

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: - (1973)

Heft: 250

Artikel: Traitement du gros côlon

Autor: Culioli, H.J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930497>

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: 10.02.2026

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

Traitement du gros côlon

(suivant les conceptions du Professeur Docteur P. VOGLER, juillet 1970)

par H.J. CULIOLI (Marseille)

Il faut considérer le tube digestif comme un seul organe, une acuité (départ : bouche - arrivée : anus). Cet organe est traversé par un phénomène appelé par les physiiciens : péristaltisme (de péristal - des muqueuses). Ce phénomène ne se conçoit que comme une onde reptatoire comparable aux mouvements d'avancements de certains reptiles.

Partant, dès la bouche (ensuite traversant l'œsophage, l'estomac où là, ainsi qu'à l'entrée de l'intestin grêle) cette onde se solidifie pour devenir : fonction sécrétoire.

Les expériences les plus nouvelles (cybernétique moderne) affirment « que rien n'est laissé de côté, en principe tout travaille dans un système général ». Il y a de ce fait un enchaînement dans la sécrétion (salivaire au départ). Cette chaîne est liée au péristaltisme. De ce fait on lit, à partir de celui-ci le processus allant vers sa conclusion. On peut schématiser toutefois qu'il existe trois mouvements dans cette façon de se comporter du péristaltisme, d'abord :

1° Un ondoïement de petites ondes.

2° Suit, un mouvement de reptation à travers les muqueuses de l'intestin.

3° Une onde plus conséquente qui préside au vidange ou à l'évacuation proprement dite.

Rappelons le rôle d'un système nerveux qui canalise les effluves et détermine ces mouvements ondulatoires, ceux-ci se faisant mieux sentir et visualiser dans un tube creux important que l'on nomme « côlon ».

Théorie

Nous sommes partis de l'observation qu'on peut déjà constater après une palpation intensive de l'abdomen, des modifications du péristaltisme par exemple des parties du côlon pleines de gaz, et d'une deuxième observation, qu'on obtient des effets non physiologiques lors d'un massage non précis de l'abdomen. Ces effets s'ensuivent nécessairement parce qu'on ne peut pas sentir au contact d'une anse de l'intestin grêle, quelle prise travaillerait dans la direction orale et laquelle dans la direction anale. Mais, avec cela on ne peut plus éviter le danger de l'inhibition du péristal-

tisme ou de son contraire. Le Punkroller était en effet une erreur extrême.

C'est pourquoi, il n'y avait que le côlon qui convenait à un traitement manuel dans la région abdominale, dont de longues parties se présentent à la prise immédiate ; malgré toute variabilité de position, il y a cependant certains points qui sont anatomiquement si constants, que cette partie intestinale est assez facile à trouver.

En dehors de cela, le cadre du côlon est un écran de projection pour de multiples modifications du tonus de toute la cavité abdominale ; avec une certaine expérience on peut obtenir un certain nombre de critères de la pathologie gastro-intestinale à partir de la « constatation abdominale », qui est établie dans l'essentiel à partir de l'état du côlon et à partir de la palpation du côlon.

Finalement, il est d'une importance décisive que l'action de la méthode ne se limite pas au côlon lui-même. D'abord par l'intermédiaire des *réflexes courts viscéro-viscéraux tout le tractus gastro-intestinal avec ses formations annexes* est relié en un seul ensemble. Comme par exemple un ulcère duodénal peut déclencher un spasme quelque part dans le côlon et l'y fixer, le relâchement de ce spasme par la thérapeutique manuelle influence également le tonus dans le duodénum atteint et par intermédiaire de cela, les douleurs et les troubles de la motricité sécrétoire que s'y manifestent.

Dans la thérapeutique des atteintes des voies biliaires, nous ne pouvons plus nous passer du traitement du côlon. Les apports immédiats entre les dystonies de la vésicule biliaire et des parties du côlon manifestant des spasmes et un météorisme dans la partie ascendante jusqu'au 2° point nous sont familiers par l'observation quotidienne. Un traitement du côlon appliqué dans ce cas a aussi un prompt effet sur le système d'organe creux des voies biliaires.

En dehors de cela, l'effet du traitement du côlon s'étend également à des fonctions extra-abdominales. La relaxation avec la *respiration* est frappante ; puisque de toute façon le traitement est synchronisé avec le rythme respiratoire et avec les modifications intra-abdominales de la pression provoquée par cela, il s'ensuit une rétroaction sur la respiration elle-même ; elle est approfondie lors

d'un rythme calme et régulier du traitement ; elle sera équilibrée et décontractée sans interruption. Cela peut être conduit jusqu'à un état somnolent du malade.

De plus, les relations avec la *circulation sanguine* sont frappantes. Nous avons reconnu de plus en plus combien la région circulatoire de l'abdomen est importante pour la régulation de toute la circulation sanguine. Depuis l'hypertension de genèse abdominale jusqu'à la décompensation, nous devons toujours faire entre cette énorme région de la circulation dans l'analyse et dans la thérapeutique. Dans ce cas, le traitement du côlon nous aide souvent d'une manière étonnante, ce qui est particulièrement impressionnant dans les dysrégulations qui sont accompagnées d'importantes sensations désagréables comme la migraine et le syndrome coronaire anginaux.

