

Kinésithérapie post-fracturaire

Autor(en): **Bex,G.**

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): - **(1960)**

Heft 170

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930881>

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.

Kinésithérapie post-fracturaire

Nos moyens d'action

Je vais m'efforcer, dans le présent exposé, de souligner les raisons que nous avons de méditer sur le problème de la rééducation post-fracturaire, problème qui professionnellement me tient particulièrement à cœur, en reprenant celui-ci tout d'abord à sa base.

Lorsqu'un médecin nous envoie un patient affligé d'une fracture en vue d'entreprendre la rééducation du membre blessé, nous sommes appelés à constater au préalable que la durée d'immobilisation du malade a été plus ou moins longue, que la rigidité articulaire qui s'ensuit est plus ou moins prononcée, puis que la cicatrisation osseuse s'est réalisée de façon plus ou moins heureuse.

Je crois que, d'une façon générale, nous préférons avoir affaire à des cas dans lesquels l'immobilisation a été de courte durée. De tels cas exigent souvent que nous fassions usage de plus de douceur dans nos manœuvres, mais par contre les résultats sont plus faciles à obtenir.

Comme vous le savez, l'intervention du masso-physiothérapeute est conditionnée par 4 points essentiels, à savoir :

1. La fracture elle-même : son genre, sa localisation, etc.
2. L'acte du chirurgien, lequel acte n'est pas forcément irréprochable, force nous est de le constater.
3. La cicatrisation osseuse, laquelle ne dépend pas que du seul travail du chirurgien, mais bien aussi d'un processus biologique qui en est responsable.
4. La rééducation plus ou moins précoce, selon qu'en décide le chirurgien traitant, seul maître en l'occurrence, dont l'autorité a pour nous force de loi.

Si l'on tient compte de ces données, on s'aperçoit que notre intervention étant ainsi subordonnée à diverses conditions, on ne saurait nous faire endosser une responsabilité aussi entière en cas d'échec qu'on le fait parfois, alors que l'auréole de la réussite ne nous est pas donnée en partage.

Le malade qui se présente à nous pour la première fois est souvent un peu inquiet et tendu. Ne l'oublions pas, l'époque n'est pas si loin de nous encore où un malade avait des sueurs froides lorsqu'on lui parlait de massage.

Le fracturé est un peu dans l'état d'esprit d'une femme devant accoucher pour la première fois et que les confidences faites par des amies ou connaissances ayant eu des accouchements compliqués ont remplie d'appréhension.

Il s'agit donc de le rassurer et, pour ce faire, d'établir premièrement la confiance entre lui et nous. Du climat favorable ainsi créé dès le premier instant dépend toute la valeur de notre intervention.

Cependant, il est des malades qui s'ouvrent difficilement, des durs qui n'entendent pas avouer leurs craintes, restent orgueilleusement crispés et ne nous rendent ainsi pas la tâche facile.

En règle générale, il est admis de commencer notre traitement par le massage. Ce n'est toutefois pas un principe absolu et l'on peut y déroger si besoin est. C'est ainsi qu'il m'arrive parfois de travailler une fracture du pied par les mouvements ostéopathiques accompagnés de frictions.

Comme suite au massage, la plupart des auteurs de manuels de masso-physiothérapie recommandent le mouvement passif. Cependant, notre confrère parisien, DUPUIS-DELTOR, qui a relevé toute la difficulté technique que représente la réalisation du mouvement parfaitement passif, fait exception à cette majorité.

Puis nous pouvons recourir aux mouvements actifs dont toute une gamme s'offre à nous : mouvements aidés, libres, contrariés, puis à divers traitements aux noms évocateurs : mécano-thérapie, suspensothérapie, pouliothérapie, ergothérapie, etc, etc.

Etablir le bilan articulaire et musculaire de notre malade est un moyen de soutenir son moral par un contrôle objectif des résultats acquis petit à petit.

