

**Zeitschrift:** Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

**Herausgeber:** Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

**Band:** - (1951)

**Heft:** 116

**Artikel:** Désordres articulaires et discopathies vertébrales

**Autor:** Bex, Georges

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-930729>

### **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:** 13.01.2026

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

veuses et de la rééducation fonctionnelle; mais, si nous avons affaire à une paralysie présentant de la contracture musculaire, nous laisserons le pétrissage pour n'utiliser que des vibrations sur les muscles alors que l'intensité des frictions sur les émergences nerveuses : sus et sous-orbitaire, sustrochléaire, mentonnier et facial sera diminuée au bénéfice des vibrations sur ces même émergences.

Dans les manoeuvres visant à calmer les crises d'asthme, on utilise surtout les running nerve vibrations des nerfs intercostaux en insistant sur les émergences latérales, on obtient ainsi une détente des muscles intercostaux.

Si le massage courant a une action réflexe, il est indéniable que cette action soit portée au maximum par le système de Kellgren qui agit directement sur le système nerveux.

C'est ainsi que le coeur bénéficiera de frictions du nerf pneumogastrique, dans la région cervicale. De même l'action du massage sur le foie sera augmentée par la friction des 6, 7 et 8ème nerfs dorsaux droits.

Cyriax mentionne une friction qui, appliquée au nerf plantaire interne, de façon modérée produit, après une demi seconde, l'extension des orteils; si la friction est

faite plus énergiquement, on assiste à une involontaire flexion de la hanche accompagnée, si le patient est en position demi-couchée, d'une flexion passive de l'articulation du genou. Ce phénomène, appelé par Cyriax le signe plantaire de Kellgren est sans doute produit par la même voie que le signe plantaire de Babinski, on les rencontre presque toujours ensemble. Dans certains cas, dit Cyriax, où il n'y a pas doute que le cas soit organique et non fonctionnel, on trouve le signe de Kellgren, mais non celui de Babinski.

### *Conclusion*

La technique du traitement manuel suédois de Kellgren présente une gamme merveilleuse de manipulations permettant d'exécuter des massages, en allant des plus délicats aux plus énergiques.

A Londres, plusieurs personnalités distinguées du corps médical dont nous ne citerons que le Dr Svahnberg, spécialiste du système de Kellgren, appliquent personnellement cette thérapeutique avec un énorme succès.

Nul doute qu'à la lumière des connaissances actuelles dans le domaine de la neurologie, il ne soit encore possible, au moyen de cette méthode, de faire encore de merveilleuses expériences.

## **Désordres articulaires et discopathies vertébrales**

Si l'on considère la quantité et la qualité des études des chiropraticiens et des ostéopathes, il ne faut pas s'étonner s'ils nous ont devancés en matière de troubles vertébraux. Il est grand temps de réagir et de consacrer le temps nécessaire à des études plus complètes de l'anatomie, de la physiologie, de la mécanique, de l'analyse des mouvements, de la pathologie de cette région compliquée mais merveilleuse qu'est le rachis humain.

Par le mouvement soigneusement étudié et appliqué d'une façon précise, le chiropraticien ou l'ostéopathe peut redonner le libre jeu physiologique de l'articulation

vertébrale atteinte. Le praticien en masso-physiothérapie, s'il est connaisseur du problème, peut en faire autant si ce n'est plus, car nous avons des moyens tels que la thermothérapie, le massage rythmé, les manipulations passives, puis la gymnastique médicale dont la combinaison peut réduire des désordres articulaires vertébraux et souvent même aussi des hernies discales.

Comme kinésithérapeute, nous ne devons jamais perdre de vue ce qu'est l'ensemble de la colonne, c'est-à-dire une pile d'osselets réalisant le mât central sur lequel la ceinture scapulaire et la ceinture

pelvienne prennent leur appui. C'est encore ce mât qui supporte la cage thoracique avec son précieux contenu. Tissé comparait la colonne à un manche de fouet, et sur la partie la plus faible, la nature a placé une boule démesurée, la tête, qui est lourde même si elle est vide d'idées... En somme, une boule pesante et pensante surmontant cette colonne, siège de la vie subtile qui, par l'intermédiaire des systèmes nerveux, va être dispensée à toutes les cellules de notre organisme.

