

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: - (1957)

Heft: 153

Artikel: La rééducation de la marche

Autor: Dingemans, Gui

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930843>

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: 22.11.2025

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

très vaste échelle, région par région, et non laissée au hasard des enthousiasmes et des hostilités des familles. Il importerait que le public soit rassuré sur la valeur du vaccin, conscient de son innocuité spectaculaire (par rapport à tant d'autres vaccins), de son efficacité importante, mais relative. Il faudrait que l'usage du vaccin soit sévèrement contrôlé et prescrit par des spécialistes attitrés.

Il a été établi que la vaccination ne semble avoir que peu d'influence sur l'incidence de l'infection intestinale inapparente à laquelle on peut attribuer à la

fois la diffusion du vaccin et l'établissement de l'immunité spontanée, parmi les populations naturellement protégées. Ainsi, des sujets vaccinés peuvent quand-même être porteurs et éliminer des virus potentiels par les matières intestinales.

La vaccination par le virus mort (qui n'est qu'un pis-aller pour déclencher des anticorps immunisants) ne détermine que la présence provisoire d'anticorps, d'où la nécessité de plusieurs vaccinations de rappel. Mais une injection de rappel suffit à remonter le niveau des anticorps de façon spectaculaire.

La rééducation de la marche

La 3e partie du symposium a été consacrée à ce sujet.

GROSSIORD (Garches, France) a exposé une thèse sur la physiologie normale et la physio-pathologie de la marche. Après avoir rappelé les phénomènes de la marche automatique démontrée chez le nouveau-né par André Thomas et qui se perd avec le développement de l'intelligence de l'enfant, l'auteur démontre l'extraordinaire adaptation neurologique de la nature à la coordination musculaire pour l'équilibre d'un individu bipède par rapport à la pesanteur en conflit avec la statique du corps. Il démontre comment la déficience de seulement 2 des nombreux facteurs coordonnés suffit pour rendre les possibilités compensatrices du malade pratiquement impossibles.

La démarche de l'homme dit normal est le résultat d'un état obligatoire de compensation à une position rectiligne du corps, qui, lui-même, possède des proportions désavantageuses par rapport à ses conditions de vie.

L'homme est une sorte de mammifère primate monstrueux, exemple typique de «néoténie» (ou conservation de caractères embryonnaires ou fœtaux dans la vie adulte). Ainsi, les membres supérieurs sont trop courts par rapport aux membres inférieurs. L'homme ne peut marcher droit qu'aux dépens de la formation d'une

lordose physiologique faisant supporter à la 5e vertèbre lombaire, placée en «porte-à-faux) tout le travail de l'équilibre de compensation (lordose plus prononcée chez la femme), le centre de gravité de la tête (macrocéphale) est trop haut par rapport à la 2e lordose de compensation de la colonne cervicale, les arcades dentaires rétractées font apparaître le nez et le menton, vestiges des proportions passées de la mâchoire. La nudité du corps, la difficulté d'assimilation d'aliments non dégradés par le feu, etc., font apparaître l'état infantile du corps humain; or, il est remarquable de constater la faiblesse de puissance musculaire par centimètre cube de muscle d'homme par rapport à la même unité musculaire chez les principaux primates. Mais les facultés de compensation des paralytiques montrent les tendances instinctives au meilleur emploi opérées par la nature. Ce sont sur ces facultés de compensation statique, physiologique et psycho-physiologique que sont fondés tous les principes de réadaptation et de rééducation exposés par les divers congressistes, réhabilitation où apparaît toujours l'importance de l'individualité des cas et l'impossibilité des générations de techniques, de méthodes ou de principes. —

Les différents aspects de l'utilisation et de l'opportunité des moyens offerts par

la physiothérapie, la mécanique de prothèse et la chirurgie ont été confrontés au cours du 3e symposium de Bologne par de nombreux auteurs de différents pays.

