

**Zeitschrift:** Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseur, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

**Band:** - (1959)

**Heft:** 169

**Artikel:** La Lombo-Sciatique: un problème d'ostéopathie

**Autor:** Riehling, Pierre

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-930940>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 17.11.2024

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

# La Lombo-Sciatique: Un problème d'ostéopathie

par PIERRE RIEHLING

Le rachis, poutre maîtresse de notre corps, repose sur le socle sacro-pelvien, s'élève verticalement, pour se terminer à l'atlas qui reçoit le crâne. Tout s'y rattache ou s'y dépose : les membres inférieurs, les organes abdominaux, la cage thoracique et les organes intra-thoraciques, les membres supérieurs, enfin, la tête.

La poutre maîtresse enferme la moëlle épinière constituée de centres et de prolongements nerveux moteurs et sensitifs de notre vie de relation et de notre vie végétative.

Elle est divisée en régions : cervicale, dorsale, lombaire, sacrée et coccygienne. Ces différentes régions sont constituées d'éléments superposés et articulés entre eux, les vertèbres.

Nombre de vertèbres : sept cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, quatre à cinq sacrées, enfin, trois à quatre coccygiennes.

Coupe anatomique de la colonne vertébrale; dans le plan sagittal, d'avant en arrière :

1. Ligament commun antérieur
2. Corps et disques inter-vertébraux
3. Ligament commun postérieur
4. Canal médullaire et moëlle
5. Ligaments jaunes
6. Arc neural
7. Ligaments inter-transversaires, inter-épineux et sur-épineux
8. Muscles para-vertébraux.

Nous divisons la poutre maîtresse en trois colonnes fonctionnelles, dans le plan sagittal, d'avant en arrière :

- a) La colonne antérieure comprenant les corps et les disques inter-vertébraux; la colonne d'appui et de mobilité.
- b) La colonne médiale, comprenant le canal rachidien et la moëlle épinière; c'est la colonne motrice et sensitive.
- c) La colonne postérieure ou arc neural, comprenant les apophyses et blocs articulaires; c'est la colonne de la solidité et de la limitation des mouvements.

Coupe physiologique de la colonne vertébrale; dans le plan horizontal, de bas en

haut :

Elle comprend deux supports et deux pièces mobiles :

- a) Supports sacro-pelvien et dorso-costal
- b) Colonnes lombaire et cervicale.

Leur union constitue la charnière lombo-sacrée et la charnière cervico-dorsale. C'est à ce niveau que s'opèrent la plupart des mouvements de notre tronc.

Ainsi sont réunies les conditions d'une loi mécanique : support + pièce mobile + force = mouvement.

Anatomie et morphologie de la vertèbre:

Elle peut être comparée à une bague (de Sambucy) dont le corps placé en avant représente le chaton; là où nous enfilons le doigt, c'est le canal médullaire. Il est bordé latéralement par les pédicules qui unissent la colonne antérieure à l'arc neural.

Ce dernier comprend : dans le plan sagittal, les apophyses épineuses; dans le plan vertical ou plus ou moins oblique, les lames et blocs articulaires; dans le plan horizontal, les apophyses transverses.

## *Construction anatomique du corps vertébral*

Le corps vertébral comprend :

1. Une diaphyse
2. Deux épiphyses.

La diaphyse est de structure osseuse spongieuse. Du point de vue mécanique, c'est l'élément faible du corps vertébral. Elle est richement vascularisée et d'importantes élaborations et échanges bio-chimiques s'y opèrent.

Les épiphyses, de structure osseuse très dense, sont d'une grande solidité. Elles supportent les plateaux intervertébraux.

Le plateau vertébral est constitué de deux parties : l'une, périphérique, est le listel marginal : c'est un os compact en forme de croissant ouvert en arrière; l'autre, central, est la plaque cartilagineuse qui occupe la majeure partie du plateau et qui est directement en contact avec le disque intervertébral et avec l'os spongieux du corps vertébral.

## *Généralités des disques intervertébraux*

Les disques sont des pièces fibro-carti-

lagineuses placées entre les corps vertébraux; ils représentent environ le quart de la hauteur totale de la colonne mobile.

Les disques sont d'épaisseur variable; ils sont le plus épais dans la région lombaire, de 15 à 20 mm; ceux de la colonne cervicale sont épais de 5 à 7 mm; ce sont les plus minces: ils n'ont plus qu'un à deux mm d'épaisseur.