Avoir un dos bien droit, la tête bien placée, la poitrine bien ouverte, un ventre bien sanglé et le bassin bien équilibré, tels étaient déjà les critères de Ling dans le développement vertébral. — Nous en sommes toujours là. Avec l'apport de la science moderne, les résultats devraient être plus faciles à atteindre, mais il y a des obstacles sérieux et de tous genres: depuis la formation du squelette, la vie sédentaire, les attitudes vicieuses prises souvent par habitude, etc. — Cette recherche reste pour nous un programme, une ligne à suivre. —

Observez de nombreuses colonnes, comparez des colonnes humaines avec celles d'animaux variés. On ne peut qu'admirer une colonne de crocodile qui représente un vrai pont suspendu, posé sur les quatre pattes. Quand je dis suspendu, c'est que chaque corps paraît suspendu par son arc se combinant avec les arcs voisins. — Nous avons en réalité deux colonnes: celle des corps et celle des arcs. —

Tandis que, anatomiquement, le corps vertébral est formé de tissu spongieux et d'un entourage de tissu compact, l'arc vertébral est formé de tissu compact très résistant. C'est la combinaison de la pile d'éponge des corps vertébraux et la pile d'ivoire des arcs qui permet à la colonne de répondre à ce que l'on attend d'elle. — Il y aurait encore beaucoup de choses à dire sur l'ensemble de la colonne, par exemple sur la nécessité des courbures qui en augmentent la résistance, sur la fréquence des lésions dans les concavités, qui jouissent en général de plus de mouvements que les convexités, sur la fameuse «zone ingrate» qu'est la convexité dorsale, sur les rapports entre épaisseurs

de disques et épaisseur de vertèbres par rapport à la limitation des mouvements, etc., etc., mais ce serait allonger singulièrement le cadre de cette étude.

Supposons, maintenant, regarder une vertèbre posée à plat, et supposons que nous cherchions à la schématiser... On dessinera d'abord le corps vertébral, c'est-à-dire un cercle un peu aplati de la grosseur d'une pièce de cinq francs. — C'est donc la partie qui s'écrase puisque faite de tissu spongieux. — A sa base, nous dessinerons un autre cercle de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes: c'est le canal médulaire. Du premier cercle, nous tirons deux lignes descendantes de chaque côté du petit cercle, à un demi-centimètre d'écart, et nous obtenons les pédicules. De chaque côté, nous dessinons à la base de la petite criconférence les deux apophyses transverses séparées de l'apophyse épineuse par les lames. — Si le corps vertébral s'écrase, l'anneau circonscrivant le canal médulaire est très résistant, les apophyses également, mais enfin elles avancent et, de ce fait, offrent des angles qui se brisent plus facilement. —

Que l'on parle de vertèbres ou de n'importe quelle partie de l'ossature, il faut toujours se souvenir que notre squelette constitue une sorte de réservoir à sels minéraux. Que notre corps en manque, il le puisera dans le tissu osseux, au détriment de ce dernier.

*Les ligaments.* La question des ligaments est très importante dans le problème qui nous occupe. Je vais donc en donner tout d'abord un bref résumé anatomique: prenons deux vertèbres reliées par leurs ligaments, entre les deux vertèbres se trouve le disque avec son nucléus, sur la partie antérieure du corps vertébral se trouve le ligament commun antérieur reliant tous les corps vertébraux. A la partie postérieure du même corps vertébral se trouve le ligament commun postérieur. Il faut s'en souvenir car il a un rôle important dans la hernie discale. Les ligaments jaunes relient les lames aux lames, c'est-à-dire que des lames sus-jacentes ils vont aux lames sous-jacentes. — Contrairement aux autres ligaments, ils sont formés de fibres élastiques. Ils peu-

