement toutes les parties de la capsule donc tous les muscles devraient être concernés par l'arc réflexe (b).
  - 3<sup>ème</sup> problème : **les douleurs peuvent exister aussi bien au repos**. Dans ce cas ?
- **Nous avons cherché dans le flagrant délit : l'arthroscopie.** À cette occasion, on lèse avec certitude toutes les couches de l'enveloppe articulaire et souvent on biopsie différents tissus intra articulaires, c'est-à-dire que l'on pratique des plaies certaines. Le soir même, le patient remarche sans aucune aggravation supplémentaire. Pourtant, nous venons de lui imposer des quantités de points de départ réflexes qui tous devaient induire et des douleurs et des contractures musculaires (si la théorie était celle-ci).
- **Nous avons cherché un autre flagrant délit : l'expérimentation animale.** À aucun moment, aucun auteur (à notre connaissance) n'a relaté de douleur musculaire, ni de recherche de contracture musculaire. Est-ce un oubli de la part de tous ? Ou bien comme nous serions tenté de le croire, cette contracture réflexe n'existe pas.  
**L'arrêt de la compression expérimentale de l'articulation du lapin entraîne toujours et aussitôt l'arrêt de l'évolution de l'arthrose.**
- **Nous soulignons que l'arrêt est décidé alors que la lésion est installée !**  
Si la lésion articulaire induisait une contracture musculaire réflexe, **pour quelle raison celle-ci disparaîtrait-elle à la levée de la compression artificielle expérimentale ?** Elle devrait logiquement persister et maintenir secondairement la compression cartilagineuse pathogène. Ce mécanisme pourrait expliquer chez l'humain cette évolution inéluctable de l'arthrose. **Mais chez l'animal expérimental il est prouvé qu'il n'y a pas instauration d'un cercle vicieux.**

**On comprime : on induit l'arthrose.**

**On arrête l'expérience : on stoppe l'évolution !**

Cette seule observation suffirait à nous faire douter de ce mécanisme réflexe.

### NOS OBJECTIONS A PROPOS DE CETTE NOTION COMMUNEMENT ADMISE, DE CONTRACTURE MUSCULAIRE DE DEFENSE

**L'expérimentation animale prouve que la compression permanente surajoutée est néfaste.** Un muscle enjambe toujours un interligne articulaire, donc sa contracture ne peut qu'augmenter la compression de cette articulation. Donc, nous ne pouvons plus qualifier cette contracture de défense.

**Si défense réelle il y avait :**

- soit le muscle M se mettrait en hypotonie (et non en hypertonie comme c'est le cas)
- soit au pire, ce serait le muscle controlatéral à M qui se spasmerait pour tenter de libérer la lésion (f) : il n'en est rien.

**Certains auteurs avancent l'explication de "défense" par immobilisation articulaire.**

Le malade éprouve le besoin de ne pas s'immobiliser. Il craint de s'enraidir davantage par l'immobilisme. Chacun sait que **l'immobilisation prolongée et permanente** d'une articulation n'est jamais bonne. Donc, même si la contracture musculaire "réflexe" servait à immobiliser une articulation, nous n'aurions plus envie de la qualifier de défense. Si cette contracture était réellement de défense, pourquoi tant d'empressement pour essayer de la supprimer ?

**Toutes ces objections m'ont conduit tout naturellement à aborder l'arthrose différemment.** Supposons donc l'inverse : à force d'y réfléchir, petit à petit, j'ai abouti à une conception diamétralement opposée. Ainsi tous les faits rencontrés s'imbriquent logiquement les uns aux autres pour donner un tout relativement cohérent.

### LA CONTRACTURE MUSCULAIRE PRÉCÈDE ET INDUIT LA LÉSION OSTEO-ARTICULAIRE

Nous le précisons, nous présentons cette phase comme une hypothèse de travail, comme un postulat.

Voyons ensemble si cela nous apporte des éclaircissements :

(vous jugerez au fur et à mesure, de la rigueur de notre argumentation, de sa logique, de sa crédibilité, de son exploitation possible).