De la synthèse des communications des auteurs, il ressort qu'il n'existe pas, à proprement parler, une thèse kinésithérapique contre l'usage précoce des appareils orthopédiques. L'époque des interventions chirurgicales, que plusieurs médecins ne voudraient pas voir situer moins de deux ans après la phase aiguë de la maladie, relève cependant de cas d'espèce. S'il est prudent de ne pas pratiquer des interventions irréversibles (telles que l'arthrodèse des grandes articulations) avant que le bilan définitif des paralysies et le pronostic des déformations soient établis, il est souvent possible de faire ces pronostics quelques semaines seulement après la phase aiguë.

Le problème des scoliozes et des greffes ostéosynthétiques d'Albi pour la colonne vertébrale reste l'affaire la plus délicate. Les transplantations musculaires ont donné des résultats magnifiques.

Les appareils orthopédiques doivent être considérés comme des moyens complémentaires et des adjuvants aux traitements et non pas comme la concrétisation de l'échec de la physiothérapie ou comme un pis-aller. Ainsi, doit-on distinguer des appareils ayant un but curatif et prophylactique pendant le cours du traitement (lutte contre les déformations et les mauvaises positions susceptibles d'être acquises durant les heures en dehors des traitements), puis les appareils fonctionnels de remplacement. On peut concevoir un premier stade d'appareils de fortune ou d'essai, simples et bon marché (pendant la phase de récupération active de la maladie), un stade d'appareils de complexité moyenne, en particulier pour les enfants en état de croissance, ou en attendant l'âge opportun d'une opération chirurgicale, et en dernier lieu le stade des appareils très perfectionnés et définitifs, une fois le plafond d'une amélioration atteint (en particulier chez l'adulte).

HEPP (Allemagne) conçoit l'utilité des appareils très légers pour enfants.

HOUSSA (Belgique) remarque qu'une certaine force d'inertie, et par conséquent, un poids notable, doivent souvent être envisagés pour les appareils, afin d'utiliser les effets de la pesanteur, (mouvement pendulaire). Les opérations chirurgicales doivent avant tout s'adapter à la profession et au milieu de vie d'un patient. Un blocage de genou, catastrophique pour un citadin devant s'asseoir dans les transports publics, par exemple, sera au contraire opportun chez un campagnard ou un montagnard isolé, un bon moignon de jambe est parfois préférable à un pied défavorablement déformé.

Certaines divergences de vues existent quant à l'opportunité de lever le malade précocement après la phase aiguë, ou plus tardivement afin d'éviter les déformations précoces. Il ressort des différentes communications que la majorité des auteurs sont pour un lever précoce afin de ne pas perdre le bénéfice du souvenir de l'image motrice du mouvement.

Selon SCHWARZ (Belgique) l'appareillage peut permettre à l'enfant de se lever le plus tôt possible et favoriser l'état psychique du mouvement. Il ne faut pas cependant que l'appareil fonctionnel soit une cause de paresse.

Au début du traitement, la gymnastique analytique semble préférable à la gymnastique globale dite de masse, qui peut initier à de mauvaises combinaisons de compensation et risquer de négliger certains régimes musculaires. Des muscles sains peuvent prendre trop précocement la place fonctionnelle de muscles en état d'évolution. L'immobilisation et le plâtrage présentent de grands dangers. Pourtant des méthodes chirurgicales peuvent rendre rapidement à un malade une fonction qui, de toute façon, ne reviendrait plus.

La plupart des médecins sont défavorables à la gymnastique collective en grande piscine du type américain, mais le traitement dans l'eau chaude donne des résultats excellents. Certes, l'eau ne correspond pas à la réalité naturelle par suite

de l'inversion de la pesanteur et des conditions de la poussée d'Archimède qui peuvent déterminer chez les patients devant apprendre de nouvelles combinaisons motrices, de faux mouvements et des réflexes inutilisables à l'air libre, mais il a été établi que ces réticences sont surtout valables pour la position verticale.

LEROY (France) insiste sur l'architecture très particulière à laquelle doivent répondre la piscine de traitement ou la baignoire américaine en forme de trèfle.