Regard en arrière

Avant d'en venir aux temps actuels en ce qui concerne nos techniques en particulier et la thérapie des fractures en général, je vais tout d'abord faire une incursion dans le passé et évoquer à titre de comparaison les méthodes propres au professeur LUCAS CHAMPIONNIERE. Ce grand médecin qui, par la conception de la valeur du massage qu'il avait déjà au siècle passé, en a été un des plus hauts précurseurs.

Je ne pense pas que l'on puisse douter de l'exactitude des affirmations de LUCAS CHAMPIONNIERE. Il est à noter du reste à cet égard que, plus près de nous, le professeur DELBET et ses successeurs GIRODE, MONNARD et MONNOD ont tenu à souligner la valeur des travaux de ce grand médecin. Toutefois s'ils n'ont eu que des éloges à prononcer à l'endroit de ce dernier, ils ont formulé des critiques sur les méthodes de ses disciples qui ont souvent appliqué sans discernement le traitement précoce préconisé par leur maître et n'ont obtenu souvent que de mauvais résultats dus à leur manque de savoir-faire.

A remarquer que le but que se proposait LUCAS CHAMPIONNIERE n'était pas de récupérer avant tout une forme anatomique parfaite, mais bien plutôt de conserver la vigueur aux muscles des membres lésés et leurs articulations en bon état.

C'est en 1895 que le professeur *Lucas Championniere* publia sa méthode que l'on peut qualifier de révolutionnaire. Mais à la même époque la découverte de la radiographie devait faire également révolution dans les milieux médicaux. Si je fais un rapprochement entre ces deux événements, c'est que dans mon esprit s'est ancrée l'idée que le dernier fit une telle sensation qu'il ne put manquer de capter l'intérêt général au grand dam de l'œuvre de *Lucas Championniere*.

Ce grand professeur dit en tête de son volume : « Mes conclusions sont tellement contraires à toutes les idées reçues qu'il m'a fallu un grand courage et une longue expérience pour mener à bien cette œuvre nouvelle. Donc, en 1895, son œuvre avait fait ses preuves.

Je vais m'efforcer maintenant de vous donner en bref la substance de son gros ouvrage, ouvrage épuisé et pourtant très recherché actuellement.

Les affirmations de LUCAS CHAMPIONNIERE

Selon *Lucas Championniere*, la douleur n'est supprimée qu'à demi par l'immobilisation. Elle l'est bien plus rapidement par la technique du massage — à noter que la technique de *Lucas Championniere* n'est pas du tout semblable à la nôtre —. « Les épanchements séreux des gaines et des tissus cellulaires ainsi que les épanchements sanguins déforment, mais le massage les disperse aisément. La mobilité pour autant qu'elle ne désunit pas les segments augmente la rapidité de la cicatrisation. Et l'auteur de citer « La cicatrisation des côtes et la guérison plus facile chez les animaux où on laisse faire la nature ».

Puis : « Un bon cal veut un certain débordement, un certain excès de production osseuse ». Ce propos nous fait penser que le cal était déjà maigre et indigent avant l'introduction de la méthode de *Lucas Championniere* pour qu'il le déclare ainsi sans ambages.

Résumant les résultats qu'il avait acquis, *Lucas Championniere* dit : « L'expérience quotidienne de mobilisation prématurée des fractures ne m'a pas fait voir un échec, pas fait voir un cas de pseudarthrose dont on menace des os mobilisés, mais toujours la solidité plus rapide ». *Lucas Championniere* insiste sur le massage des extrémités épiphysaires où les épanchements sont particulièrement étendus.

Conditions diverses du massage

Toujours selon *Lucas Championniere*, une première forme est le massage immédiat et continué pendant toute la durée de la cicatrisation osseuse. Cette forme s'adresse à des cas bien définis, les segments osseux n'ayant pas tendance aux déplacements.

