

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1964)

Heft: 198

Artikel: Education et Rééducation fonctionnelle de l'opéré cardo-vasculaire

Autor: Larget, M.K.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929895>

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: 02.01.2026

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

Education et Rééducation fonctionnelle de l'opéré cardo-vasculaire

par Mme Larget. M.K.

Conférence donnée aux Journées d'Etudes

de l'Aedes Paramédicorum, Bruxelles

La Rééducation respiratoire en pneumologie et en chirurgie pulmonaire s'est imposée en France ces dix dernières années. Les chirurgiens thoraciques ont dans leur équipe une rééducatrice. Les sanatoria, les maisons de repos réclament des kinésithérapeutes spécialisés. Les opérés veulent passer leur convalescence dans des centres où une gymnastique appropriée à leurs cas sera poursuivie.

Maintenant, c'est la rééducation des opérés du cœur qui prend de l'extension dans notre pays. Depuis 1954, au Centre chirurgical Marie-Lannelongue, nous pratiquons sur les opérés du Professeur agrégé Charles Dubost et du Dr H. Le Brigand une gymnastique qui au début était spécifiquement thoracique et pulmonaire. Nous y avons adjoint une gymnastique de récupération musculaire et statique. Depuis que nos médecins ont admis la nécessité de continuer la rééducation en maisons de repos, deux centres de l'Ile-de-France emploient des kinésithérapeutes.

D'autre part, au Centre de la rue Lacreteille, les docteurs Chailly-Bert et Plas ont repris avec succès la gymnastique des petits cardiaques amorcée par le docteur Routier et Mlle Jung en 1939.

Je ne vous parlerai pas de la kinésithérapie des cas médicaux tels l'infarctus du myocarde ou des cardiopathies bien compensées dont je n'ai aucune expérience mais seulement de la rééducation des opérés du cœur. :

— Après commissurotomie mitrale qui s'applique à la principale *cardiopathie acquise*: le rétrécissement mitral.

— Après correction des *malformations congénitales* par les interventions:

à cœur fermé (rétrécissement de l'isthme aortique, persistance du canal artériel):
à cœur ouvert (malformations du septum: telles les communications inter-auriculaire et inter-ventriculaire). Ces dernières sont effectuées soit sous circulation extra-corporelle soit sous hypothermie moyenne (vers 30° et 31°) soit sous cir-

culation extra-corporelle associée à l'hypothermie profonde (arrêt de toutes les fonctions, la température étant abaissée au environs de $\pm 8^0$ à $+ 10^0$).

Du point de vue morphologique, le cardiaque se présente comme un être timoré, asthénique; les enfants atteints d'une malformation congénitale ont généralement un aspect malingre avec le plus souvent un déficit pondéral important (ceux atteints de rétrécissement de l'isthme aortique ont au contraire un développement pondéral exagéré); ceux qui sont cyanosés vivent accroupis pour mieux respirer; chez tous des attitudes vicieuses: cyphose dorso-lombaire notamment, traduisent leur anoxie et leur déficience.

La plupart des cardiopathies acquises ou congénitales comportent une augmentation du rythme cardiaque. Chez tous, les perturbations de l'hémodynamique se répercutent mécaniquement sur le squelette, surtout thoracique, les battements cardiaques réalisant de véritables coups de bouloir ce qui occasionne des déformations: vous sures sternales, angulations vertébrales, etc. Ces troubles sont d'autant plus accusés que la cardiopathie est plus ancienne et qu'elle a débuté chez un sujet jeune aux cartilages non fixés.

Le thorax du cardiaque présente donc souvent une cypho-scoliose gauche plus ou moins importante avec l'épaule et l'omoplate gauches plus élevées, le corps déporté vers la gauche, l'hémithorax gauche plus développé et déformé surtout dans la partie antérieure.

D'autre part, on remarque très souvent des pieds plats et presque toujours une mauvaise musculature générale.