Les disques intervertébraux sont les sièges de la mobilité du rachis.

#### *La vie du disque*

Le disque intervertébral comprend deux parties: le nucléus pulposus et l'anneau fibreux.

- a) Le nucléus pulposus est une sorte de bille ovoïde à grand axe antéro-postérieur. Il est constitué d'une gelée semi-fluide, homogène, très riche en eau. Il est incompressible et obéit aux lois de l'hydraulique; toute force qui agit sur lui est également répartie dans toutes les directions.
- b) L'anneau fibreux est un manchon de lamelles fibreuses péri-nucléaire. Il se fixe sur la surface des plateaux vertébraux restée libre autour de la zone d'appui du nucléus.

L'anneau fibreux a trois fonctions bien précises:

1. Il absorbe les pesées reçues par le noyau pulpeux
2. Il maintient les corps vertébraux les uns au-dessus des autres
3. Il maintient en place le nucléus pulposus.

Le disque est avasculaire; sa régénérescence se fait par osmose à travers le cartilage du plateau vertébral.

Le nucléus est incompressible, du moins théoriquement. Le jour, le disque est soumis à des pressions variables, selon les mouvements, les attitudes et les efforts du sujet. La pression mécanique est pratiquement toujours supérieure à la pression osmotique. Comme les plaques cartilagineuses sont semi-perméables, il se produit un passage d'eau du nucléus vers le corps vertébral. Le disque s'affaisse légèrement et la taille du sujet diminue quelque peu au cours de la journée. Par contre, la nuit, lors du sommeil et du décubitus, la pres-

sion mécanique exercée sur le disque est faible. Le poids du corps n'agit plus; le tonus musculaire est relâché. La pression osmotique est alors la plus forte et le disque absorbe l'eau à travers la plaque cartilagineuse. Le nucléus pulposus refait son plein.

#### *Anatomie, physiologie et morphologie de la charnière lombo-sacrée*

A fin de clarté dans le présent exposé, nous avons pensé utile de limiter l'étude du disque à la charnière lombo-sacrée.

La charnière lombo-sacrée est en réalité constituée de deux centres kinésiques (de Sèze).

Dans la flexion et dans l'extension, la dernière pièce mobile est la vertèbre L-5. Les mouvements s'opèrent au niveau du disque L-5-S1. La dernière vertèbre lombaire ne peut faire d'autres mouvements à cause de sa position anatomique et surtout à cause des fortes attaches ligamentaires ilio-sacrées.

Dans les mouvements de latéralité et de rotation, la dernière vertèbre mobile est L-4; les mouvements s'opèrent au niveau du disque L4-L5.

Ces constatations nous obligent à considérer les disques L-4-L-5 et L-5-S1 comme une unité anatomophysiologique.

1. *Le disque intervertébral*: Ici, comme ailleurs, il est constitué:
  - a) D'un noyau pulpeux, véritable pivot autour duquel peuvent s'effectuer tous les mouvements. Il amortit les chocs et les transmet à l'anneau fibreux.
  - b) D'un anneau fibreux fixé en couronne autour du gel nucléaire. Il est très fortement fixé aux plateaux vertébraux, à qui il transmet les pesées reçues.
2. *Les ligaments péri-discaux*:
  - a) Le ligament commun antérieur qui recouvre les faces antérieure et latérales du corps et du disque vertébral; seules ses expansions latérales adhèrent très fortement au disque et aux plateaux vertébraux.
  - b) Le ligament commun postérieur; très étroit au niveau des corps vertébraux, il s'élargit par des expansions

et recouvre les faces postérieure et postérolatérale du disque. Le ligament est fortement fixé au corps vertébral et au disque.

### 3. Canal rachidien :

L'espace rétro-discal est particulièrement restreint au niveau de la charnière lombo-sacrée. Les causes en sont : un disque particulièrement volumineux; une lordose souvent très marquée.

### 4. Les racines nerveuses L-5 et S-1 :

Elles sont de volume exceptionnel et fixées par leur collet dural aux éléments disco-ligamentaires.

Position des racines : La racine L-5 est située au niveau du bord inférieur du disque L-4-L-5; la racine S-1 est fixée au niveau du bord supérieur du disque L-5-S-1.

Le volume de ces racines s'explique aisément. En effet, le nerf sciatique qui en résulte innerve tout le plan des muscles fessiers, les plans postérieur et interne, excepté le grand adducteur de la cuisse, tous les muscles du mollet et du pied.