Dans une deuxième forme, le massage est immédiat et suivi de l'application d'un appareil de contention afin d'éviter les dangers de déplacement. L'appareil sera

conservé pendant quelques jours, puis le traitement sera repris comme dans la première forme.

Dans une troisième forme, le massage est mixte, c'est-à-dire que l'on place un appareil pour 2 ou 3 jours, puis qu'on l'enlève ensuite pour faire le traitement de massage. Chaque jour on replace l'appareil et chaque jour on refait un massage.

Il y a encore une quatrième forme d'immobilisation avec réduction exacte et suivie du massage seulement après commencement de la consolidation.

Le massage proprement dit

Le foyer de fracture n'est pas massé. Pour le massage, le membre fracturé est convenablement fixé par des coussins ou par un aide-masseur. *Lucas Championniere* n'effectuait que deux sortes de manipulations : un effleurage de plus en plus profond et une sorte de friction exécutée avec la paume de la main, laquelle friction il compare à « un mouvement de meule ».

Dans l'effleurage, le pouce reste l'agent principal du massage. *Lucas Championniere* repousse absolument le pétrissage « qui est trop violent et qui ébranle trop ».

On voit par là que ses manœuvres de massage étaient nettement nuancées et sa méthode parfaitement au point.

Résumé de la situation à l'heure de Lucas Championniere

Avant *Lucas Championniere*, on affirmait que l'immobilisation du membre fracturé supprimait la douleur, qu'elle permettait de rendre à celui-ci sa forme primitive, qu'elle facilitait la réparation de la fracture, qu'elle constituait la meilleure condition de retour du membre à ses fonctions normales et enfin qu'elle guérissait et prévenait l'inflammation.

Lucas Championniere a bouleversé toutes ces théories en prouvant le contraire ou presque. Selon sa méthode « l'immobilisation peut être parfois nécessaire, mais en tous les cas elle être de courte durée ». *Les résultats selon Lucas Championniere*

Lucas Championniere affirme que « bon nombre de cas de fractures graves — il mentionne même une fracture ouverte du

coude — soignés selon sa méthode ont permis que la personne atteinte reprenne ses occupations lesquelles ne demandaient pas de gros efforts après 18 jours ». Selon *Lucas Championniere*, il fallait compter avec des périodes de 18, 21, 25 ou 30 jours en général, suivant le cas. On ne peut que rester confondu devant de telles affirmations, et l'on est en droit de se demander si cela est bien exact.

Pourquoi la méthode de

Lucas Championniere n'a pas subsisté

Je vois plusieurs raisons expliquant l'abandon de la méthode de *Lucas Championniere*. D'abord, comme je l'ai déjà dit, la découverte de la radiographie à la même époque, découverte de choc qui ouvrait de nouveaux horizons au monde médical et a conduit les chirurgiens à rechercher la réduction millimétrique.

Puis, *Lucas Championniere* ne voulait pas de masseur professionnel, de sorte que sa méthode n'a guère pu se propager et devait fatalement sombrer dans l'oubli, personne ne songeant plus à l'exploiter. En outre, les abus et le manque de discernement des successeurs du grand médecin ne manquèrent pas non plus de jeter un certain discrédit sur celle-ci.

Il y a aussi le fait que la Science étant en continuelle évolution, les idées d'un grand maître serrant de près l'actualité font rapidement école parmi les nouvelles volées de médecins qu'il enseigne, et voilà que les plus évolués décident qu'une méthode aussi antique est dépassée...

Faisons le point des temps actuels

Sommes-nous plus avancés actuellement dans ce domaine ? Il n'y paraît guère selon les articles touchant cette question, tous articles émanant des Docteurs *Laurence*, *Postel* et *Judet*, parus dans le numéro 17 de la « Revue du praticien » en date du 11 juin 1959, et dont je vais tenter de vous donner en bref quelques extraits.

Ou plutôt un petit condensé à ma façon.