De nouvelles connaissances dans la pathologie et dans la thérapeutique fonctionnelle étayent le résultat de ces expériences avec le traitement du côlon. Depuis longtemps nous avons appris à considérer la constatation abdominale comme membre essentiel des différentes chaînes pathogénétiques. « L'abdomen de migraine », par exemple, est un terme fixe dans la nomenclature de la médecine interne. Le traitement du côlon typique, et quelquefois aussi atypique, fait partie du traitement de l'élimination de la crise après défécation nécessaire par lavement. Il n'est pas rare que nous remarquions justement dans la migraine l'homolatéralité de la céphalée et du trouble abdominal du tonus lorsqu'il y a par exemple, au niveau de l'angle cœlique droit, un météorisme tendu, presque spontanément douloureux, la migraine fait rage à droite. Déjà le lavement améliore la violence de la céphalée pour disparaître le plus souvent rapidement sous l'élimination des gaz provoquée par le traitement du côlon. De la même manière, on peut poursuivre l'effet de soulagement sur une pression cardiaque due à des causes abdominales jusqu'au syndrome de Roemheld (syndrome gastro-cardiaque, n.d.t.) et jusqu'à l'angine de poitrine abdominale (Hochrein). Camrath a montré, en dehors de cela, qu'on peut obtenir dans des hypertensions non fixées avec le traitement du côlon appliqué pendant une seule séance d'abord une baisse passagère de la tension et, lors d'une application du traitement en série, une baisse persistante de la tension.

La modification du tonus obtenue manuellement, qui est un phénomène biologique de base, admet la conclusion que cette modification aide l'aspiration régulatoire immanente de l'organisme de conserver et de rétablir le tonus propre à l'organisme et les modifications rythmiques de ce tonus autour d'un degré moyen. Cela peut être, selon la situation de départ, ou bien la diminution d'un spasme ou le rétablissement du tonus, à partir d'une atonie. Mais une série de régulations accompagnent le rétablissement du tonus normal, liée

plus ou moins étroitement à la région qu'on influence primitivement, se passent nécessairement d'une manière différente, puisqu'il n'y a pas de simultanéité dans l'organisme vivant, mais seulement une pénétration réciproque. Lorsqu'on considère les choses de cette manière, il n'est plus étonnant que les actions végétatives les plus différentes puissent être influencées par une méthode tellement « non spécifique », que l'est le traitement du côlon (motilité, sécrétion, irrigation sanguine, turgescence, trophicité, etc.). La même chose est valable pour beaucoup d'autres procédés (physio) thérapeutiques.

Dans le traitement typique du côlon, nous traitons cinq points. *Le point 1* se trouve au niveau du pôle inférieur du cæcum, qui est anatomiquement déterminé avec précision et qu'on ne peut pas manquer à cause de sa taille. Nous passons la main palpante tout près de la crête iliaque pour arriver à la circonférence inférieure et latérale. Ensuite, il y a deux points du cadre supérieur du côlon, l'un des deux se trouve à l'endroit où le côlon ascendant disparaît en dessous de l'arc costal droit vers l'angle droit (*point 2*) ; l'autre point se trouve à l'endroit où le côlon descendant apparaît depuis la région postérieure de l'angle gauche en dessous de l'arc costal gauche (*point 3*). Le *point 4* se trouve dans la région inférieure du côlon descendant, à la même hauteur que le *point 1* passant par la crête iliaque gauche, où on peut palper le plus souvent sur une certaine distance le côlon également lorsqu'il s'agit d'un abdomen normal. Le *point 5* est formé par l'anse sigmoïde crâniale, là où elle va le plus loin dans la région ventrale, à la hauteur de la crête iliaque antérieure inférieure, touchant toujours la paroi abdominale.

Avant le traitement, il faut vider la vessie. Il faut attendre environ une heure après un repas assez important. La main chaude du thérapeute établit, par la palpation à travers la paroi abdominale, un contact avec la partie abdominale à traiter et elle pratique un traitement par la palpation et par la pression de la partie du côlon à traiter, dirigé strictement vers la *région anale*. Elle s'enfonce d'une manière oblique avec l'expiration du malade, pour profiter de la pression intra-abdominale qui diminue ensuite, elle est retirée avec l'inspiration du malade sans abandonner cependant complètement le contact avec la partie intestinale et elle reste prête à s'enfoncer de nouveau déjà lors de la prochaine expiration du malade. *La main descend d'une manière oblique*, car si elle s'enfonçait d'une manière droite des parties du contenu intestinal seraient immobilisées dans la direction orale, donc contrairement à la direction physiologique du péristaltisme.