### *Anatomo-pathologie et physio-pathologie de la charnière lombo-sacrée*

Les différents éléments de la charnière lombo-sacrée vieillissent chacun à leur manière. La sénescence est précoce dans cette région, qui est sans cesse soumise à des pressions multiples, des tiraillements importants, souvent micro-traumatiques, à des efforts d'ordre statiques et dynamiques, dans des positions variables et souvent en porte-à-faux.

Les premières striations séniles apparaissent déjà dès la fin de la croissance. A l'âge de 40 ans, les radiographies révèlent des altérations nettement visibles.

1. Le nucleus pulposus perd de son eau; en perdant son eau, il répartit mal les pesées reçues, pesées qui deviennent électives dans une direction donnée et qui est généralement la partie postérieure de l'anneau discal. Si celui-ci vient à se rompre, le gel nucléaire s'écoule dans l'espace rétro-discal et constitue dans sa phase primaire une simple protrusion discale par refoulement de

l'anneau. Dans la phase secondaire, il y a rupture de l'anneau et l'écoulement du gel constitue la hernie discale.

2. La mauvaise répartition des pressions reçues par le nucléus pulposus amène des tiraillements inhabituels à l'anneau fibreux. Celui-ci se laisse peu à peu tasser, refouler et perd progressivement son élasticité; perdant son élasticité, il se laisse distendre et ne peut plus revenir sur lui-même. La radiographie révèle un espace clair diminué et objective le pincement discal.

3. Les tiraillements qui sont opérés sur l'anneau discal ne se limitent pas à celui-ci. En effet, ils sont directement transmis aux ligaments péri-discaux : le ligament commun antérieur et le ligament commun postérieur, ainsi que leurs expansions latérales. Les ligaments réagissent et il naît une contraction défensive, qui aura pour résultat primaire une installation de raideur douloureuse ou lombalgie primaire.

Si les ligaments ont des fixations discales, ils sont également attachés fortement aux corps vertébraux. L'os réagit également à l'irritation opérés grâce à son extraordinaire pouvoir ostéogénique, réalise une prolifération cellulaire de densité variable et qui a pour conclusion primaire la formation d'une discarthrose et ultérieurement la constitution d'ostéophytes généralement situés sur les parties antérieure ou antéro-latérales du plateau vertébral. Cette préférence topographique vient du fait que le ligament commun antérieur est moins fortement adhérent au disque et au corps vertébral et par conséquent se laisse plus facilement repousser par la formation osseuse.

Généralement, la sénescence discale permet l'installation d'une raideur de la charnière lombo-sacrée; mais ce n'est pas toujours le cas. Le tassement a parfois pour résultat une mobilité anormale, ce qui permet un glissement vers l'avant ou vers l'arrière du corps vertébral. Le glissement vers l'avant est appelé spondylolisthésis, le glissement inverse rétro-listhésis. Il y a lieu de signaler également l'existence du spondylolyses, qui sont dues à une

rupture traumatique ou ostéo-malacique de l'hyaline. Le corps vertébral est séparé de l'arc neural et glisse généralement vers l'avant.

La pathologie de la charnière lombosacrée est fortement influencée par les déformations congénitales ou acquises. Signalons pour mémoire : les vertèbres transitionnelles, les agénésies discales, les malformations vertébrales : scoliose, lordose, cyphose sont à l'origine de troubles statiques et dynamiques et qui ont tous pour conséquence directe la création d'une zone de moindre résistance. Certes, il en résulte une adaptation, mais elle est souvent défavorable, surtout du point de vue mécanique.

Enfin, la musculature para-vertébrale et abdominale joue également un rôle dans la pathologie de cette charnière. Si l'atrophie, la rétraction ou la contracture sont souvent consécutives à l'atteinte disco-vertébrale, elles peuvent dans certains cas être la cause primaire d'une lombalgie. L'on a tort souvent de négliger l'importance de la musculature dans les causes de ces affections.

Je voudrais rappeler, à propos de la musculature para-vertébrale, qu'elle n'est pas seulement cinétique, mais également tono-statique. Les muscles profonds soutiennent les vertèbres les uns au-dessus des autres par une contraction excentrique.

### *Symptomatologie de la lombo-sciatique*

#### *Etude clinique*

Objective : claudication et station.

Le patient vient à nous, boitant souvent très bas. La marche déclenche une douleur, parce qu'elle reproduit le signe de Lasègue; par l'extension de la jambe sur la cuisse, elle opère une traction sur le tronc nerveux.