Que se passe-t-il quand il y a fracture ?

Il y a bien sûr rupture de l'os ou du cartilage, mais du même coup, il faut y penser, cette rupture entraîne de graves per-

turbations de certaines fonctions biologiques et physiologiques.

La guérison d'une fracture est quelque chose de miraculeux. Lorsqu'on connaît toutes les conditions dont dépend sa réalisation, on peut dire qu'elle tient du miracle ! Nombreux et divers sont les processus qui contribuent à la réparation : rien que la formation du cal requiert la mise en œuvre de divers processus cellulaires, biochimiques et minéraux; il faut que se produise un certain rajeunissement des tissus nécessaires à la réalisation de la soudure; il faut que les extrémités de la fracture soient mordancées par une forte décalcification préalable pour que le cal puisse les unir. Si ce mordantage, en l'occurrence la déminéralisation des deux surfaces fracturées ne s'effectuait pas normalement, des troubles graves s'ensuivraient. Il est indispensable à la soudure comme le coup de lime que l'on donne avant de souder deux parties de fer.

Autre chose, la circulation haversienne rentre en ligne de compte dans ce problème de mordantage, et voici pourquoi :

Un os peut se fracturer en plein dans le vif de cette circulation, mais il se peut également qu'une fracture se produise entre le vif et le mort de celle-ci. Or, la soudure retirera tout avantage de la première de ces conjonctures, vu que les deux extrémités de la fracture auront toute chance de se déminéraliser normalement.

Par contre, les circonstances seront moins favorables dans l'autre cas, étant donné que la partie morte c'est la partie de l'os qui avant la fracture, était irriguée par la partie vivante. Le point de fracture venant à les séparer, la partie vivante décalcifiera, mais non pas la partie morte, ce qui fait que le mordantage sera mauvais.

On repère une zone de dévascularisation unipolaire au moyen de la radiographie — sans plâtre — laquelle permet de constater que la partie vive décalcifie dans le délai normal, alors que la partie morte ne décalcifie pas sur une longueur de 1,2 ou 3 cm.

Quelles que soient les circonstances particulières, il est à souligner que la consolidation, phénomène vital au premier chef, doit obéir à une certaine chronologie.

L'hyperhémie et la jeunesse du tissu conjonctif ont une durée limitée. De même la déminéralisation de mordantage passe au bout de quelques semaines. Il faut utiliser les phases favorables à la soudure en ajustant les étapes judicieusement. De même que la formation du tissu osseux doit parvenir à l'efficacité mécanique dans le délai qui lui est imparti, de même le temps accordé par la nature qui semble avoir prévu les mesures de guérison est très court et doit s'exploiter au plus tôt, sinon le capital de réparation gaspillé n'est pas restitué, ce qui explique bien des échecs.

Conditions pratiques de la consolidation osseuse

Les conditions pratiques les plus importantes sont celles qui ont trait à la surface de contact entre les extrémités fracturaires et à la pression qui s'exerce sur elles, à la qualité de l'immobilisation et à celle de la vascularisation. En outre, l'état du périoste joue un rôle important.

A côté de ces facteurs principaux, il faut compter avec les conditions d'accrochage lesquelles varient en fonction de la plus ou moins grande complexité des fractures.

Pression exercée sur les surfaces fracturaires

Il faut exercer une certaine pression dans le sens axial. Avant l'ère radiologique, cette condition naturelle de pression axiale était en pratique toujours respectée. Il n'en est plus de même depuis l'ère radiologique.

Vouloir obtenir à tout prix une réduction offrant une image radiologique parfaite augmente la responsabilité du chirurgien. Les ostéosynthèses, quoique biologiquement dangereuses, s'imposent parfois. Les fortifiants et autres médicaments ne servent pas directement car il vaut mieux traiter la fracture plutôt que le malade.