vent être étirés de quelques centimètres, et reprennent après l'étirement leur forme première. Dans la flexion en avant ils s'étendent, dans l'inclinaison latérale, ils s'étendent d'un côté seulement. Il y a encore pour terminer cette anatomie des ligaments les interépineux et le surépineux: leurs noms indiquent bien leur emplacement. Mais tout ceci ne serait que vaine «palabre» si l'on méconnaissait les fonctions des ligaments en général. Or, on ne sait que peu de chose sur les propriétés chimiques des ligaments: il sont comparativement aux autres tissus de l'organisme très pauvres en eau. — Si on les cuit, on obtient de la gélatine. C'est du reste pour cela que l'on emploie les pieds de porc ou de veau qui rendent un bouillon ou un potage plus gélatineux.

Comme propriété physique, il faut reconnaître aux ligaments une très grande résistance, en général, l'os se casse avant le ligament. — Ils sont très peu extensibles, mais par contre très flexibles. — C'est en limitant les mouvements qu'ils servent à maintenir les contacts entre les surfaces articulaires.

Les anatomistes et les physiologistes ont attiré l'attention sur l'abondance des vaisseaux et des nerfs dans le périoste, la capsule et surtout les ligaments des articulations. «Partout où il y a une articulation, dit le professeur Leriche, c'est l'appareil nerveux ligamentaire qui règle l'harmonie des mouvements et des positions, c'est lui qui dirige l'équilibre local. Nous devons admettre qu'il est d'une sensibilité extrême».

Je cite encore Balland et Grozelier: «Un traumatisme, la présence dans le sang ou les tissus voisins de produits toxiques, ou de déchets de fatigue, une modification du P. h. ou de la teneur du sang en calcium, impressionnent les corpuscules sensitifs de cet appareil ligamentaire. Ceux-ci, en réagissant plus ou moins violemment, vont entraîner une contracture réflexe dans les muscles du voisinage». Ceci explique déjà le genre de lésions qui peuvent survenir, surtout si l'on tient compte que les charnières normales ne pouvant plus fonctionner, il se crée des charnières

artificielles produisant ainsi un état spécial d'équilibre.

J'en arrive au disque.

Anatomie du disque normal: les faces correspondantes des corps vertébraux sont excavées, limitées par un bourrelet osseux périphérique, encroûtées de cartilage uniquement au centre, le reste servant d'insertion aux puissants ménisques intervertébraux. — Du reste, il faut se souvenir que la couche de cartilage est très mince, on note quelquefois des dégénérescences cartilagineuses qui expliquent les rares hernies discales dans le corps spongieux de la vertèbre.

Comment se présente un disque? Imaginez un anneau fibreux et au milieu un noyau central. Quand je dis au milieu, ce n'est qu'approximatif, il est plus près du bord postérieur que du bord antérieur du corps vertébral. Et ceci a son importance, car il a un rôle mécanique considérable. Dans les vertèbres lombaires, ce noyau se trouve à égale distance entre le bord antérieur et les surfaces articulaires. On lui donne un joli nom: le nucléus pulposus. Ce qui est curieux, c'est que sa composition ne semble pas justifier son élasticité et son extensibilité. Ces qualités lui semblent acquises grâce à la présence d'eau, très importante pendant l'enfance, mais qui va en diminuant avec l'âge, en même temps que faiblit l'amplitude des mouvements du rachis.

Dès l'âge de sept ans, une cavité rudimentaire se forme par liquéfaction de sa partie centrale. Cette cavité contient un liquide semblable à la synoviale. — Si l'on essaie de percevoir visuellement l'ensemble disque et nucleus pulposus, il me semble que l'on peut le comparer à une seringue de plomb contenant de l'eau. Quand l'eau est compressée — et elle l'est continuellement — il y a une certaine tension. Que cette tension augmente trop, c'est le cylindre de plomb qui cède et se déforme car l'eau devient incompressible. Ce sera alors l'anneau fibreux qui cède à son tour, mais où va-t-il céder? On peut presque affirmer que jamais il ne cède en avant. Or, en arrière, il appuie sur le ligament commun postérieur (en avant, c'est sur le ligament commun antérieur). C'est



ce qui explique que les hernies discales sont en général latérales.