Au point de vue pulmonaire, nous remarquons chez tous :

- une dyspnée d'effort et souvent de décubitus,
- un exsudat bronchique plus ou moins important,
- un diaphragme ne se mobilisant qu'avec une faible amplitude (1 à 4 cm),

— une capacité vitrale réduite.

Les «mitraux» présentent un thorax bloqué en inspiration et un volume expiratoire de réserve toujours diminué, les «congénitaux» un thorax étroit, non développé par manque d'activité physique et anoxie.

Le psychisme de l'enfant cardiaque est très perturbé par tous les interdits qui règlent sa vie depuis la découverte de sa malformation. En effet, peu de parents, savent bien élever leurs enfants malades : ou en les protégeant trop ils en font des «petits vieux», ou ils s'en désintéressent et les confient si possible à une collectivité. Nous aurons donc deux sortes d'enfants: l'enfant mal élevé qui «fait marcher» ses parents et qui n'acceptera pas d'emblée la contrainte de quelques minutes de gymnastique, et l'enfant indifférent qui fait ce qu'on lui dit de faire, mais sans goût, sans joie. Parfois enfin des grands de plus de 10 ans, des garçons surtout, ayant connu l'école espèrent si ardemment que l'intervention les rende normaux comme leurs camarades qu'ils réclament des mouvements — ceux-là devront être modérés.

Le rétrécissement de la valvule mitrale fournit le plus grand nombre d'adultes dans les services de chirurgie cardio-vasculaire. Ces patients (deux tiers de femmes) se présentent comme des malades anxieux ayant une vie ralentie ou même alités depuis des années, inquiets de faire un mouvement, car le moindre effort provoque des palpitations, de la dyspnée souvent paroxystique (œdème aigu ou sub-aigu du poumon) et des hémoptisies. C'est pourquoi il est très important que la kinésithérapeute connaisse les malades au moins une semaine avant l'intervention, qu'elle gagne leur confiance, afin d'obtenir le maximum de coopération après.

Peut-on gymnastiquer avant l'intervention ? Tout dépend des cas, mais avec l'approbation du cardiologue il est toujours possible et recommandé de *préparer les futurs opérés* de la façon suivante :

- relaxation générale et de la ceinture scapulaire en particulier;
- apprentissage de la toux et de l'expectoration dirigées.

La méthode anglaise consiste à expirer

fortement plusieurs fois de suite en rentrant les muscles supérieurs de l'abdomen et en abaissant les côtes inférieures pour amener les sécrétions vers la bifurcation trachéale, d'où elles déclencheront un réflexe de toux et d'expectoration qui assure leur élimination.

La méthode allemande est employée de préférence chez les enfants. Elle consiste à faire répéter les consonnes M V pour drainer les sécrétions, PTK pour les expectorer; l'enfant avale de préférence les mucosités, mais nous voyons fréquemment des petits bonshommes de 4—5 ans tousser et cracher comme des grands.

— Apprentissage de la position correcte devant un miroir (épaules de niveau et parallèles aux hanches; verticales imaginaires tombant des épaules symétriquement par rapport à la ligne : milieu front-nez-sternum-ombilic).

— Rectitude du tronc en position assise en faisant creuser la région lombaire.

— Mouvements de rotation des bras, mains aux épaules, d'avant en arrière.

Si la cyanose est très accentuée, si le réflexe hépato-jugulaire est très important, il est préférable de ne pas fatiguer davantage le malade, même par des données théoriques que, dans ce cas, il n'est pas apte à assimiler.

Avant d'aborder les problèmes post-opératoires, signalons que les médecins anesthésistes affirment que la température des malades soumis à l'hypothermie par immersion dans une baignoire contenant de l'eau maintenue à 10° par des apports de glace neigeuse, descend plus rapidement et plus régulièrement si le massage sous l'eau est fait par kinésithérapeutes. Nous obtenons l'hyperémie désirée, gage d'un ralentissement circulatoire homogène, par des pressions glissées profondes, des frictions sur les membres et le thorax, des pétrissages des régions abdominale et fessière. Notre avis personnel est que ce massage dans l'eau glacée est très désagréable.