En station, le patient se présente avec un léger flexum au niveau du genou et son talon est souvent décollé du sol.

#### *Positions antalgiques :*

Cyphose antalgique : Le malade est fortement fléchi en avant; parfois, il y a seulement effacement de la lordose lombaire, mais le plus souvent nous apparaît une

véritable cyphose; elle signe dans la plupart des cas une hernie discale postérieure. Du point de vue radiologique, les clichés nous montrent un bâillement postérieur et un pincement discal antérieur.

Plus rares sont les hyper-lordoses antalgiques; nous sommes alors en présence d'un état pathologique inverse, que les clichés confirmeront.

Nous tenons à souligner la prudence nécessaire dans les hyper-lordoses, car nous pouvons nous trouver en présence d'une spondylolyse ou encore d'un spondylolisthésis.

Les cyphoses et les hyper-lordoses antalgiques signent le plus souvent une atteinte discale de S-1.

*La scoliose antalgique* : Le siège causal a souvent donné lieu à des interprétations divergentes. Néanmoins, nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'agit dans la plupart des cas de l'atteinte du disque L-5, du fait de son rôle dans la charnière lombosacrée. Nous rappelons que c'est à ce niveau que s'opèrent les mouvements de flexion latérale et de rotation.

La convexité de la scoliose antalgique est du côté de la lésion où le cliché radiologique montre un bâillement discal. Le malade cherche à décompresser au maximum la racine nerveuse. Il fléchit son tronc du côté sain et opère une rotation sur l'axe du côté opposé. Le bassin s'élève du côté malade. La rotation du rachis rejette les muscles para-vertébraux en arrière; ceci par l'intermédiaire des apophyses transverses.

*Réaction contracturale* : L'origine de la contracture est double : directe, due à l'irritation de la racine nerveuse; indirecte, par rétraction et élongation musculaire due au déséquilibre des antagonistes et agonistes, qui résulte de la position antalgique.

La contracture musculaire dans les affections de la charnière lombosacrée n'est pas seulement locale; elle s'étend souvent dans le membre inférieur par le fait même de la station et de la claudication antalgique.

*Troubles trophiques* : Ils résultent de la douleur, de la contracture et de l'immobi-

lisation. Il s'agit avant tout d'atrophie musculaire siégeant non seulement au niveau des muscles para-vertébraux de la région lombo-sacrée, mais s'étendant également aux muscles du membre inférieur malade. Il semble que ce sont les muscles tonostatiques qui sont plus gravement atteints. Le malade se plaint de son dos (cassé) et de sa jambe (qui lâche).

*Raideur de la charnière lombo-sacrée :* L'importance de cette raideur est difficile à déterminer. Nous limitons cet examen à une appréciation sommaire. Le mouvement déclenche une douleur vive; il est également limité par la contracture. Ces faits ne permettent pas une appréciation objective de la limitation réelle des mouvements au niveau de la charnière.

Nous pratiquons comme suit :

*En décubitus dorsal :* Flexion de cuisses sur bassin; tandis que la main gauche du praticien se place au niveau de la charnière lombo-sacrée pour contrôler les mouvements, nous enveloppons les genoux avec notre membre supérieur droit et mobilisons tout le train porteur par des mouvements latéraux ou rotatoires.

En position assise, nous mobilisons le tronc sur le bassin par mouvements latéraux ou en rotations sur l'axe rachidien.

En station debout, nous demandons au patient de fléchir, d'étendre ou d'incliner son tronc.

Le résultat reste imprécis et l'examen déclenche de vives douleurs; le malade s'y soumet avec crainte.

*Algie et disesthésie :* La douleur est le symptôme le plus important. Elle est provoquée par chaque mouvement du tronc ou des membres inférieurs. Le malade souffre en station, dans la marche, en position assise et couchée. La douleur est constante; elle varie cependant dans son intensité et dans son étendue. Souvent il s'agit de lombalgie avec irradiation sciatique, mais elle peut être prédominante au niveau de la charnière ou encore tout au long du tronc nerveux. Il arrive parfois que l'hyperalgie change de localisation. Cette localisation variable est directement en rapport avec la compression de la racine nerveuse.

Les troubles disesthésiques sont essentiellement subjectifs; le malade dit ne plus avoir de (sentiment) dans sa jambe ou dans son pied. Il ressent des fourmillements, des lourdeurs, des brûlures, des tiraillements. Les crampes sont fréquentes.