Quand on sait que les disques qui ne sont pas innervés font mal, on se demande comment la chose est possible. Ce sont en général les nerfs des ligaments qui souffrent des compressions.

Avant d'aller plus loin dans l'évolution des hernies discales, il est bon de rappeler le but physiologique du disque ou plutôt des disques. Par leur résistance, ils contribuent au maintien des courbures normales de la colonne, de même que par leur élasticité ils favorisent le retour à l'équilibre habituel une fois le mouvement terminé. Ils ont un rôle évident dans la transmission du poids du corps aux différents téguments de la colonne, ils amortissent les chocs. —

Trois points sont à retenir:

*1er point.* C'est au *nucleus pulposus*, bien plus qu'à l'anneau fibreux que le disque doit son élasticité.

*2ème point.* Si l'on considère l'ensemble de l'appareil vertébral, les *nucleus* réalisent un véritable axe rotule pour effectuer les mouvements flexion, extension du rachis.

*3ème point.* Le *nucléus* tend à se déplacer au cours des mouvements du rachis, en avant dans l'extension, en arrière dans la flexion.

#### *La hernie discale postérieure.*

On n'en parle sérieusement que depuis 1930 (Alajouanine et Petit-Dutaillis). C'est au professeur de Sèze que nous devons l'impulsion en faveur des sciatiques d'origine discale.

Comment apparaît la hernie discale à l'opération? Une petite nodosité d'un format oscillant entre celui d'un pois ou d'une petite noisette. — La saillie apparaît surtout fournie par l'anneau fibreux du disque refoulé et distendu. — Elle a une fermeté cartilagineuse, elle change d'aspect avec les mouvements. Après incision de la hernie en son centre, les lèvres écartées de la plaie laissent voir le plus souvent une substance d'un blanc nacré, molle et fragmenté qui se laisse extraire d'un seul bloc. Ensuite on pénètre librement jusqu'à la

partie centrale du disque qui apparaît vide. Dans les rares cas la hernie peut subir la calcification. Les opérateurs constatent souvent une hypertrophie de la graisse épidurale au niveau de la compression, provoquée sans doute par l'irritation. Ils remarquent aussi souvent une hypertrophie du ligament jaune pouvant atteindre jusqu'à 8 millimètres d'épaisseur.

Pour nous, kinésithérapeutes, nous devons bien comprendre comment se produit la hernie. La théorie de Glorieux semble admise. L'auteur fait remarquer que c'est à tort que l'on invoque le tassement suivant l'axe du rachis. Les effets du tassement s'épuisent aux points de courbures. C'est le professeur Roud qui disait déjà que la colonne grâce à ses courbures était 14 fois plus forte que si elle était toute droite.

Il faut tenir compte des effets de flexions ou d'extensions libres de la colonne, je veux dire des mouvements où le jeu des antagonistes musculaires fonctionne normalement. Mais les mêmes mouvements peuvent être contrariés par le jeu défectueux des antagonistes. Imaginez ce qui se passerait si la musculature entre les apophyses épineuses restait contractée pendant un mouvement tendant à rapprocher les corps vertébraux. Le *nucleus pulposus* serait écrasé comme une noix dans un casse-noix. Je donne cet exemple, car c'est bien de cela qu'il s'agit (interrésistant). Remarquez que dans le jeu normal des antagonistes, le disque a le rôle de point d'appui, tandis que dans le jeu anormal le disque devient la noix à écraser. Et, comme c'est résistant, c'est le disque lui-même qui fait hernie à sa partie la plus faible. Ceci fait supposer aussi une certaine incoordination des mouvements qu'un entraînement régulier peut éviter. A la base des hernies, et comme causes la favorisant, il faut penser à tous les chocs, les micro-chocs, les efforts en mauvaises positions, je pense par exemple aux infirmières qui doivent soulever des malades.