Le *traitemnet post-opératoire* de tous les opérés cardiaques pendant la *première semaine* est celui de toutes les thoracotomies. Il commence dès le lendemain, sauf après coarctation où les sutures sur l'aorte et à plus forte raison les greffes ordonnent un repos complet les cinq premiers jours.

Le kinésithérapeute doit donc lutter contre :

1) *l'encombrement bronchique* important après les commissurotomies et les interventions à cœur ouvert et dû aux sécrétions bronchiques ou à la présence de sang dans les bronchioles. Les atélectasies partielles ou totales du poumon droit dans les interventions à cœur ouvert sont relativement fréquentes et graves, aussi est-on obligé parfois de combiner l'aspiration trachéale et la toux volontaire si les sécrétions sont trop abondantes, ou même de pratiquer une trachéotomie avant ou après l'intervention. Cet encombrement bronchique peut durer plusieurs jours et parfois plusieurs semaines et affecte plus particulièrement le poumon droit. La plupart des opérés supportant bien le drainage postural en décubitus dorsal avec un seul oreiller s'il dure peu de temps.

2) *La limitation réflexe de l'articulation scapulo humérale* due à l'incision et à la présence d'un drain pleural; chez les adultes, le massage décontractant de la ceinture scapulaire et de la région postéro-externe gauche, siège de douleurs à peu près constantes après commissurotomies, permet la mobilisation active-aidée sans difficulté.

Chez les enfants, l'élévation du bras ne pose pas de problème jusqu'à 90°. Très vite l'enfant essaie d'attraper un jouet, un bonbon tendu au-dessus de sa tête; les mouvements de bras sont poursuivis, combinés avec les exercices de maintien lorsque le malade se lève.

Chez tous on y ajoute la mobilisation passive le premier jour, active ensuite, des articulations pied-jambe-hanche.

Si en Allemagne le massage ovalaire et même centrifuge m'a paru couramment employé dans les cas d'œdèmes cardiaques des membres inférieurs, les cardiologues de Marie-Lannelongue proscrivent complètement tout massage des jambes pour éviter la mobilisation éventuelle des caillots veineux dans le rétrécissement mitral, par contre, après les hypothermies par immersion, il est bon d'activer la circulation générale par un massage réchauffant des membres: en effet, les mains, les pieds et les genoux restent parfois froides

et cyanosés durant les trente-six premières heures.

3) *Les séquelles pleurales et le blocus du diaphragme*

Cette rééducation respiratoire devra se poursuivre pendant plusieurs semaines jusqu'à ce que le jeu diaphragmatique soit satisfaisant (au moins 5 cm) et les poumons clairs.

— Respiration diaphragmatique à expiration active.

— Expansion de la base du côté de la thoracotomie en décubitus dorsal dès le lendemain de l'ablation du drain pleural; on ne craint pas, comme en chirurgie pulmonaire, des décollements secondaires du poumon. Vers le sixième jour, et souvent plus tôt chez les enfants, exercices respiratoires contre résistance manuelle du kinésithérapeute en décubitus latéral du côté sain pour éviter le blocage du cul-de-sac costo-diaphragmatique.

4) La première semaine, il faut aussi lutter contre *l'attitude antalgique* de l'opéré, très marquée chez les sujets jeunes.

Pour toutes les interventions, un impératif: maintien de l'opéré cardiaque en position assise. Si on ne possède pas de lit à dossier réglable, deux conditions sont essentielles: arranger judicieusement les oreillers qui doivent bien soutenir la région lombaire, et empêcher le malade de descendre dans son lit par un butoir placé aux pieds.

A partir de la position assise, hypercorrection de l'attitude antalgique. Celle-ci est *fonction de la thoracotomie*.