- **Premier fait, nous trouvons toujours un muscle (M) contracturé** : c'est un fait. Nous devons l'admettre.
- **Deuxième fait, cette contracture est permanente.** Personne ne vous a jamais dit qu'il faut chercher cette contracture à tel ou tel moment. Nous la cherchons, nous la trouvons.
- **Le troisième est que la lésion arthrosique débute toujours et uniquement par une atteinte cartilagineuse** (admis cliniquement et prouvé expérimentalement).
- **Le quatrième fait veut que la lésion arthrosique, radio logiquement décelée, soit toujours homo latérale au muscle contracturé** indiqué par le client ou/et retrouvé par la palpation expérimentée. La lésion est comme recouverte par ce muscle.
- **Cinquième fait, tout muscle est toujours fixé sur deux os** différents (x) et (y) et à la périphérie de ces os.

**Si un instant, nous ne voulons retenir que ces cinq faits, si nous raisonnons sur le plan uniquement de la physique,** un coup d'œil rapide sur le schéma nous montre à l'évidence que cette contracture (d) **uni-musculaire** ne peut se répercuter au niveau de la surface articulaire qu'à un seul endroit (f) : le plus près possible du seul muscle contracturé, **au niveau cartilagineux,** c'est le point de rencontre des deux forces opposées (e) et (e').

Ajoutez à cela les observations de l'expérimentation chez l'animal et nous voilà prêts, une fois de plus, à être convaincus qu'Hippocrate dit vrai : « **Le hasard quand on vient à l'examiner, se trouve n'être rien.** » Tout ce qui se fait a une cause certaine. Un homme ne « tombe » pas malade brusquement et tout de suite. **Les causes s'accumulent avant de se manifester par leur effet.**

Nous pensons expliquer **la lenteur du processus arthrosique** par ces arguments :

- En général seulement **un muscle** seulement est retrouvé (parfois même qu'une partie de sa largeur, et très souvent qu'une partie de la longueur). **Donc, la surcompression est très faible.**
- Cette contracture musculaire, même si elle est palpable sans équivoque, n'est pas une tétanisation. A cause de cela également la surcompression est faible.
- Un muscle qui fait un effort physiologique est 10 fois plus dur, plus contracté.
- Comme il a été démontré expérimentalement que **la rapidité de l'évolution est en rapport avec l'intensité de la surcompression**, il n'est pas étonnant que chez l'homme, l'arthrose soit une maladie "distillée" au compte goutte juste assez pour perturber.

Nous ne le répétons jamais assez : nous sommes intimement convaincus que **les deux facteurs sont indispensables : la surcompression et la permanence** de cette compression. Mais s'il fallait désigner le plus déterminant, nous privilégierions sans hésiter cette notion de permanence.

**C'est encore cette même notion de permanence qui explique cette évolution inéluctable de l'arthrose** : qui de nous, s'il avait un début d'arthrose de hanche ne craindrait pas son aggravation ? C'est une constatation quotidienne chez nos malades. Normal, le muscle responsable est toujours anormalement contracturé Il « crie » sous les doigts qui le palpent, **même dans les périodes de rémission ou d'accalmie.**

**Autres arguments** : « Vous savez Docteur, j'ai remarqué que lorsque je suis échauffé, je suis beaucoup plus souple, presque normal ».

**Tout sportif**, même jeune, avec des articulations des plus saines, à n'en pas douter, sait, que lorsqu'il s'est échauffé, il retrouve la souplesse. Nous précisons, que lui, ne parle pas d'échauffement articulaire. Il parle bien **d'échauffement musculaire**. Il ne se trompe pas !

Pourquoi ce qui est valable pour le sportif, ne le serait-il pas pour l'arthrosique en général ?  
**L'analogie de langage de l'arthrosique et du sportif est-elle juste ?**

**Voyons pour le sportif :**

- En début d'échauffement, il est raide.
- Durant l'exécution de son exercice, il se sent souple.
- S'il force trop et trop longtemps (exemple à l'arrivée d'un marathon), il sent ses muscles qui se tétanisent. Ses muscles étaient devenus durs comme du bois.

**Maintenant pour l'arthrosique :**

- La douleur et la raideur des premiers mouvements (muscle non échauffé).
- L'amélioration par des mouvements (non excessifs).
- L'aggravation par l'excès d'exercice. Le marathonien n'a pas les mêmes muscles à l'arrivée qu'au départ. A la fin ils peuvent être tétanisés. Les modifications métaboliques dues à l'effort le confirment et l'expliquent.

Ces similitudes entre les propos du sportif et de l'arthrosique ne peuvent plus nous laisser hésitants.

Si vous souhaitez connaître le développement complet de l'argumentation, vous pouvez **demander les écrits complets** (GRATUIT) en allant sur notre site [www.drfurter.ch](http://www.drfurter.ch).