Donc voilà une hernie discale supposée à la partie latérale du ligament commun postérieur. Cette hernie est particulière-

ment consistante et elle va correspondre aux racines des nerfs. Dans le fourreau dural, les racines de la queue de cheval sont groupées en deux paquets, droit et gauche. Evidemment, le fourreau est en rapport avec les disques, mais les racines sortant du fourreau le sont encore bien davantage. — On peut prévoir que la racine L 2 sera influencée par le disque L 1 et L.2.

Prenons le sciatique qui est formé par la réunion du tronc lombo-sacré de la 1ère racine sacrée et d'une partie de la deuxième et troisième sacrée. — Il ne reçoit donc en totalité que les filets de la 5ème lombaire et de la 1ère sacrée, et ce sont précisément les deux racines qui sont le plus souvent compromises dans les hernies discales.

Comment repérer les lésions discales en général et de la sciatique d'origine discale en particulier?

Supposons un malade se présentant à notre service. Il est bien entendu que le médecin nous l'a envoyé avec un diagnostic qui ne nous donne que des directives excessivement vagues. Nous n'allons du reste pas poser un diagnostic, mais simplement rechercher notre ligne de conduite.

Il nous faudra observer premièrement l'équilibre général de la colonne par rapport au carré de sustentation que sont les pieds. Puis observer ce même équilibre en position assise. J'utilise volontiers le fil à plomb qui guide notre oeil. — Lorsque l'on a soigneusement noté les déséquilibres il faut repérer les différences de niveau des clavicules, des omoplates, des iliaques etc. En général, nous obtenons la preuve des désordres survenus dans l'axe vertébral. On observe souvent une épaule abaissée correspondant à une épine iliaque plus élevée que celle du côté opposé. C'est là une simple question de compensation vertébrale qui peut toutefois avoir une certaine importance au point de vue disque ou création de charnières artificielles. —

Il faut ensuite observer la musculature le long de la colonne qui n'est pas toujours symétriquement développée. Il y a encore un point qui varie souvent, c'est l'écartement entre l'apophyse transverse de la L. 5 avec l'os iliaque.

Les courbures doivent attirer notre attention. Très souvent on remarque chez le malade atteint dans ses disques intervertébraux une sorte d'inversion de l'ensellure lombaire qui devient presque inexistante. Cette inversion est souvent due à une hernie discale. Il y a d'ailleurs chez toute personne atteinte de la colonne des attitudes que l'on appelle antalgiques, c'est-à-dire destinées à diminuer la douleur. Il y a là tout un champ d'observations offert à notre sagacité. L'inflexion lombaire du côté sain est fréquente dans la hernie L. 4 L. 5. — L'inflexion du côté malade indique la hernie S. 4 ou L. 5.

Si l'on demande à notre client d'exécuter des mouvements de son rachis, on peut observer toute une série de tricheries compensatrices depuis les genoux jusqu'au haut du dos. —

Dans les pincements de disques, le signe de Lasègue est constant. Quelquefois ce signe se donne aux deux jambes. Il indique une position dangereuse des racines du sciatique. La sciatique peut devenir bilatérale ou simplement basculer.

Les classiques points de Valleix, à la pression sur le trajet du nerf sciatique, existent également dans les sciatiques d'origine discale.

Nous devons rechercher le réflexe Achillien, lorsqu'il est aboli, c'est le signe d'une atteinte à la racine S. 1. La topographie de la douleur a aussi son importance: hypoesthésies au tact et à la piqûre, des dysesthésies (picottements, fourmillements, courants électriques, engourdissements), tous indices que nos clients ne manquent pas de nous signaler et qui sont autant de signes de compression radiculaire. —

La localisation du syndrome sensitif sur la partie externe ou antéro-externe de la jambe ou de la malléole, sur le dos du pied, sur le gros orteil ou sur les 2 ou 3 premiers orteils, indique à coup sûr la souffrance de la racine L. 5 au niveau de l'étage discal L. 4—L. 5. Tandis que la douleur à la partie postéro-externe et surtout postérieure de la jambe ou de la cheville, sous la plante du pied, indique la souffrance de la racine S. 1.—