Dans la thoracotomie gauche (commissurotomie, coarctation de l'aorte, ligature du canal artériel) l'incision postéro-latérale ou antérieure gauche tend à déporter le malade sur sa hanche droite, à abaisser l'épaule gauche, une attitude scoliotique à concavité gauche se manifeste mais elle n'a pas de conséquences néfastes chez l'adulte, puisqu'elle contrarie celle existant antérieurement. Il suffit de bien relaxer l'opéré, de lui faire redresser le tronc en position assise, jambes écartées, en contractant bien les adducteurs des omoplates pendant quelques jours pour que le malade retrouve son attitude d'avant l'intervention.

Il n'en est pas de même chez les jeunes enfants, où l'attitude hanchée et l'affaissement de l'hémithorax gauche sont toujours importants. L'hyper-correction consiste à faire porter le poids du corps sur la hanche gauche, à abaisser l'épaule droite, à attirer le cou vers la droite. Contre l'antépulsion de l'épaule très marquée avec les cicatrices antérieures, pratiquer l'abduction et la rotation externe de l'articulation scapulo-humérale: bras en chandelier, essayer d'attraper une pince, un objet fixé sur l'oreiller, sans décoller l'épaule droit, etc. Mieux vaut prévenir les rétractions hémithoraciques que les laisser s'installer; c'est pourquoi le concours des infirmières est très précieux pour corriger fréquemment dans la journée les attitudes instinctives de ces petits malades.

Un grand progrès vient d'être apporté à la statique des opérés à cœur ouvert (C.I.V.) par la *sternotomie verticale* :

- pas d'ennuis osseux;
- un pincement discret des basses côtes droites dû au drain pleural;
- simplement une accentuation de la cyphose dorsale haute (bien moins difficile à réduire que les attitudes scoliotiques) et de la flexion de la tête. Quoique non incisés, les muscles s'insérant sur le sternum comme sur le grand pectoral et le sterno-cleïdo-mastoïdien, ont une rétraction réflexe que nous combattons par le travail des antagonistes: trapèze et muscles de la nuque.

La *thoracotomie droite*, seule possible actuellement pour explorer l'oreillette droite, a des conséquences désastreuses sur la statique de nos opérés. La rétraction de l'hémithorax droit, l'abaissement de l'épaule droite, la concavité droite de la colonne vertébrale, signature de toute thoracotomie droite, s'ajoutent à ces mêmes déformations existant déjà avant l'intervention. On hypercorrigé en faisant porter le poids du corps sur la hanche droite, en abaissant le plus souvent possible l'épaule gauche et en ouvrant l'angle thoraco-brachial droit, en attirant le cou vers la gauche. Il faudra commencer le plus rapidement possible les exercices d'expansion thoraciques combinés aux mouvements de bras.

C'est la période de récupération qui peut

commencer vers le sixième jour chez un enfant mais plus tardivement chez l'adulte: 8, 10 et 15 jours.

S'il n'y a pas de complications le cœur diminue de volume la première semaine et on ne perçoit plus de souffle anormal ni d'arythmie du pouls. L'opéré se lève et peut, sous surveillance médicale journalière, commencer une rééducation respiratoire et statique plus dynamique.

Une séance type comprend :

1^o *Sur le lit ou sur une table* : en supprimant progressivement les oreillers: Exercices diaphragmatiques et d'expansion basale du côté de la thoracotomie seront continués et amplifiés. On y ajoutera le travail du diaphragme en décubitus latéral du côté opéré, et à « quatre pattes » en appui sur les genoux et les mains. S'il y a attitude scoliotique gauche, le malade avance le bras droit afin d'obtenir le dos rectiligne, l'ouverture du gril costal droit et la contraction des dorsaux à gauche.

Rappelons que l'expiration se fait « ventre rentré » et devra toujours avoir un temps deux fois plus long que celui de l'inspiration.

