

Verbandsmitteilungen

Objektyp: **Group**

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**

Band (Jahr): - **(1954)**

Heft 137

PDF erstellt am: **21.06.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

- sur les mouvements actifs, sur leur direction, leur étendue, leur rapidité;
- sur la force déployée au cours des différentes phases du mouvement;

L'éducation du sens musculaire pose donc, en gymnastique et en cinésithérapie des problèmes psycho-techniques et méthodologiques spéciaux.

Enfin, en face de la contraction musculaire volontaire, on peut diviser les muscles qui entrent en action, en quatre catégories:

A. *Les muscles moteurs, agonistes et synergiques:* (ex. biceps-brachial antérieur — long supinateur).

B. *Les muscles antagonistes ou freinateurs:* (en fonction de l'exemple précédent: triceps brachial).

C. *Les muscles directeurs:* (ex.: mettre la main sur l'épaule opposée: muscles moteurs = fléchisseurs av.-br. sur le bras; muscles antagonistes = freinent au moment opportun, permettant un mouvement rapide et non brusque: muscles directeurs = qui impriment à l'humérus le mouvement de rotation et à l'avant-bras et à la main, la direction précise pour atteindre la place voulue. Ce simple geste permet de concevoir la complexité du jeu des muscles directeurs).

D. Enfin, *les muscles fixateurs:* ainsi le simple fait de lever un bras met en jeu l'action fixatrice des muscles scapulaires, etc.

Cette classification n'est valable que pour un instant donné du mouvement, le rôle des différents muscles changeant constamment et proportionnellement à la difficulté et à la complexité des mouvements exécutés.

Si les physiologistes avouent que la mécanique musculaire est un terrain encore à peu près vierge dont l'exploration est presque entièrement à faire, ne serions-nous pas tentés, nous autres éducateurs, et cinésithérapeutes, essentiellement concentrés sur l'action, à nous réfugier plus simplement dans un empirisme de bon aloi, qui malgré ses faiblesses, a fait cependant ses preuves, et, a valu, à des générations de praticiens des résultats et des succès indiscutables?

Votre présence et votre attention autorisent à penser que, si grand et si redoutable que soit l'effort auquel nous sommes ainsi conviés professionnellement, elles constituent à tout le moins et valablement, une *prise de conscience*.

Et c'est ainsi, Mmes et Mrs, qu'encouragé par cette tacite adhésion, je vous entretiendrai, lors de notre prochaine rencontre, des possibilités de domination des activités physiologiques et psychologiques que peut conférer une éducation méthodique et constante, et dont éducateurs et kinésithérapeutes doivent être la vivante expression, pour le plus grand bien et le plus grand profit de nos élèves et des malades qui nous sont confiés.

Revue commentée de la presse

La «sporadicité» de cette chronique — qui nous a valu les regrets de bien des lecteurs, est due, avant tout, au manque de place, à des moyens matériels insuffisants, et aussi à des impératifs personnels. Le temps aidant, il faut espérer qu'une rubrique bibliographique, s'avérant toujours plus nécessaire, pourra enfin, devenir constante et permettre au lecteur-physio praticien d'être tenu au courant des travaux et publications de valeur. Il faudrait aus-

si — et cela devient un truisme de le répéter — qu'une collaboration soit assurée à la rédaction!

Essayons, cependant, une brève revue de la presse spécialisée de ces derniers mois:

Revue belge de kinésithérapie. — Sous la signature de son rédacteur J. Verleysen parait une vaste et fort intéressante étude générale sur «Histoire du massage et de la

gymnastique médicale», commencée au début de 1952. Une solide érudition historique et technique rend cette étude fort attrayante et instructive. Une illustration de valeur complète, on ne peut mieux, ce travail si méritoire qui comble une lacune dans notre littérature professionnelle de langue française.

Par ailleurs de nombreux articles consacrés à la vertébrothérapie, notamment, nous fourniront l'occasion d'utiles références lors d'une prochaine étude générale sur ce sujet, inspiré par les travaux de l'école anglo-saxonne, en particulier.

Signalons encore une chronique bibliographique, excellentement tenue, et presque entièrement alimentée par le même auteur.

Physiotherapy, Journal of the Chartered Society of Physiotherapy, Londres. —

A votre intention, nous avons traduit une vingtaine d'articles consacrés à la vertébrothérapie et que nous condenserons dans l'étude générale annoncée plus haut. Ce sera l'occasion d'essayer de tirer les enseignements utiles, dans le cadre de nos techniques professionnelles, et par comparaison, des écoles anglo-saxonnes, allemande et française. D'autres articles consacrés au traitement physiothérapique des affections rhumatismales, circulatoires, respiratoires, etc., seront également résumés ou publiés intégralement par la suite.