On recherchera la douleur à la palpa-

tion soit sur la ligne des apophyses épineuses, soit surtout à 2 ou 3 cm. en dehors de celle-ci, à la hauteur de l'espace interépineux; on provoquera souvent une douleur qui irradiera ou sera purement locale, douleur qui sera encore un indice de la souffrance des racines aux différents étages vertébraux. —

Que dire de la radiographie qui pourrait nous être d'un grand secours à condition de savoir l'interpréter, sinon que justement ce n'est pas si simple pour des profanes et qu'il serait très utile que nous y soyons initiés.

Nous avons donc déjà bien des signes qui peuvent nous guider soit vers la hernie discale, soit vers un désordre souvent minime dans le jeu des articulations des arcs. La lésion des chiropracticiens et des ostéopathes n'est pas une illusion. Quelquefois nous avons les articulations des doigts qui ont besoin de craquer pour que l'on sente notre main en pleine possession de sa force. il doit se passer le même phénomène dans notre colonne, ce qui ne veut pas dire que ces craquements soient nécessaires, mais il est fort possible que des quantités d'ajustements se fassent à notre insu, sans bruits. Il doit s'agir là de déplacements minimes affectant l'équilibre sensitivo-moteur de l'articulation. Les craquements que l'on entend sont en général des déplacements de ligaments ou de tendons.

*Que pouvons-nous faire? — Quels sont nos moyens? — Quelle sera notre ligne de conduite?*

C'est ce que je vais essayer de préciser évidemment suivant ma conception personnelle.

Il y a les cas qui relèvent du médecin orthopédiste et ceux qui relèvent du chirurgien, je pense à la chirurgie discale, car il va sans dire que nous ne pouvons pas espérer guérir toutes les hernies.

Pour entreprendre un traitement vertébral, nous n'aurons pas de trop de tous les moyens à notre disposition: massage, chaleur, modelage, mouvements passifs, mouvements actifs, — prise de conscience de la position — posture, elongations, etc.

Je supprime intentionnellement le terme de chiropractique pour conserver celui d'ostéopathie, non pas que je trouve qu'il convienne mieux à ce qu'il prétend vouloir dire, mais il évoque des manipulations moins brutales.

Je ne crois pas qu'il y ait une différence très marquée entre l'ostéopathie d'une part et la kinésithérapie d'autre part. Le Dr. Balland dit à peu près ceci: «Il faut d'abord remettre en place par la qualité du mouvement; la quantité assure ensuite la fonction». Remettre en place par la qualité du mouvement, c'est ce que cherche également l'ostéopathie et le gymnaste médical. Quand je dis gymnaste médical, je devrais évoquer plutôt le kinésithérapeute avec ses traitements thermiques qui réchauffent, ses massages qui détendent et transforment la crispation en possibilité de contraction ce qui est différent, ses postures gymnastiques, etc.

Nous avons dans cette même phrase du Dr. Balland — à moins que ce ne soit Grozeller — une ligne directrice de traitement. Remettre d'abord par la qualité du mouvement, assurer ensuite la fonction par la quantité. — Cette idée n'est pas absolument nouvelle, il y a longtemps que les orthopédistes avaient démontré que muscler une colonne en mauvaise position, c'était en fixer les déformations.

Lorsque l'on parle de remise en place, il faut bien admettre que ce n'est pas si facile que ça! Et pourtant, je crois que tous les kinésithérapeutes ont remis en place des surfaces articulaires, souvent même sans trop savoir comment cela s'est fait. — Ce qu'il faut savoir, c'est que l'on ne remet pas en place toujours d'un seul coup, il y a souvent tout un travail préparatoire. La mise en place segmentaire a été le grand souci de Ling. — Stil (le créateur de l'ostéopathie) a-t-il emprunté à Ling certains procédés? C'est ce que nous ne savons pas, mais en tous cas certains ajustements ostéopathiques ne sont que des manœuvres suédoises souvent perfectionnées. — J'espère avoir suffisamment démontré l'étroit contact entre ostéopathe et kinésithérapeute, je n'en parlerai plus, ne faisant qu'une seule science des deux.