Le traitement sous l'eau peut être analytique et ne consiste pas uniquement en une thérapeutique globale, bien que cette dernière méthode doive prendre place dans une rééducation active plus que passive par le moyen de la thérapeutique par l'occupation en considérant l'influence psychologique primordiale de ces méthodes. —

LE GRAND et ROSSI (Suisse) ont insisté sur la nécessité de ne pas oublier le facteur «fatigue» et la saturation de l'effort physique et nerveux des malades dont les progrès peuvent être compromis par l'exagération de la routine des traitements. On a fréquemment observé qu'une courbe de progrès, apparemment arrivée à un plafond, se trouverait spontanément remontée chez des malades après une période bénéfique de quelques jours ou quelques semaines de récréation et de repos. La perte de la volonté du mouvement est souvent due selon nous à une fatigue psychique et musculaire augmentée et à la lassitude provoquée par la disproportion entre l'effort demandé et la faiblesse du résultat mécanique obtenu. Là, la séance de piscine collective, sous forme de récréation, est justifiable car elle libère provisoirement le malade de «l'enchaînement à la pesanteur». Mais de toute manière, les activités libres ou dirigées des patients doivent toujours être accomplies sous contrôle sévère des spécialistes et une liste des activités défendues doit être aussi bien dressée que celle des activités recommandées. Les stations vicieuses, surtout en position assise, doivent particulièrement être surveillées.

SHARRARD (Angleterre) a remarqué que le membre libre récupère mieux que le muscle en extension.

D'autres auteurs ont préconisé une mise en extension des muscles malades, mais la tension permanente est considérée par la plupart des auteurs, comme étant une très mauvaise condition de travail.

La mise en tension d'un muscle pour un travail donné est une question de cas d'espèce et de doigté de la part du physiothérapeute et du masseur. MATTHIASH (Allemagne) expose qu'une mise en tension maximum brève provoque dans un muscle isolé de la volonté du cortex, un transfert de stimulus essentiellement réflexe et utile contre l'atrophie. Or, on se trouve dans une situation paradoxale quand on doit étendre pendant de longues périodes une articulation d'un membre menacée de rétraction. De toute façon, l'action bénéfique de l'eau chaude ou des compresses chaudes selon la méthode de Sister KENNY, accompagnée de mobilisation passive précoce pour lutter contre les contractures, semble avoir fait ses preuves.

On considère que les massages restent dans le cadre des traitements provocateurs de stimulus réflexe. La mécanothérapie garde sa raison d'être en vue de la gymnastique active analytique, mais l'électrothérapie est peu retenue. Liliana NICOLOFF (Italie) montre que seul le traitement manuel directement appliqué par la nurse physiothérapeute est valable chez le très jeune enfant.

FANCONI (Suisse) a relevé la difficulté du problème présenté par l'éducation à la marche de l'enfant paralytique qui n'a jamais marché de sa vie. Il a également engagé la discussion sur le problème primordial de la psychologie et des manifestations de l'image motrice chez les malades. —

DE TONI (Italie) pense que la gymnastique segmentaire ne détruit pas l'image motrice.

VINOHOUROV (U.R.S.S.) pense même qu'elle doit la stimuler mais que l'influence du psychisme est considérable et peut être un élément stimulateur irremplaçable

ou au contraire un obstacle aux effets de la physiothérapie ou de la chirurgie. Il attache une grande importance au développement des mécanismes psycho-somatiques naturels de compensation, phénomènes qui doivent naturellement être canalisés par les spécialistes. Ainsi des malades parviennent-ils parfois spontanément à se passer de leurs appareils orthopédiques. En Russie, les exercices de marche sont souvent accompagnés de musique.

LEROY (France) soulève tout le problème de l'image psychomotrice des mouvements et de la perte fréquente et précoce de la mémoire du mouvement chez les poliomyélitiques. Il faut distinguer entre la perte du «pouvoir» la perte du «savoir» puis la perte du «vouloir» qui représentent les trois stades dont sont souvent victimes les malades.