Nous intercalons petit à petit 2, 5, 8 et 10 mouvements d'abdominaux non fatigants, tels :

- a) inspirer jambe droit tendue, expirer en ramenant le genou vers le menton;
- b) id. avec la jambe gauche;
- c) inspirer les deux jambes tendues, expirer en ramenant les deux genoux (aidé au début par le kinésithérapeute).

ou « la grenouille » :

- inspirer jambes tendues et écartées légèrement;
- expirer jambes repliées, genoux ouverts plante des pieds touchant.

2^o *En position assise préférée pour les adultes très vite fatigués* :

- a) position correcte, si possible devant un miroir, avec érection de la colonne vertébrale et rotation externe des scapulo-humérales;
- b) mouvements de bras;
- c) ouverture hémithoracique classique en synchronisant la respiration;
- d) enroulement et déroulement de la C. V. assis contre un mur.

3^o *En position debout* : utilisée très vite chez les enfants présentant une cyphose

dorso-lombaire :

a) exercice complet mais difficile à obtenir parfaitement : épouser le mur en cambrant la région lombaire, rotation externe des bras en chandelier — épaules de niveau — respiration rythmée; à partir de cette position de base, élévation du bras droit, etc...

b) pour tous les enfants et adultes : flexion des jambes, du tronc; marche rythmée sur deux temps pour l'inspiration, 4 et même 5 pour l'expiration; montée d'escaliers en fin de progression sur ce rythme mais plus rapide (1 à 2).

4^o Pour les moins de 7 ans : assis en tailleur, prendre la posture parfaite et jouer au Bouddha qui fait du vent, qui lève les bras etc...

La période de récupération qui peut s'étendre sur quinze jours à six semaines suivant les cas et l'âge de l'opéré est terminée quand il n'y a plus de séquelles pulmonaires, que la statique est très améliorée et que le malade est capable de faire plusieurs petites promenades dans la journée.

A ce stade, le malade a quitté le centre chirurgical et se trouve généralement en maison de repos d'où il sortira pour rentrer chez lui sans avoir été préparé autrement que par le repos et l'absorption de nombreux médicaments aux fatigues de la vie courante. En comparant les opérés de Marie-Lannelongue et ceux des hôpitaux où il n'y a pas de rééducatrice, des médecins français commencent à comprendre que la kinésithérapie est utile et nécessaire à la phase post-opératoire immédiate.

Mais peut-on aider physiquement les opérés cardio-vasculaires en convalescence comme le pratiquent les post-cures, genre Maisons-Laffitte pour les tuberculeux ? Si l'opération n'a pu donner que des améliorations hémodynamiques peu sensibles, les malades restent des « cardiaques » qui exigent beaucoup de ménagement. Si au contraire, l'opération a été parfaite, c'est-à-dire si elle a supprimé les perturbations hémodynamiques pré-existantes et replacé le cœur dans des conditions de fonctionnement voisines de la norme on peut demander au myocarde des efforts notables qui seront supportés de façon étonnante; on pourra ainsi agir sur la musculature en général et sur la statique de tout le corps

(thorax en premier bien entendu); Dans tous les cas il est permis de se demander si une gymnastique particulière n'en serait pas capable.

Comment pourrait-on améliorer le tonus des gros cœurs dilatés qu'on opère quand ils commencent à donner des signes d'insuffisance ?

N'y a-t-il pas des exercices capables d'agir sur le myocarde comme nous en avons trouvé ces dernières années pour cet autre muscle interne qu'est le diaphragme ?

Ne pourrait-on pas gymnastiquer sous 02 pour assurer une meilleure hématoxémie ?

Après *commissuratomie*, les possibilités ventilatoires sont considérablement augmentées, ces malades contractés, anxieux, qui respirent avec leurs inspireurs accessoires ont besoin de relaxation. Par le déblocage costo-vertébral et costosternal, la réduction de la respiration diaphragmatique et basale, nous retrouvons ce volume expiratoire maximum nécessaire à l'augmentation des échanges intra-pulmonaires. Peu de médecins français jusqu'à maintenant permettent une gymnastique poussée car l'intervention ne supprime pas la maladie causale : le R.A.A. mais tout dépend du mode de vie antérieur, du neurovégétatif.