Le processus de régénération semble pouvoir tirer des substances nutritives offertes par le milieu intérieur un meilleur parti que les organes normaux. Les expériences faites ont prouvé qu'une alimentation normale contenait les quantités voulues de substances minérales. Tous les orthopédistes parviennent actuellement à la

conclusion que « l'administration de sels minéraux, d'hormones, de vitamines ne produit pas d'effet sensible sur la consolidation des fractures » Toutefois, comme il faut bien admettre comme scientifiquement exacte la possibilité d'une consolidation normale sur un terrain carencé par suite d'une absorption insuffisante de certains éléments, il faut admettre, du point de vue médical, comme souhaitable que l'on prévienne toute carence en toute circonstance.

Résultats des techniques des temps actuels

Le Dr Watson JONES écrit : « La consolidation lente a été de plus en plus fréquemment dû à la recherche d'une réduction précise avec opposition bout à bout des fragments, et surtout aux méthodes de traction utilisées pour cette réduction ».

Une chose est certaine actuellement : c'est que la suppression des pressions entraîne un retard de consolidation. On l'a bien vu, puisque le simple fait de redonner la pression axiale active la guérison. Toutefois, il ne saurait être question de pression artificielle dont l'utilité est fortement mise en doute.

De la méthode moderne et de la méthode de Lucas Championniere

On ne peut confronter la méthode moderne avec celle de *Lucas Championniere*, mais il serait pour le moins souhaitable que l'on revoie la question du traitement précoce préconisé par *Lucas Championniere* de façon expérimentale tout en l'adaptant aux exigences modernes.

Le Dr G. LAURENCE, dans son introduction de la « Revue du Praticien » fait le point de la méthode moderne, lorsqu'il dit : « En dépit des efforts fournis par les chirurgiens et les orthopédistes, les pouvoirs qu'exerce la médecine sur la consolidation des fractures demeurent dérisoires. Loin de céder sous les efforts de l'art, les délais traditionnels tendent à s'allonger. « Il semble donc que cet état de fait doit inciter le médecin à repenser le problème qui se repose avec une acuité particulière à notre époque agité où chaque jour la route a son contingent de traumatisés, et même de grands traumatisés.

L'intervention du masso-physiothérapeute

Maintenant que j'ai tenté de vous donner un aperçu d'ensemble sur la question, question très vaste qu'il est bien difficile de résumer en quelques phrases, et puisqu'il y a là un point de départ sur lequel nous sommes impuissants, voyons un peu. Tâchons de préciser quelques directives de traitement de notre ressort, pour autant que l'on donne une bonne matière première à utiliser.

Quoique nos possibilités d'action soient passablement limitées dans ce domaine, nous pouvons tout de même suggérer au médecin de nous autoriser à traiter notre patient par le mouvement précoce au lit de toutes les parties non immobilisées. Chacun de nous doit être capable de combiner un programme de gymnastique de l'alité quand bien même ce dernier est partiellement immobilisé. Dans les cas les plus graves, nous avons toujours la ressource de faire de la respiration, ce qui amène le malade à prendre conscience de faire quelque chose pour sa guérison.

Puis il y a méthode de JACOBSON qui peut nous être tout particulièrement utile. Il s'agit de la méthode dite de « relaxation progressive » dont le Professeur *Jacobson* est le créateur. Je crois que c'est là la méthode de relaxation que l'on peut le mieux adapter aux thérapies les plus diverses. Par celle-ci, le Professeur *Jacobson* se propose d'éduquer la réduction du tonus musculaire de repos (ou tonus résiduel) et par voie de conséquence, d'entraîner la maîtrise de la mise au repos des centres nerveux. Le principe de la méthode est le suivant : Le patient éduque son inhibition toni-musculaire en s'aidant d'une double prise de conscience : celle de la sensation propre à l'état de tension musculaire et celle de la disparition de cette sensation quand le muscle se détend. C'est tout spécialement cette première partie de la méthode qui présente un intérêt particulier dans la thérapie post-fracturaire. Aussi ne m'étendrai-je pas davantage sur la méthode de *Jacobson* que j'ai du reste étudié avec un vif enthousiasme. Cependant je tiens à souligner que le malade qui a pratiqué régulièrement la relaxation saura

mieux le choc affectif qui suit inévitablement un traumatisme. En suite il rentrera plus volontiers dans le jeu en formant équipe avec nous dans la période de rééducation.