Après s'être plaint de «ne plus pouvoir», le malade répondra plus tard «qu'il ne sait plus».

Même si les diverses sensations somatiques et sensitives sont données artificiellement au patient (y compris le toucher, la vue, l'audition) il peut manquer la sensation de la sensibilité neuro-musculaire profonde pour la contraction volontaire, la perte du sentiment du tonus musculaire chronique qui ne disparaît que pendant le sommeil.

GROSSIORD (France) loin de minimiser la réalité et la complexité du problème qui intéresse la haute physiologie, ne pense pas qu'il faille y attacher une trop grande importance dans la routine pratique des traitements, car le malade doit souvent établir de nouvelles combinaisons réflexes, différentes et parfois inversées par rapport à l'ancienne image motrice, oubliée ou non. (Cas des transplantations.)

Qu'advient-il des sujets qui restent immobilisés pendant des mois et des années pour une autre cause que la paralysie infantile (osseux, plâtrés, etc.)? Il est certain qu'une paralysie d'abord effective peut devenir simplement fonctionnelle (après un traumatisme, par exemple) et que les poliomyélitiques ne sont pas

exempts de ces réflexes de blocage, quand apparemment des muscles non atrophiés ne se contractent pas.

Nous pensons personnellement qu'il existe un phénomène d'interférence réflexe dû à la non-concordance de l'image motrice conçue, et ne disparaissant jamais du cortex, avec l'effet mécanique insuffisant produit en raison du bouleversement des combinaisons anciennement possibles. Ainsi un homme normal se trouve-t-il inhibé lorsqu'il veut exécuter certains mouvements complexes asymétriques en s'observant dans un miroir qui inverse l'effet visuel attendu.

Or, un amputé, en particulier, un désarticulé de membres, conserve l'image motrice et en est même gêné quand il est capable de se donner la sensation de mouvoir parfaitement dans l'espace un membre fantôme qui n'existe plus.

Alors que tous les réflexes exécutés par un côté du corps peuvent être rapidement appris en se transposant sur le côté opposé (cas des artistes ou des artisans amputés de la main droite qui apprennent rapidement à travailler de la main gauche ou des aveugles pour lesquels l'écriture braille suivie de la main gauche peut être immédiatement retranscrite de la main droite mais selon une image inversée «type miroir») le sujet paralysé d'un seul membre semble pourtant subir la perte de l'image motrice pour ce membre, alors que l'on pourrait s'attendre à ce que l'existence du membre sain puisse retransposer l'image motrice symétrique sur le côté malade. Le paralysé rêve souvent qu'il se comporte sans infirmité.

En fin de compte, divers auteurs ont présenté des communications relatives à l'organisation des centres de rééducation. En dehors des problèmes techniques et de matériel, plusieurs médecins ont insisté sur la nécessité de la collaboration de la famille, sur l'importance de rechercher dans les institutions l'ambiance de vie et de travail se rapprochant le plus possible de la vie normale et de la vie de famille pour les enfants. Un total de 100 à 150 lits semble être un maximum compatible

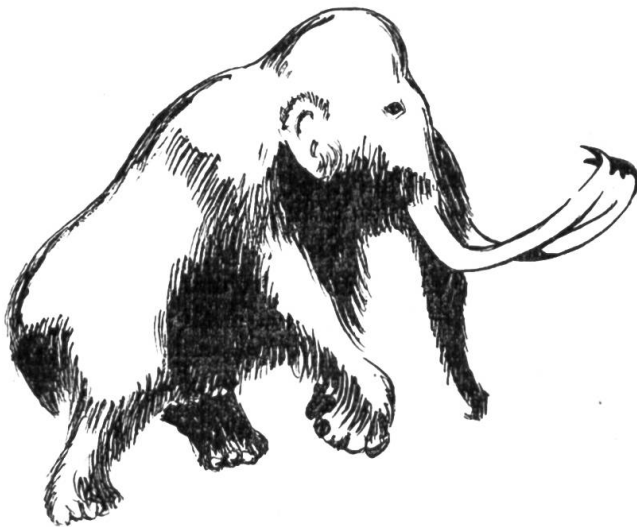
avec la discipline d'une unité sanitaire. La constitution d'unités satellites, à effectifs réduits, agglomérées autour d'un centre de traitement, paraît être une solution d'avenir compatible avec les exigences techniques et les besoins psychologiques des malades. L'école en clinique, puis l'École spécialisée, éventuellement rattachée à une Ecole pour enfants normaux, semblent une chose primordiale, en particulier pour les jeunes sujets définitivement infirmes. De nombreux pays ont