Lorsque l'on veut remettre en place,



qu'il s'agisse d'une colonne dans sa longueur totale, de deux vertèbres seulement ou d'une articulation quelconque, on rencontre toujours deux obstacles, si la chose est ancienne : le premier, c'est la contracture musculaire, et le deuxième, c'est le blocage articulaire qui n'est qu'un mélange d'ankylose et de durcissement des ligaments. Remarquez que ce sont là des phénomènes de défenses qui fonctionnent comme «cran d'arrêt» pour éviter des déformations encore plus étendues. —

A mon point de vue, il convient donc d'abord de chauffer, puis de masser doucement et ensuite de remettre en place. Mais, il y a un mais d'importance que je me suis déjà efforcé de souligner dans un premier travail sur la kinésithérapie vertébrale : c'est la prise de conscience de la position. Cette prise de conscience de la position d'un segment de notre corps ou de sa totalité a été démontrée magistralement par les Drs. Balland et Grozellier. —

Dans mon premier travail, j'ai déjà démontré l'importance de la mise en place du bassin qui est souvent le point de départ des exagérations des courbures vertébrales — je n'y reviendrai pas, bien que ce soit très important —, je voudrais parler maintenant des subluxations sacro-iliaques qui nous font penser à un raccourcissement d'un membre inférieur. On a tendance à mettre une talonnette pour compenser cette différence. Très souvent cette intervention est heureuse, puis après quelque temps, on s'aperçoit que tout est rentré dans l'ordre, et pourtant le membre inférieur n'a pas pu augmenter de longueur ; mais l'articulation sacro-iliaque a repris sa position exacte. Nous avons aussi quelques manipulations pouvant influencer directement cette articulation, nous en reparlerons tout à l'heure. —

Si nous considérons maintenant la colonne lombaire, nous observons que l'absence de côte d'une part et l'horizontalité des apophyses épineuses d'autre part permettent plus de possibilités de mouvements, mais aussi plus de chances de subluxations et de troubles pathologiques. — L'obliquité du sacrum et de la 5ème L. confère à cette région qui supporte tout le poids du tronc et de la tête, une fragilité

toute particulière. De Sèze l'appelle «le point faible de la charpente humaine». Remarquez cependant que lorsque la région dorsale est très souple, ce risque diminue. Il semble que les mouvements se répartissent alors sur toute la colonne. —

En mettant notre client assis sur une table, le dos nu, on palpe très facilement les anomalies de la colonne : Anomalie des apophyses épineuses dont les écartements doivent être sensiblement les mêmes (sauf D 12 et L. 1 et L. 5 et S. 1) où la distance est normalement plus grande. —

La région dorso-thoracique attire notre attention le plus souvent par l'exagération de la voussure qui devient facilement irréductible par blocage. C'est cette partie que le Dr. de Sambucy a surnommé la «zone ingrate», (D 7 à D 10). Il y a diminution de l'ouverture du gril costal, d'où en général insuffisance respiratoire.

En gymnastique médicale, lorsque l'on veut rééduquer le comportement, on se préoccupe beaucoup de la position fondamentale qui supprime les compensations dues à la pesanteur, et tous les escamotages qui peuvent en résulter. La position fondamentale cherche à bloquer certaines articulations afin de donner au travail son maximum d'efficacité.

Si l'on veut agir par des mobilisations passives, on aura de nouveau le même souci, je dirais plus encore : nous pouvons arriver à une hyper-précision du mouvement. Pour des manipulations passives, nous aurons avantage à travailler sur notre malade couché pour avoir le maximum de points d'appui, le maximum de relâchement également, et l'on fait intervenir le mouvement en même temps que l'acte d'expiration. Ces conditions de base étant réalisées, on peut dire que c'est la tension qui obtient le plus de succès, d'où l'effet merveilleux des extensions.