Revue hollandaise de gymnastique médicale, massage et physiothérapie, a publié également plusieurs articles sur la vertébrothérapie et le traitement conservateur. Référence en sera aussi donnée ultérieurement. Le dernier numéro, juin 1954, est presque entièrement consacré à la thérapie occupationnelle. En outre, un article du Dr. W. Mol, sur la «Formation du masseur-kinésithérapeute» contient des idées d'une valeur internationale, que nous résumerons ici, dès que nous aurons le loisir d'en faire la traduction. L'auteur nous est bien connu depuis le VI^e Congrès International, aussi nous associons-nous à la Revue Hollandaise pour féliciter M. le Dr. Mol, qui vient d'être nommé, pour la première

fois, en Hollande, «lecteur» officiel en orthopédie.

A l'occasion du dernier Congrès International, nous avons fait paraître (voir No 125) un article dans lequel nous signalions, notamment, l'exceptionnelle réalisation bibliographique, de la Fédération Néerlandaise.

Or, elle vient d'éditer un nouvel ouvrage: «*Massage des Zones réflexes*» du Prof. Dr. W. Kohlrausch, version hollandaise par J. de Bakker, Administrateur au Comité International et Kinésithérapeute-masseur, à Alkmaar. Et notre regret s'accroît, en face des difficultés de la langue hollandaise, que cette belle oeuvre fédérative ne soit pas accessible à la majorité de tous les physiopraticiens de langues étrangères.

Passons maintenant aux publications françaises:

Revue des masseurs-kinésithérapeutes, Organe de la Confédération Nationale des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Par ses chroniques de la «vie confédérale» et de la «vie des syndicats» le lecteur est tenu au courant de la foule de problèmes — assurances sociales, mutualité, fiscalité, sécurité sociale, législation des loyers, etc. qui gravitent autour de la vie professionnelle proprement dite.

Dans sa rubrique consacrée à la *Kinésithérapie*, signalons:

No 33, déc. 1953: *Arthroplastie du genou du Dr. Charry* qui, après avoir précisé les indications et la technique arthroplastiques, rappelle, au sujet de la préparation pré-opératoire l'utilité de: «favoriser la trophicité musculaire: massages, contractions statiques». Pour les soins post-opératoires, l'auteur précise:

1^o Ne jamais mobiliser «à la main» au cours de la convalescence; c'est le procédé le plus détestable; il est susceptible de créer des arrachements microscopiques ligamentaires, générateurs de raideurs. J'utilise uniquement la mobilisation passive au tourniquet faite par une tierce personne patiente, selon la technique de Momsen qui, elle, sait tendre et attendre et ne dépasse jamais son but.

2^o Masser quotidiennement, ajouter au massage la rééducation par l'opéré lui-même, passive d'abord, activo-passive ensuite et très tôt.

3^o Ne pas se décourager de gains lents. Ils sont susceptibles de continuer à se produire de longs mois après l'opération alors que tout espoir semble perdu.

No 34, janvier 1954: un article sur *Classification générale des maladies rhumatoïdiques*, tiré du *Concours médical*. Rappel opportun à une époque où le terme «rhumatisme» est suranné et où les affections rhumatismales augmentent dans tous les pays.

No 37, avril 1954: *Diagnostic pratique des Lombalgies*, du Dr. J. Welfling, rappelle que, schématiquement, on peut distinguer deux cas: *Lumbago aigu et Lombalgies chroniques et récurrentes*.

Malgré sa banalité, l'auteur pense que le lumbago aigu mérite un examen radiographique chaque fois qu'on en a l'occasion, car, précise-t-il, on aime à se rassurer par la vue d'un rachis lombo-sacré normal, lorsqu'on a eu plusieurs fois des surprises inattendues comme la découverte, dans un lumbago aigu apparemment banal, d'une fracture vertébrale, de l'écrasement d'une vertèbre cancéreuse, d'un mal de Pott, etc.

L'auteur rappelle aussi que la signification du lumbago aigu reste controversée:

1. *Le lumbago banal, traumatisme*, d'origine mécanique reconnue dans la majorité des cas où l'on retrouve des antécédents traumatiques immédiats. Vu l'intrication fréquente avec la sciatique; probabilité dans beaucoup, sinon dans tous ces lumbagos d'une origine *discale*, dont la nature de la lésion reste encore incertaine: hernie, protrusion du «nucleus pulposus» qui tend ou déchire la partie postérieure de l'anneau fibreux discal? compression exercée sur la dure-mère? brusque modification de l'hydratation, donc de la turgescence du «nucleus pulposus»? Pour d'autres auteurs, en particulier les anglosaxons, il existerait d'autres causes très

diverses au lumbago aigu banal traumatique, et dont beaucoup ne seraient pas discales: entorse sacro-iliaque — entorse lombo-sacrée — déchirure du ligament jaune — subluxation des apophyses articulaires inférieures de L 5 — hernie douloureuse fibro-graisseuse de Copeman (au travers de l'aponévrose sous-cutanée), etc.