A la palpation, nous remarquons souvent une hypothermie et des places hypoesthésiques, soit sur la face antéro-externe de la jambe et sur la face dorsale du pied dans le cas d'une atteinte du radicul L-5; soit, sur la face postérieure de la jambe, la face plantaire du pied, dans la compression de la racine S-1.

*Signe de Lasègue :* Le malade est en décubitus dorsal et nous opérons d'une main une flexion de la cuisse sur bassin et de l'autre une extension de jambe sur cuisse. Ce mouvement provoque une vive douleur dans la cuisse, dans la fesse et jusqu'aux reins. Dans les lombo-sciatiques graves, elle apparaît dès 15 à 20 degrés de flexion de cuisse sur bassin.

La flexion dorsale du pied sur jambe provoque également une vive douleur, mais souvent uniquement localisée dans le mollet.

Le Lasègue signe toujours une lombo-sciatique.

*Points Valleix :* Il s'agit de repères hyperalgiques situés tout au long du trajet du nerf sciatique :

Dans la fosse iliaque externe, au niveau de la grande échancrure iliaque, dans la partie médiane, du haut en bas de la cuisse, dans le creux poplité, dans la gouttière immédiatement au-dessous de la tête du péroné, dans la partie moyenne du mollet et de la face antéro-externe de la jambe.

*Reflexes :* Les reflexes achiléens réagissent insuffisamment au marteau réflexogène; dans les cas graves, le réflexe peut être aboli. Il est utile de provoquer le réflexe rotulien, afin de contrôler le plexus lombaire et permettre de délimiter le territoire lésé.

*Traitement de la lombo-sciatique*

De nombreuses thérapeutiques ont été proposées et appliquées aux patients souffrant de lombo-sciatiques et de lombalgie. Nous devons reconnaître que de bons ré-

sultats ont été obtenus malgré qu'il s'agissait de thérapeutiques palliatives. Elles avaient pour but d'apaiser la douleur par la suppression de l'inflammation. Malheureusement, la cause mécanique ne trouvait pas de solution.

#### *Enumération thérapeutique :*

1. La chimiothérapie (Aspirine, Butasolidine, Irgapirine, Novocaïne, Cortisone).
2. Crénothérapie : (bains thermaux, boue, massage).
3. Pyrothérapie : (pointes de feu).
4. Radiothérapie : (par rayons X).
5. Electrothérapie : (ultra-sons, ondes courtes).
6. Acupuncture : (dispersion ou tonification de INN ou YANG).
7. Chiropraxie : (manipulations de charnière lombo-sacrée ou de l'atlas-axis).
8. Chirurgie : (Ablation du fragment discal hernié, curetage du disque et arthrolyse).

#### *Traitement ostéopathique*

Nous exposerons le traitement comme nous avons l'habitude de le pratiquer; il tient compte des données mécaniques de la charnière lombo-sacrée, qui sont souvent les seules responsables de l'état pathologique.

*But :* Soulager, détendre, apaiser, mobiliser, libérer, allonger, décompresser, manipuler, récupérer et rééduquer.

*Moyens :* Bains de lumière ou infrarouge, massage, mobilisation et manipulations, extension par traction genupectorale, gymnastique.

Nous pensons utile de calmer, de détendre la musculature par la chaleur et le massage; nous pratiquons un ponçage des muscles para-vertébraux. La contracture cède souvent lentement, mais cela ne fait rien, car le malade prend confiance et se calme. L'effet psychologique est à notre avis très important; l'esprit et le corps du malade s'apaisent.

*Mobilisation et manipulations :* En décubitus dorsal : nous pratiquons des mouvements en dérotation. Tandis que les épaules restent à plat au sol, fixées par une

main, de l'autre nous saisissons le membre inférieur par le genou, fléchissons la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse, puis opérons une rotation du bassin sur son axe vertical. La mise en position est lente, car le malade est craintif; parfois, la douleur apparaît.

C'est à partir de cette position que nous préparons la manipulation. La cuisse est fléchie sur l'abdomen, formant un angle plus ou moins fermé. Elle est immobilisée dans cet angle par notre tronc, qui imprime par ce bras de levier représenté par la cuisse, des pressions de haut en bas. La main libérée contrôle les mouvements au niveau de la charnière lombo-sacrée. Cela suffit parfois pour obtenir le craquement libérateur. Le plus souvent, la main imprime un mouvement de rotation brusque au bassin, qu'elle saisit au bord postérieur de l'aile iliaque ou encore au sacrum.