Abordons un peu la technique qui est le point où nous pouvons le plus. Pour la commodité de l'exposé, je reprendrai point par point ce qui forme un tout dans le traitement de multiples affections vertébrales.

1. R é c h a u f f e r . Le bain de lumière me paraît le moyen le plus simple pour



atteindre ce but. Je pense que logiquement ce doit être le premier point préparant le deuxième qui est le massage.

2. **M a s s a g e .** Notre but est de chercher à calmer, à détendre. Je suis à cet effet l'ennemi du rythme rapide, mais ceci peut probablement se discuter. Remarquez que la chaleur et le massage viennent à bout de bien des cas. Mais dans les cas chroniques dont un désordre mécanique est à la base, nous aurons recours à la...

3. **T r a c t i o n e t à l' é l o n g a t i o n** soit à la main, soit à la suspension dont les types varient, soit à la table d'extension du type Lavernieux que l'on peut improviser assez facilement en somme.

4. **D é b l o c a g e** et élongation ne suffisent pas toujours, il faut *débloquer*. Il y a la méthode de gymnastique médicale et la méthode des ostéopathes. L'une comme l'autre, à l'analyse, sont tellement semblables que je ne vois pas l'intérêt qu'il y a à vouloir les séparer. Un déblocage au cadre redresseur de Sambucy conserve le principe des ostéopathes, c'est-à-dire immobilise une partie pour pouvoir agir sur un point précis. — Les différents prises ne peuvent guère se définir, c'est un peu comme en Judo, il faut les apprendre petit à petit. Nous aurions intérêt à les étudier dans nos rencontres.

Après le déblocage et l'assouplissement, il faut refaire des muscles mais «remuscler» juste, c'est-à-dire avec la prise de conscience de la position.

J'ajoute certaines postures Yogi qui ont des effets merveilleux tant au point de vue décontracture, déblocage et renforcement des muscles.

Pour conclure efficacement cette étude, il faudrait passer à la démonstration pratique. Si la chose est difficile dans notre revue, elle l'est moins dans nos cercles d'études. Mais si des collègues s'intéressent particulièrement à ce problème, nous pourrions l'aborder dans un prochain congrès.

*Georges Bex.*

Ouvrages consultés: Gymnastique correctrice de Sambucy. Ed.: A. Legrand. — La gymnastique corrective du Dr. Balland et Grozelier. Ed. A. Legrand. — Sciatique et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux par D. Petit-Dutaillès et S. de Sèze. Masson éditeur. — L'ostéopathie du Dr. Lavezzari, Doin éditeur. — L'ostéopathie du Dr. Piédallu: Editions Bière. — La spondylarthrite ankylosante des Drs. Brocher et Forestier, F. Rouge éditeur. — Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique de Policard. Editions Masson.

## Analyse de Livre

*F. Bach (Londres) Recent advances in Physical Medicine, Récents progrès en Physiothérapie) J. et A. Churchill, éditeurs à Londres. 1950. Un volume de 490 pages et 93 figures.*

Nul n'était plus désigné que F. Bach pour entreprendre et réussir ce livre avec 37 collaborateurs choisis avec un soin particulier pour leur compétence indiscutée: beaucoup d'entre eux, tels que Buckley, Cyriax, Mrs. Guthrie Smith, Kersley, Ling, Donald Wilson, ont acquis un renom international. Voici bien des années que Bach s'est adonné à la Physiothérapie (le terme

anglais (*Médecine Physique* serait d'ailleurs plus exact parce que plus compréhensif) tout autant qu'à la Rhumatologie, nul n'a plus contribué que lui à la dégager de l'Empirisme et à créer le diplôme universitaire de Médecine Physique.

Dans sa Préface, il insiste sur la double orientation qui s'est affirmée depuis 30 ans surtout: l'emploi de plus en plus fréquent *d'appareils de mesure* de plus en plus précis, l'intérêt grandissant porté à la *réhabilitation*, à la réadaptation et au reclassement professionnels, des invalides de guerre ou de l'industrie et des malades