Le degré nécessaire de la pression dépend de la turgescence et du tonus des parois abdominales, de la pression intra-abdominale, de la turgescence de l'intestin et du mésentère et du tonus intestinal

lui-même. Ces conditions changent presque toujours de partie intestinale en partie intestinale.

Nous traitons le point particulier du côlon pendant environ 5 à 7 minutes. Le traitement total dure environ 20 à 30 minutes. Chaque traitement est terminé par un massage *d'effleurage* de la paroi abdominale pratiqué sous forme de cercles avec les deux mains dans le sens des aiguilles d'une montre ; en appliquant une pression douce, une main décrit un arc de demi-cercle à droite, l'autre à gauche. Parfois, un point exige un travail plus court ou bien aussi plus long. En moyenne, deux à trois traitements par semaine suffisent pour obtenir l'effet désiré. Parfois, ainsi par exemple lors d'une menace d'iléus, ou dans la décompensation lorsqu'il faut craindre une ascite, nous appliquons le traitement plus souvent jusqu'à trois fois par jour et jusqu'au succès.

A présent, quelques précisions concernant l'application du traitement :

Il faut faire attention à ce que le malade vide sa vessie avant le traitement et qu'il ait, en dehors de cela, les pieds chauds.

Le traitement commence par le premier point dans l'hypogastre droit au niveau du cæcum. Pendant l'expiration le tissu est amené vers la région supérieure et extérieure par une pression glissante. Il ne faut pas provoquer de tiraillement au niveau de la peau comme cela peut se produire facilement lors d'une fausse position de la main. La pression doit saisir le côlon, aussi dans le cas où celui-ci n'est pas directement palpable.

Il est important de se conformer à la respiration du malade ; il faut donc, éventuellement avec une certaine pression retenue, attendre le début de l'inspiration. Seulement à ce moment-là, la main décontractée glisse, sans perdre le contact avec le tissu, pendant l'inspiration sur la même voie à la position de départ. Il est faux de travailler plus vite que le rythme de la respiration du malade. Ici, il est pratique de travailler avec la main gauche, si bien que le bras, la main et la première partie du côlon soient sur une même ligne.

On recherche également le 2° point, au niveau du côlon ascendant ; on choisit l'endroit entre la crête iliaque supérieure et les côtes inférieures, en dessous de l'angle droit. Il est utile de mettre le bras et la main un peu en travers par rapport au parcours du côlon, puisqu'il n'y a qu'une mince bande entre le thorax et le bassin pour l'application du traitement. Ici, il faut intercaler dans le mouvement de l'avant-bras la supination et la pronation pour atteindre le côlon dans la profondeur nécessaire. La direction du mouvement est ici verticale depuis en bas jusqu'en haut ; il ne faut pas conduire le mouvement en dessous de l'arc costal, car, sinon, on provoque une pression contre le foie. Les autres points de traitement sont recherchés dans le côlon descendant.

Le 3° point se trouve à la même hauteur que le point 2, donc en dessous de l'angle gauche : le mouvement tournant de la main qui appuie va depuis le haut vers le bas.

Le bras et la main doivent être conduits d'une manière plane sans toucher cependant le tissu. Lors de la conduction du mouvement, il faut appliquer de nouveau la supination et la pronation pour atteindre la profondeur nécessaire.

Le 4° point comprend le côlon sigmoïde. A cause des os du bassin, le mouvement se fait ici (comme pour le premier point) dans une direction oblique. Le mouvement glissant va depuis la région supérieure latérale vers la région inférieure médiane.

Le 5° point atteint le sigmoïde à l'endroit où il se tourne vers la région dorsale. Ici, on insiste dans la région de la ligne blanche. La main doit s'enfoncer un peu plus pour atteindre le côlon et le mouvement doit être un peu plus court pour ne pas arriver au côté droit.

A la fin du traitement, on pratique un *effleurage final* simultanément avec les deux mains si bien qu'une main saisit la branche ascendante et une main la branche descendante du côlon. Lors de l'expiration on applique ce massage 2 à 3 fois.



Ihre wertvollen Erfahrungen und Fähigkeiten in den Dienst unserer Patienten zu stellen ist eine verantwortungsvolle und schöne Aufgabe.

Für die Fachgebiete

- Medizin
- Rheumatologie (Rheumatologische Chirurgie und nachfolgende Rehabilitation)
- Neurologie (Poliklinik und Bettenstation)

suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung

eine(n) Initiative(n) Physiotherapeutin (Physiotherapeut), für die

Chefstelle

zur fachlich-praktischen Instruktion der Schülerinnen und Schüler der Schule für Physiotherapie.

Es handelt sich dabei um eine völlig selbstständige Tätigkeit bei guter Zusammenarbeit mit den verschiedenen Ärzten und den Kolleginnen und Kollegen.

Sollten Sie eine abwechslungsreiche und selbstständige Tätigkeit nebst fortschrittlichen Arbeitsbedingungen schätzen, dann richten Sie bitte Ihre schriftliche Bewerbung an die Direktion des Inselspitals, Personalabteilung, 3010 Bern, Kennziffer 67/73.