

Rôle de la Kinésithérapie dans les affaissements plantaires

Autor(en): **Riehling, Pierre**

Objektyp: **Article**

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): - **(1961)**

Heft 181

PDF erstellt am: **24.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930787>

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.

Rôle de la Kinésithérapie dans les affaissements plantaires

par Pierre RIEHLING, Kinésithérapeute, Lausanne.

Muscles de la flexion dorsale du pied.

Physiologie du jambier antérieur : Le jambier antérieur se fixe à la face interne du premier cunéiforme et à la partie adjacente du premier métatarsien. Il est fléchisseur dorsal, adducteur et supinateur.

La concavité de l'arche antérieure tend à s'effacer.

C'est en fin d'action que le jambier antérieur joue son rôle essentiel qui est de fléchir en masse le pied sur la jambe. Le siège en est naturellement tibio-tarsien.

Au maximum de sa contraction, on voit la première phalange de chaque orteil se fléchir sur le méta-tarsien; c'est une action indirecte.

Physio-pathologie : La paralysie du jambier antérieur, produit le valgus, auquel la tonicité du triceps ajoute un certain degrés d'équinisme.

Physiologie de l'extenseur commun des orteils :

Ce muscle étend les quatre derniers orteils, mais surtout, il fléchit le pied sur la jambe. Pendant ce mouvement, la pointe se porte en abduction et la plante en léger valgus. La physiologie de l'extenseur commun appelle quelques remarques.

1. La flexion dorsale du pied s'effectue d'abord dans la sous astragaliennne; l'astragal bascule en arrière. Sa partie postérieure s'enfonce sur le dos du calcaneum, tandis que son extrémité antérieure se relève. La flexion s'achève dans la tibio-tarsienne, mais l'extenseur commun ne peut puissamment cette articulation, que si la main du clinicien, solidarise astragal et calcaneum.

2. L'extenseur commun fléchit le pied sur la jambe avec beaucoup moins de force, que le jambier antérieur. Mais, il est plus intensément abducteur que celui-ci n'est adducteur. Si donc les deux muscles se contractent en même temps avec toute leur puissance, le pied se porte en flexion dorsale et en léger valgus. La flexion directe est due à leur contraction

synergique. Contraction complète pour le jambier antérieur, incomplète, pour l'extenseur commun. Il semble plus simple à priori, qu'il n'y ait qu'un seul muscle, pour assurer ce mouvement. Mais le pied doit être fréquemment porté en abduction et en adduction, au moment même, où il se fléchit. Cette nécessité impose l'action combinée de deux tracteurs musculaires, qui fléchisseurs dorsaux, soient en même temps, antagonistes, dans l'inclinaison latérale.

3. L'extension des orteils n'est pour l'extenseur commun qu'une fonction secondaire. C'est le pédieux qui l'assure véritablement.

4. Fonction méconnue : L'extenseur commun agit comme ligament actif dans la fonction de la médio-tarsienne.

Muscles produisant l'inclinaison latérale de pied :

Court péronier latéral : Son tendon se réfléchit sous la pointe de la malléole externe et vient s'attacher à l'apophyse styloïde du cinquième métatarsien.

1. Le muscle est abducteur et pronateur direct. Il porte la pointe en dehors plus fortement que le long péronier. Il élève énergiquement le bord externe du pied et la plante regarde un peu en dehors.

Siège des mouvements : médio-tarsienne et sous astragaliennne Rôle : maintenir le pied en position intermédiaire.

Jambier postérieur : Le tendon se réfléchit sous la pointe de la malléole interne, glissant un peu au-dessus du sustentaculum-tali, il vient s'attacher au tubercule du scaphoïde. Le jambier postérieur envoie des expansions plantaires aux trois cunéiformes, à la base des trois méta-tarsiens, et à la crête du cuboïde. Le muscle est adducteur direct et supinateur.

Siège des mouvements médio-tarsienne.

La contraction synergique des deux muscles a pour effet direct de maintenir fer-

mement, le pied à angle droit. Elle s'oppose dans la marche, à toute déviation latérale.

Muscles de la voûte transverse : Long péronier latéral; abducteur du gros orteil (principalement ligaments transverses et

courts fléchisseurs sésamoïdiens, muscles inter-osseux.)

Les autres muscles plantaires ne jouent qu'un rôle accessoire, dans la morphologie de la coupôle plantaire.

La masso-kinésithérapie et le traitement des fractures diaphysaires du fémur

par Jacques *Dupuis-Deltor*

Masso-kinésithérapeute (Paris)

On sait toutes les difficultés thérapeutiques que présentent les fractures du fémur. La puissance des masses musculaires et leur tonicité provoquent des déformations, des chevauchements, des déviations angulaires, des rotations, pouvant compromettre la réduction et le maintien en place des fragments fracturés.

Avant l'emploi de l'«extension continue», le pronostic était sérieux. Jusqu'à ces dernières années, cette traction se faisait à l'aide de bandes collées, qui avaient l'inconvénient de se laisser distendre, si bien qu'elles ne maintenaient pas la jambe en état constant de traction.

On sait également que la technique de Kirschner, par embrochage latéral, soit transtibial, soit transcondylien du fémur, à l'aide d'un fil métallique tendu par un étrier, semblait avoir résolu définitivement la question. En effet, la force de traction, grâce au fil tendu, était transmise intégralement au segment osseux. Ceci permettait une meilleure orientation et limitait considérablement les mouvements latéraux de la jambe et de la fracture. Toutefois, un temps considérable était nécessaire pour voir s'opérer la consolidation osseuse et, dans les fractures multiples, on rencontrait encore des fémurs déformés, mal axés, provoquant, par la suite, des arthrites du genou, qui en limitaient les mouvements. Parfois, encore, il ne se formait pas de cal et on se trouvait en présence de pseudarthroses.

A ces inconvénients, on pallait par des méthodes diverses d'ostéosynthèses, lesquelles semblent d'ailleurs moins en faveur depuis quelque temps, par fils, vis, plaques (plaque de Lambotte, de Lane et

de Shermann), ne donnant pas toujours d'excellents résultats. Elles nécessitaient des interventions relativement graves.

Les travaux de Küntscher, de Kiel, conduisant à l'embrochage longitudinal du fémur, dans le canal médullaire, par un clou en métal spécial, ont considérablement simplifié le problème. Après un temps d'extension variant de quelques heures à quelques jours, ce «clou médullaire», de la longueur du fémur, est mis en place par une très petite ouverture pratiquée dans l'extrémité du grand trochanter. L'opération se fait sous le contrôle de la bonnette radiographique. Ce «clou médullaire» assure un axage parfait. aide par sa présence la formation néo-osseuse et permet une marche précoce, dans certains cas, sept jours après l'intervention chirurgicale. Signalons aussi que son emploi supprime le plâtre, sauf dans les cas extrêmement graves, où il y a perte de substance.

On avait déjà pu constater que la formation du cal est retardée par le déplacement latéral des fragments, tandis que le frottement axial des deux extrémités la favorise. La marche précoce en active donc la formation.

En plus de ces avantages, la longue immobilisation de la jambe en extension étant supprimée ou très réduite, on évite la grave raideur du genou si difficile à combattre et si douloureuse, puisque, bien souvent, les blessés, longtemps après qu'ils sont levés, ne souffrent plus de leur fracture, mais bien du genou dont la fonction est amoindrie.

Le «clou médullaire» reste en place environ six mois, parfois moins, selon le