L'intervention de *Blalock* est palliative, elle augmente le flot sanguin transpulmonaire et permet une meilleure saturation d'oxyhémoglobine, mais ne corrige pas la déformation. Ne pas l'oublier quand on fait travailler ces enfants.

De même chez les opérés ayant eu une greffe, la prudence dans les exercices physiques sera de rigueur pendant longtemps.

La correction de certaines malformations cardiaques, comme la *ligature du canal artériel*, la *coarctation* de l'aorte, la *fermeture des communications inter-auriculaire et inter-ventriculaire* simples autorise à penser, après cathétérisme cardiaque de contrôle, que ces enfants sont devenus normaux.

La vulgarisation des épreuves fonctionnelles cardiaques, comme l'électro-cardiogramme, la balisto-cardiogramme (ou « représentation graphique en fonction du temps des mouvements imprimés au corps humain par les mouvements du cœur, l'éjection systolique et la circulation du sang

dans les vaisseaux»), l'examen radioscopique de Melon permettra probablement dans quelque temps de sélectionner et les opérés (les guéris, les douteux et les autres) et l'intensité de mouvements spécifiques, d'oser pratiquer une *READAPTION PHYSIQUE* qui conduira certains sujets à la gymnastique corrective et à une activité sportive. Malheureusement dans ce domaine, il reste beaucoup à faire, aussi bien d'ailleurs en Angleterre qu'au Danemark où nos collègues se heurtent au même problème.

Mon expérience personnelle des opérés de plus de deux mois est très faible, puisqu'elle se limite à une quinzaine de cas en six ans (presque uniquement des coarctations et des cœurs ouverts); à part trois adultes (trois cœurs ouverts) qui avaient demandé eux-mêmes à faire de la gymnastique, tous étaient des enfants que l'on nous a confiés à cause d'une respiration ou d'une statique vraiment trop défectueuses.

Ils ont eu entre 6 et 30 séances de rééducation respiratoire et statique spécifiques, des abdominaux, des flexions, des sautilllements, un peu d'haltères, du travail à l'espallier et en décubitus ventral; (la plupart n'avaient pas encore osé se mettre à plat ventre); aucun trouble, bien-être ressenti; chez tous, récupération totale pulmonaire, début d'équilibration de la scoliose; toutefois, j'ai été troublée par le gonflement exagéré des vaisseaux thoraciques et de l'accélération du pouls après «deux chandelles» chez les trois cœurs ouverts, manque d'entraînement peut-être!

Un de ces opérés s'est marié; d'autres ont repris leur métier mais ils gardent le souvenir pénible d'avoir été ressuscités. Pour neutraliser cet état anxieux dû aux déficiences physiologiques, le meilleur moyen est de redonner souplesse, vigueur musculaire et bonne respiration à ces excardiaques pour en faire des hommes forts et confiants dans l'avenir.

Dans cet exposé, la kinésithérapie après la chirurgie cardiaque ne vous est sans doute pas apparue aussi riche que la rééducation après chirurgie pulmonaire, mais elle n'est déjà plus un corollaire de celle-ci. C'est une branche nouvelle de la kinésithérapie avec ses problèmes propres: sta-

tique, respiratoire et probablement myocardique.

L'élan est donné et nous pouvons donc prédire que dans deux ou trois ans la rééducation des opérés du cœur se fera couramment dans des centres spécialisés pour le plus grand bien de ces malades.

De Raymond VILAIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

C'est avec une certaine stupéfaction que nous avons lu dans le «Nursing Mirror» (114-183, 1962), sous la plume de la doyenne du Catmose Vale Hospital, Miss M. A. Hodgkinson, un article sur la prévention des escarres de décubitus. Soins aux malades se dit en français «nursing».

Nous attendions beaucoup de cet article anglo-saxon. Nous n'avons pas été déçus, mais pas dans le sens où l'attendait notre doyenne.