réalisé dans ce domaine des œuvres merveilleuses.

L'action sociale doit compléter l'action médicale dès les premiers instants des soins donnés aux malades. La technique et le progrès doivent s'adapter aux besoins des personnalités humaines.

Gui Dingemans.

Ce symposium a été communiqué par Monsieur L. Jacot au cercle d'étude de la Section Vaudoise en janvier 1957.



L'application des bains de boues natives remonte à 3 mille ans.

Les bains de boues natives de Neydharting

ont fait mille fois leurs preuves pour les indications:

inflammations de l'appareil génital féminin.

affections rhumatismales des articulations, arthrose.

retour d'âge, hypertonies, suites de fractures, luxations, distorsions.

Demandez à titre gracieux «les indications et mode d'application de la cure de boues de Neydharting»

G. V. Moorbad Neydharting
M. Schibli, Badenerstr. 41, Zürich 4.

Locaux a louer à Lausanne

Médecin s'installant à Lausanne pour le 24 novembre 1957 dans immeuble neuf au centre de la ville, cherche à sous-louer deux pièces avec entrée indépendante, qui conviendrait spécialement bien pour un masseur. — Faire offres au

Dr. G. Mercier, Les Diablerets.

Zu verkaufen:

Ein Glühlichtbad mit Aufhängevorrichtung

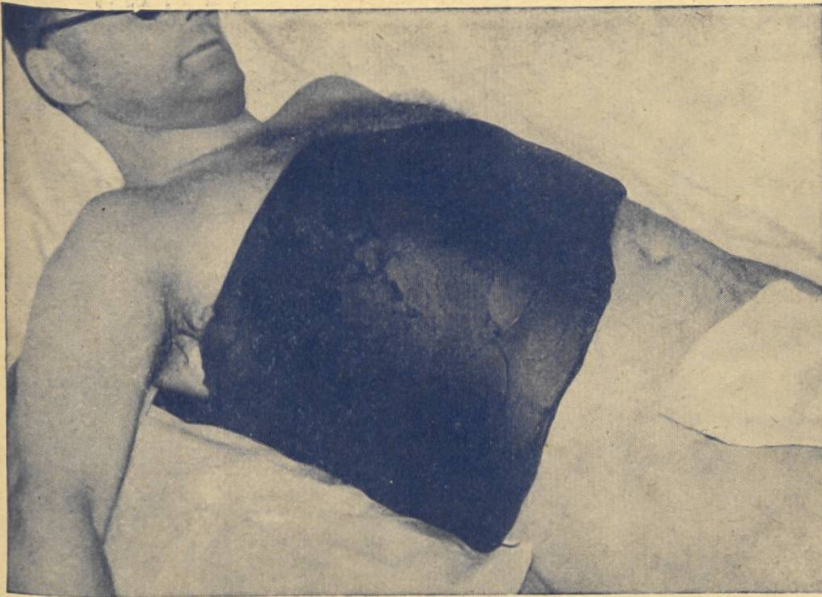
Ein Galvanisator mit div. Elektroden.

Ein Sprudelapparat (Aerophor)

Interessenten erhalten nähere Auskunft unter Chiffre 366 an die Redaktion Thalwil.