Et dans l'arsenal des mouvements, que penser des mouvements passifs ? Sont-ils utiles en la circonstance ? Oui et non. Qui chez l'être parfaitement entraîné à la relaxation et qui a mis sa confiance en nous. Non chez le craintif doublé d'un crispé qui ne sait pas se détendre. Dans cette éventualité, il vaut mieux utiliser le mouvement actif aidé.

Est-il possible de combattre la raideur d'une articulation ou plutôt le raidissement de celle-ci sans faire mal ? Certes, à condition d'être partisan de la méthode douce, comme je le suis, méthode que je cataloguerai comme méthode de déblocage dirigée par le malade. C'est ce dernier qui commande la manœuvre et, à chaque exp. on donne la pression qu'il est capable de supporter.

J'estime que cette manière de faire est préférable à celle qui consiste à procéder par à-coups brusques vu que si en adoptant cette dernière on ne réussit pas d'une fois, le malade sera tellement crispé que l'on ira alors vers l'échec.

La rééducation musculaire ne pose pas de problème pour le gymnaste médical lorsque la blessure est bien cicatrisée, mais dans le cas contraire, tout est différent. Que ce soit le capital de réparation qui ait été gaspillé, les phases favorables à la soudure qui n'aient pas été utilisées lorsqu'il était temps, quoi qu'il en soit, c'est le problème tout entier qui se pose.

Et c'est la raison pour laquelle nous devons connaître ce qui se passe dans une guérison normale au point de vue physiologique et biologique. Dans certains cas, une cicatrisation tardive reprendra de par notre intervention. Dans d'autres cas, ce retard de cicatrisation, né le plus souvent d'un mauvais comportement initial du thérapeute, conduit hélas à la nécessité d'interventions plus complexes. Les choses se sont gâtées sans que nous n'y soyons pour rien, sans que cela nous soit imputable, sachons-le pour notre gouverne.

Nous devrions examiner la valeur d'adjuvants tels que la mécanothérapie, la suspensothérapie, la poulithérapie, l'ergothérapie, etc. et en discuter lors de nos réunions. C'est ainsi que je puis déclarer que j'utilise de préférence la mécanothérapie lorsqu'il s'agit de roder une articulation. Par contre, pour une rééducation musculaire progressive, j'aime mieux employer la poulithérapie. Il est évident que la main peut remplacer et l'un et l'autre de ces traitements : simple question de temps et d'organisation.

La valeur des bains et des applications de boue peut également être mise en question dans nos discussions. Personnellement, j'utilise le parafango dans des cas de mauvaises calcifications et j'ai pu constater que son application peut donner de bons résultats dans certains cas où la cicatrisation n'est pas bonne.

Le problème devient complexe dans certaines formes de fracture vertébrale où des centres nerveux sont touchés, mais cela sort du cadre de mon étude. C'est alors le problème particulier qui se pose, et je ne veux m'en tenir qu'à des généralités.

J'allais omettre de parler du massage, alors que *Lucas Championniere* en a montré toute l'importance dans sa méthode. Il est vrai que j'utilise le massage surtout au début d'une rééducation musculaire, mais sitôt que les mouvements actifs entrent sérieusement en action, je considère alors le massage comme un luxe, comme un moyen de parfaire un entraînement plus rapide par l'élimination qu'il permet des déchets de la fatigue consécutive à celui-ci.