L'article rapporte une expérimentation clinique portant sur les malades âgés et alités ce hôpital. L'énumération des soins nous a paru d'abord parfaitement légitime:

— Mobilisation encouragée.

— Changements fréquents de côté des malades paralysés.

— Coussins pour les talons et les coudes.

— Change et toilette des malades incontinents.

D'autres mesures réputées contre les escarres mais parfaitement inefficaces suivent :

— Eviter les plis des draps.

— Régime hyperprotidique.

De toutes façons, nous avons horreur des plis lorsque nous nous couchons. Pourquoi les vieillards du Catmose Vale Hospital n'auraient-ils pas droit à des couches lisses et à un supplément de rosbeef qui est à peu près la seule chose mangeable passée la mer.

Mais tous ces soins n'étaient que routine. La raison d'être de l'expérimentation était l'étude des mérites comparés de trois produits différents destinés aux sièges valétudinaires :

— une crème protectrice aux silicones,

— un onguent,

— une nébulisation d'aérosols aux silicones.

La conclusion nous apprend que la pulvérisation d'aérosols donne beaucoup de satisfactions. Son emploi ne nécessite pas de mobilisation fréquente du patient (?). Elle n'a pas besoin d'être faite à la main, l'application est aisée, accroît le confort et son prix n'est pas excessif. Bref une nouvelle bombe BIB.

Et bien non, non, non, non, non ! Les silicones, même par voie occulte et atomisée sont incapables d'éviter une escarre. Ce n'est qu'un mauvais remède de la peau d'orange pour les talons et de la peau de chamois pour les fesses.

L'escarre de décubitus est une nécrose ischémique des tissus situés entre la saillie osseuse et le matelas. Chez l'individu normal, des mouvements semi-automatiques déclenchés par la sensation d'inconfort permettent de dormir, de s'asseoir ou d'assister à la projection du « Jour ce plus long » sans dommages pour le siège, les ischions et les talons, chez le sujet alité, comateux handicapé ou simplement plongé dans la torpeur, la diminution ou la suppression de la sensibilité et de la mobilité locales entraîne une compression plein-temps. Ses méfaits accrus souvent par un collapsus circulatoire, la dureté particulière des points de contact (table d'opération, pelvi-support, plaque du bistouri électrique) sont rapidement visibles. L'apparition d'une phlyctène aux talons, d'une plaque de désépidermisation au niveau du siège indique clairement si ou pense à regarder les points de contact que l'escarre est pour le lendemain.

La prévention repose sur l'utilisation immédiate et judicieuse du massage trophique et de matelas spéciaux à gonflement rythmique.

Le massage doit être effectué par un kinésithérapeute. Il ne s'agit pas d'une friction à l'alcool ou d'un tapotement au talc. Assimilé à un médicament, il est réalisable partout en milieu hospitalier. A-t-on vu en France un hôpital où un médicament soit refusé à un patient faute de personnel ? *Les matelas spéciaux* ont connu une rapide fortune. Il est en effet très tentant de laisser les patients dessus et de ne plus s'occuper du siège. Répétons inlassablement que le massage représente 80% de la prévention, les matelas 20%. Ils doi-

vent être répartis par le kinésithérapeute là où le massage est inefficace à lui seul. Il faut enfin vérifier qu'ils ne sont pas troués. Dans ce cas ils se gonflent et se dégonflent harmonieusement en dehors du patient mais pas en dessous de lui, le trou, petit, laissant filtrer juste assez d'air pour qu'ils gardent une apparence convenable. N'oublions jamais d'appuyer dessus pour vérifier la pression des circuits. Telle est la technique que nous avons décrite, telle est la technique qu'emploient un certain nombre de services parisiens avec des résultats spectaculaires si la prévention est suffisamment précoce et rigoureuse.