Toutes ces discussions n'ont du reste guère d'incidence sur l'attitude thérapeutique, mais laissent assez incertain sur le mode d'action de celle-ci, lorsque, ce qui est fréquent, elle est couronnée de succès.

On s'explique assez mal, par quel mécanisme réflexe une lésion traumatique, probablement minime, et sans doute non univoque, engendre une contracture rachidienne aussi intense et aussi étendue.

L'auteur passe ensuite en revue les autres causes du lumbago aigu, toujours dans le domaine traumatique, où la radiographie peut révéler des surprises: fracture parcellaire d'un corps vertébral — fractures multiples, en «barreaux d'échelle» de plusieurs apophyses transverses — anomalie congénitale — hernies rétro-marginales antérieures — spondylolyse avec spondylosthésis — anomalie transitionnelle lombo-sacrée — et le lumbago goutteux, le lumbago herpétique, le lumbago essentiel non traumatique (où la douleur survient spontanément, sans autres causes provocatrices que celles qu'on observe si fréquemment à l'origine d'algies dites «rhumatismales» de siège varié: refroidissement, petite infection rhino-pharyngée, changement météorologiques. Constatant que, malgré leur fréquence, on reste bien ignorant de la cause anatomique de ces Lumbagos, le Dr. Welfling pense, après J. Lacapère, qu'il s'agit de modifications physico-chimiques de la constitution du nucleus pulposus, et notamment de la polymérisation de l'acide hyaluronique qui le constitue en grande partie, d'où des changements de sa turgescence et de sa résistance mécanique. Il est possible après de nombreuses récurrences, qu'on ait là l'explication d'affaissements discaux apparemment idiopathique si fréquemment rencontrés à l'âge mûr.

Enfin, parlant des *Lumbagos trompeurs*, l'auteur rappelle qu'il faut toujours se méfier des lumbagos survenant sans cause apparente, récidivant et s'intensifiant à chaque rechute, ou durant de façon anormale. Les surprises radiologiques confirment l'utilité de l'examen radiographique et de laboratoire.

Abordant le traitement du lumbago traumatique banal, l'auteur cite, entre autre, les *manipulations vertébrales* auxquelles il reconnaît assez souvent des succès immédiatement spectaculaires, mais auxquels on peut reprocher leur caractère aveugle et parfois brutal, et les *élongations vertébrales*.

Cette remarquable étude se poursuit par les *lombalgies chronique et récidivantes* (dont le diagnostic étiologique mériterait d'être cité entièrement, mais auquel, il nous faut renoncer cette fois, faute de place), les *lombalgies de causes inflammatoires*, les *lombalgies d'origine neurologique*, les *lombalgies par lésions osseuses non inflammatoires*, les *lombalgies d'origine viscérale*.

Parmi les ressources thérapeutiques limitées aux algies d'origine statique, l'auteur déclare que, dans l'ensemble des traitements mécaniques conviennent à ces algies d'origine mécanique :

- Correction d'un déséquilibre éventuel
- Gymnastique rééducative
- Repos nocturne sur un lit relativement dur
- Utilisation des agents physiques
- Prescription d'antalgiques
- Utilisation des stéroïdes génitiaux
- Tractions vertébrales
- Manipulations vertébrales
- Port d'un lombostat.

Cahers techniques du Syndicat des Masseurs-Kinésithérapeutes de Paris et de la Seine. Lors d'une récente rencontre à un Congrès, son distingué président M. E. Gisselbrecht nous a remis amicalement les «cahiers techniques» de ce sympathique et actif groupement professionnel.

Signalons donc quelques sujets de grande actualité, sur lesquels nous reviendrons, bien entendu :

Le Kinésithérapeute devant la douleur par le Prof. Guy Laroche

Le massage et la kinésithérapie dans les déséquilibres neuro-endocrinien, par le Dr. J.-A. Huet.

Le massage plastique de Jaquet-Leroy

Les appareils de prothèse moderne dans la Polyomyélite; utilisés aux Etats Unis, par le Dr. Dingemans, de l'Université de Lausanne.

Retenons ici l'opinion de l'auteur, en face de nos professions :

«A notre point de vue nous sommes persuadés, que la carrière de physiothérapeute liée à celle de rééducateur spécialisé pour les domaines de l'orthopédie, prendra de plus en plus d'essor.

Le développement magnifique de cette carrière que nous avons pu observer en Angleterre et en Amérique, devra être pour vous un vif encouragement.