PARAFANGO DI BATTAGLIA

verbindet die Heilwirkung des Fango di Battaglia mit derjenigen der Paraffinpackungen



So anschmiegsam ist Parafango!
Leber-Packung (2 kg)

Schmutzt nicht, schmiert nicht,
das Paraffin läuft nicht aus,
die Haare kleben nicht,
leicht sterilisierbar.

Tafeln zu 1 kg
Kartons zu 6 Tafeln
Klinikpack. zu 24 Tafeln.

FANGO CO. GmbH. RAPPERSWIL SG.

Tel. (055) 22 457

Auch Generaldepot des vulkanischen Mineralschlammes Fango di Battaglia (Säcke zu 50 kg)

VERBANDARTIKEL



mit Marke sind Vertrauensartikel

Chemisch reine Verbandwatte

in Zickzack-Lagen und Präßwickeln

Floc praktischer Watzepuffer und Nachfüllpackung

Kanta solide Gazebinde mit festgewobenen, nicht fasernd. Kant.: kleinste Breiten 1 und 2 cm

Gazebinden in allen Breiten

Imperma wasserfester Wundverband

Excelsior elastische Idealbinden

Elvekla elastische Verbandklammern

Compressyl Salbenkompressen, vorzüglich bei Hautverletzungen und Verbrennungen

Rumex Taschentücher aus Zellstoffwatte

Hymona Damenbinden

Silvis Gesichtstüchlein

Interessenten lassen wir auf Wunsch bemusterte Offerte zugehen

Verbandstoff-Fabrik Zürich AG.

Zürich 8

Seefeldstraße 153

Telephon (051) 2417



Hydroelektrische Vollbäder für jede Wanne
Kurzwellentherapieapparate
Galvanisations-
und Faradisationsapparate

BALDUR MEYER, ZÜRICH 8

Dipl. Elektrotechniker, Ing. SRI

Telephon 32 57 66, Seefeldstrasse 90

20 Jahre Erfahrung

Erste Referenzen

AZ
THALWIL

Phafag

MASSAGE-OEL

Fordern Sie bitte
Gratismuster an!

belebt und erfrischt die Haut
und hat einen unaufdringlichen,
sauberen Geruch. Es dringt oh-
ne jegliche Schmierwirkung so-
fort und vollst. in die Haut ein.

PHAFAG AG., Pharm. Fabrik, Schaan (Liechtenstein)

Ti-Bi

Emulsion

geruchbindendes Heilbad
bei Wundinfektionen
und Hautkrankheiten

A. Bernauer & Co., Hergiswil am See



**SCHWEIZER MASSEURE
verwenden Schweizer Moor!**

Einzigartige
Erfolge bei:

Rheuma

Ischias

Gicht

Muskel-

Haut-

Frauen-

Leiden

Neuzeitliche Moor-Therapie
mit **YUMA-MOORBAD** und
YUMA-Moorschwefelbad.
Schlammfrei! Kein Absetzen!
Alle Moor-Wirkstoffe in völlig
wasserlöslicher Form. 2 dl auf
1' Vollbad. Sofort gebrauchsfertig.

YUMA-Moorzerat-Packung
für Gelenk- u. Teilpackungen.
Anwendungstemp.: 60 Grad.
Wärmehaltung: 1—3 Stunden.
Saubere Handhabung.

Literatur und Muster durch:
Einziges Verarbeitungswerk
für **Schweizer Moor**:

YUMA-HAUS GAIS
Tel. (071) 9 32 33



● Vegetarier, Vegetarierinnen

wissen das köstliche Aroma biolog.
gezogener Früchte und Gemüse mit
gesundem Zellgefüge zu schätzen!

Prospekte und Schriften durch:

Boden-Aktivierung Rolf Koch Kriens 19 / Luzern
Ohne chemische Zusätze PS. Wer wünscht Lichtbildervortrag?

Redaktion:

Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Dorfs'r. 32 Thalwil
Für den französischen Teil: A. Rupertl, Avenue Druey 15 Lausanne
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Buchdruckerei W. Plöss, Zauphausstrasse 17, Zürich 4
Erscheint 2-monatlich