Malheureusement les signes d'alarme au niveau du siège, cette fameuse plaque de désépidermisation, prêtent à confusion. Certes la pathogénie en est simple. Le trauma lent et appuyé déclenche un œdème, puis une phlyctène. Celle-ci ne tarde pas à perdre son fragile couvercle et le derme est à nu. Viennent ensuite les thromboses veineuses puis artérielles et la nécrose.

Mais cet aspect d'écorchure a suggéré toute une série d'explications et par voie de conséquence de recettes parfaitement farfelues. Dans ce dictionnaire des idées reçues, ce bêtisier paramédical, cette foire aux cancrs de la pathogénie tissulaire, citons l'échauffement, la soude caustique contenue dans les draps après lavage, l'hypoprotidémie, les miettes de pain, la fragilité de la peau, le frottement. Des générations d'infirmières recopiaient consciencieusement la liste des soins : une peau de chamois, deux peaux d'orange, pas de plis, du plasma dans la veine, un rond de caoutchouc et par-dessus tout ça beaucoup de mercuro-chrome. Avant de pouvoir mettre en route une prophylaxie logique dans la limite de nos connaissances, il nous a fallu faire table rase. Nous n'avons pas eu de mal à jeter les peaux d'orange à la poubelle : elles n'étaient pas en inventaire. Nous avons à peu près réussi à faire comprendre que nous ne voulions pas de rond de caoutchouc en les découpant aux ciseaux à pansement et en empêchant qu'on ne les répare.

Ce dispositif d'un autre âge est tout juste capable de limiter la douleur des fesses chez un sujet en bon état, alité, ne courant aucun risque d'escarre. Ailleurs il

sert d'auréole au martyr des téguments sacrés qu'il garrote. Les peaux de chamois servent pour les vitres. Avec le mercurochrome ce fut un combat à mort. En fait le seul moyen d'empêcher la «cynocéphalisation» accélérée des postérieurs fut la confiscation des flacons. Alors que nous avions réussi souvent à faire sourire, et

parfois à convaincre voilà que telle une hydre aux cent têtes apparaissent les silicones. Miss M.-A. Hodgkinson, vous n'entrez dans le marché commun des idées qu'en laissant vos silicones... riez à la porte et vous me copierez cent fois :

«Ne rien mettre sur l'escarre, surtout pas le malade.»

Chers Collègues,

Le Cercle d'Etude de Suisse Romande organise, sous le haut patronage de Monsieur le Professeur Georges FALLET de Genève, les 7 et 8 novembre prochaines, deux journées de réunions scientifiques à Genève

Amphithéâtre des Policliniques
Hôpital Cantonal
24, Rue Micheli du Crest.

Afin de raffermir les liens franco-suisses, nous nous faisons le plaisir et l'honneur d'inviter nos collègues Français à participer à ces réunions et nous espérons qu'ils seront nombreux à répondre à notre invitation.

Le programme de ces journées est le suivant :

SAMEDI 7 NOVEMBRE 1964 :

14h.30 Ouverture par Monsieur Marti, président de la section de Genève, qui présentera Monsieur le Professeur Georges Fallet, le nouveau et distingué directeur de l'Institut de Physiothérapie de l'Hôpital de Genève.

15h. à 16h. Théorie et pratique du traitement de l'hémiplégie par les méthodes proprioceptives.

16h. à 17h. L'ergothérapie chez les hémiplégiques.

17h. Discussion.

Un banquet aura lieu le soir auquel Monsieur le Professeur Fallet nous fera l'honneur de prendre part.

DIMANCHE 8 NOVEMBRE :

9h.15 à 10h.30 Théorie et pratique de l'ostéopathie dans les limites de la pratique physiothérapique, avec démonstrations.

10h.30 Discussion.

Dernier délai pour les réservations de chambres d'hôtel et le banquet :
le 2 novembre.

Prière de s'inscrire sans tarder auprès de Monsieur C. Marti, 7, Rue Massot, Genève. Coût du banquet Frs. 18.—. Chambres d'hôtel à partir de Frs. 17.—.