Conclusion

Voilà les quelques notions très générales que je voulais vous indiquer sur le problème post-facturaire tout en vous présentant la méthode du Professeur *Lucas Championniere*, méthode que l'on a probablement eu tort de tenir si longtemps pour négligeable en face d'un problème qui est loin d'être résolu.

Et quant à nous, physiothérapeutes, il nous faudra au cours de quelques heures

passées ensemble, étudier, comparer, discuter les différentes techniques d'où qu'elles viennent, afin d'en tirer des enseigne-

ments susceptibles de donner les meilleurs résultats dans ce domaine.

G. Bex, Place Pépinet 4, Lausanne

Principes généraux de la gymnastique de scoliose

Par Madame le Docteur Alice TRIBOULET-CHASSEVANT

Chargée de la gymnastique orthopédique de la Clinique Chirurgicale Infantile
(Hôpital des Enfants-Malades) *

La gymnastique est un des temps essentiels du traitement des déviations vertébrales, surtout quand il s'agit de déviations latérales. On doit en effet s'en abstenir pour certaines déviations antéro-postérieures (par ex. : Cyphose de l'adolescence s'accompagnant de lésions osseuses; épiphysite vertébrale ou maladie de Scheurmann).

Nous avons malheureusement vu surtout ces dernières années critiquer et même supprimer complètement le traitement gymnique des Scolioses.

On peut attribuer ces critiques à l'inégalité des résultats obtenus. Nous avons pu nous rendre compte par nous-mêmes des causes de ces échecs trop fréquents. A notre avis cela est dû, la plupart du temps, d'abord à une mauvaise compréhension des faits et ensuite à une mauvaise exécution des exercices.

Nous sommes en mesure de vous dire avec certitude que chaque fois qu'un traitement gymnastique de Scoliose est suivi régulièrement et appliqué selon quelques principes simples, nous arrêtons l'évolution de cette dystrophie, au moment où le malade nous est confié, quel qu'en soit le stade.

Les traitements seront d'autant plus longs que la Scoliose sera plus ancienne, mais il faudra toujours surveiller un enfant porteur de Scoliose vraie jusqu'à la fin de sa croissance et si c'est une fille renouveler cette surveillance au moment de ses maternités et de sa ménopause.

La correction des déformations osseuses, c'est-à-dire des rotations ne peut être obtenue que si la maladie est prise tout à fait à son début, c'est-à-dire quand vous avez une correction de la rotation vertébrale sur le cliché pris en position couchée.

Quels sont ces principes ?

En les classant d'après les positions de départ, ceci dans un unique but de clarté — sans vouloir y mettre aucune notion de progression ou de plan de séance, question sur laquelle nous reviendrons à la fin de cet exposé.

Nous pouvons dire à peu près ceci :

1. — *Position de Procurbitus*

La plus correctrice et la plus employée. La plus correctrice parce qu'elle est l'ébauche de la position lordosée et celle à partir de laquelle se feront tous les exercices en lordose.

Or, nous savons que la lordose est une position favorable à la correction des Scolioses et plus particulièrement des rotations vertébrales qui accompagnent toujours cette affection. Comme si les apophyses épineuses en se chevauchant s'opposaient à l'action dystonique des muscles. N'est-ce pas dans l'inverse de la lordose : dans la flexion antéro-postérieure du tronc que ces dystonies se forment au maximum ? C'est en effet la position que nous faisons prendre à nos malades pour déceler ou évaluer leurs gibbosités.

Dans cette position de départ il faut avant tout rétablir l'horizontalité du plan dorsal au moyen de cales appropriées

L'axe du corps doit être évidemment équilibré. La fossette de la nuque, le pli fessier et l'espace inter-malléolaire doivent être situés sur une même ligne verticale.

*) Conférence donnée par l'auteur, le 24 janvier 1958, à la tribune de l'A.K.P.-ISAMP, à la Maison des Médecins, et publié dans *ars Kinesithérapiques* de la F.N.B.K., Bruxelles.