*Remarque :* La vertèbre manipulée sera d'autant plus bas située que l'angle cuisse-tronc sera **fermé**.

Nous manipulons en premier lieu le côté sain. Nous obtenons ainsi une détente locale par voie réflexogène, parfois même un apaisement de la douleur. L'effet psychologique est à souligner; le malade prend confiance et nous permet de pratiquer la manipulation du côté malade dans les meilleures conditions.

Nous pensons que l'audition du craquement n'est pas indispensable et que tout mouvement brutal doit être banni du traitement ostéopathique.

Nous pratiquons également les manipulations verticales dans les souffrances de la charnière lombo-sacrée. Nous les utilisons avec prudence et tenons compte de l'état morpho-pathologique.

En décubitus dorsal : Genoux fléchis, une main est placée au niveau de la charnière lombo-sacrée, tandis que de l'autre main le praticien porte les genoux sur l'abdomen. La manipulation consiste dans une poussée verticale des cuisses fléchies sur l'abdomen, de haut en bas et d'avant en arrière.

En décubitus ventral : Les mains sont placées de chaque côté des apophyses épineuses. Nous faisons expirer le malade et

opérons une pression ferme de haut en bas. La manipulation est opérée au niveau de chaque vertèbre de l'étage lombo-sacré.

### *Extension vertébrale en position genu-pectorale*

La position genu-pectorale reproduit la quadrupédie et permet de placer le rachis dans une horizontalité parfaite, opérant une traction élective sur la charnière lombo-sacrée.

Description de la position : Le patient est à genoux sur un chariot mobile dans le plan vertical. Ceci permet de placer le rachis et le bassin dans une parfaite horizontalité. Les genoux sont fixés par un tube transversal en arrière des creux poplités.

Le tronc est allongé sur un chariot mobile dans le plan horizontal; tronc et membres inférieurs forment un angle droit.

La tête repose dans un évidement et les membres supérieurs sont placés latéralement de chaque côté du chariot et les mains prennent fixation à des poignées mobiles verticalement.

Fixateurs : Au niveau des angles scapulo-brachiaux est fixée une barre verticale rétro-brachiale. Il s'agit d'une fixation secondaire.

La fixation principale est représentée par une sangle qui enveloppe toute la région lombaire; c'est par elle que s'opère la traction élective.

Nous pratiquons une extension lente et progressive; au début, de six à huit cm;

en fin de traitement, de dix à douze cm. L'extension terminée, nous demandons au malade de redresser son tronc en s'aidant de ses membres supérieurs; nous participons à cet effort.

Nous terminons toujours le traitement par quelques minutes de vibrations de la région lombo-sacrée. Ce massage vibré calme la réaction neuro-musculaire consécutive aux manipulations et à l'extension.

### *Mobilisation et gymnastique*

Dès le deuxième ou troisième traitement, nous ordonnons au malade les mouvements suivants :

Mobilisation du bassin : En décubitus dorsal, membres inférieurs allongés ou pieds à plat au sol :

1. Mouvement latéral du bassin.
2. Anté- et rétropulsion du bassin.
3. Prise de conscience du dos complétée par une inspiration et une auto-traction de la tête, menton bien collé au cou.

L'inspiration et la traction capitale combinées permettent l'obtention d'une contraction excentrique (le patient a l'impression de s'allonger).

Au fur et à mesure de l'évolution du traitement, nous enseignons au patient une gymnastique abdominale et dorsale et qui a pour but de rétablir une meilleure statique vertébrale, grâce à un bassin horizontal et un meilleur soutien des muscles tonostatiques du rachis.

## **Groupe romand d'osteopathie**

Dans sa réunion du 12 novembre, le G.R.O. a décidé de commencer un premier cours d'ostéopathie en janvier prochain et a chargé son président actuel, Alexandre Rupert, de donner ce cours. Le chargé de cours demande à tous ceux qui désirent y participer, de bien vouloir s'inscrire par écrit avant la fin de l'année.

S'adresser à: A. Rupert, 15, Avenue Druey, Lausanne.

Le cours débutera vraisemblablement le *jeudi 21 janvier 1960*, à 20 h. 30 précises à l'Hôpital Orthopédique à Lausanne et continuera toutes les trois semaines, le *jeudi*, jusqu'au 7 juillet.

Un modeste financement est prévu.