Dans les centres de Réhabilitation Nord-Américaine on insiste beaucoup sur l'importance de la formation de l'Equipe de toutes les personnes ayant des spécialités diverses et qui doivent s'occuper d'un même patient.

Régulièrement, et en présence du patient, ces différentes personnes se réunissent pour exposer chacune leur point de vue et coordonner leurs efforts.

Ce qui est intéressant, lorsqu'on assiste pour la première fois à de tels meetings, c'est l'absence presque complète de hiérarchie. Les médecins estiment qu'ils ne peuvent rien sans l'entière collaboration et la compétence particulière des autres membres du système sanitaire et réciproquement.

Côte à côte on voit donc les médecins des différentes disciplines qui ont eu affaire au malade, les infirmières, l'orthopédiste, les physiothérapeutes, et les rééducateurs, le psychologue, l'assistante sociale, l'orienteur professionnel, les maîtres de travaux manuels et d'occupation par le travail. S'il s'agit d'enfants, on y ajoute ses propres professeurs et les personnes qui s'occupent journallement de lui.

Chacune de ces personnes, non seule-

ment peut, mais doit exprimer librement ses opinions et ses points de vue, ils peuvent parfaitement contredire un professeur, et le malade lui-même y joue souvent le rôle principal, exprimant ses réactions, ses désirs, ses satisfactions ou ses déceptions.

Annales de Cinésiologie appliquée, Revue de la Société Française de Rééducation Physique.

Dans notre No 135, nous avons signalé les Journées Nationales d'Étude de Brest dont un bref compte-rendu paraîtra ici. Cet organe trimestriel reflète une très haute valeur professionnelle et technique et contient de nombreux et variés articles de kinésithérapeutes et rééducateurs. C'est dire, par avance, que nous en reparlerons amplement dans cette rubrique.

Pour l'orientation de nos lecteurs, il nous plaît de signaler au sommaire du dernier numéro deux articles de son président M. Petat sur:

Du mouvement à l'exercice thérapeutique. Technique de la Gymnastique anti-Algique Lombo-sacrée
et

Simple réflexions sur l'élongation de L. Barnier. Traitement kinésithérapique des Algies vertébrales de L. Charrière.

Revue de Kinésithérapie, Organe officiel de la Société de Kinésithérapie, Paris.

Les éditoriaux de son président-fondateur, M. R. Morice restent, avec un grand sens de l'actualité, centrés sur la défense professionnelle et son adaptation constante aux nécessités sociales et thérapeutiques.

Les derniers numéros sont entièrement consacrés à des comptes-rendus de congrès. Signalons notamment:

Les différents aspects de la masso-kinésithérapie de J. Dupuis-Deltor.

Traitement Kinésithérapique pré et post-opératoire des tumeurs thoraciques, de Mme L. Larget.

Les méthodes de rééducation en pneu-

mologie et chirurgie thoracique (du Prompton Hospital de Londres et du Dr. Cara de Laënnec) font l'objet de cette communication. La conclusion mérite la citation:

Venant après les grands progrès de la technique chirurgicale et de l'anesthésiologie, qui ont permis des interventions plus osées et peu dangereuses, la méthode du Brompton Hospital utilement complétée par les remarques du Dr. Cara a permis d'amener les malades mieux préparés et de simplifier les suites opératoires. La rééducation contribue donc largement aux progrès actuel de la chirurgie thoracique, entre autres elle la rend encore plus bénigne et en diminue les séquelles.

Le Kinésithérapeute a désormais sa place dans l'équipe chirurgicale thoracique.

Puis, *Kinésithérapie en Obstétrique*, de Mlle Harlin, que nous entendrons sur le même sujet au prochain Congrès International.

Les cicatrices vicieuses, leur traitement chirurgical et kinésithérapique, par le Prof. J. Villar.

Méthode pour l'évaluation chiffrée de la mobilité et de motilité des articulations, par le Prof. Ch. Rocher. Les traumatismes tendineux et leurs suites, par le Prof. Pouyanne.

L'auteur précise qu'aucune kinésithérapie, qu'aucune mobilisation passive ne remplacera la sollicitation active du tendon par le muscle se contractant sous la volonté de l'individu.

Il ajoute, c'est là que le kinésithérapeute doit jouer un rôle important par son ascendant sur le blessé, par sa force de persuasion, par la clarté de sa démonstration. Il s'agit d'apprendre à un malade à se servir d'un instrument dont il a perdu le jeu.

Sous cet angle se justifie pleinement nos préoccupations personnelles de mise de l'accent sur les *notions fondamentales psycho-physiologiques et méthodologiques du mouvement volontaire indispensables en Kinésithérapie, dont le lecteur trouve la fin dans le présent numéro.*

(A suivre.)

F. P. Voillat.