

Tecniques et pratiques physiothérapiques

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

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(1967)**

Heft 215

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929852>

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.

que nous avons visité «Sir Colin Mc Kenzie Wild Life Sanctuary» et que nous avons eu la chance de voir... un kangourou vivant.

Au cours de ces journées, j'ai eu l'occasion de voter, comme déléguée de la Suisse, pour l'élection de la nouvelle Présidente, des membres du Comité, ainsi que pour l'admission de cinq nouveaux pays.

La cérémonie de clôture fut belle et empreinte de sérénité. Mme Agersnap a

parlé de ses huit années de présidence à la tête de la Fédération mondiale, et la nouvelle Présidente, Miss Glen Parker, de Nouvelle-Zélande, la remercia pour le grand travail accompli au cours de cette période.

Enfin, la mappemonde tournante fut arrêtée et éteinte. Elle le demeurera jusqu'en 1970, où elle recommencera à tourner à nouveau pour le Congrès de Rotterdam.

Inge Petersen
directrice de l'École de physiothérapie, Genève

Techniques et pratiques physiothérapeutiques

par Pierre Riehling, physiothérapeute, Lausanne

Voici quelques indications théoriques et pratiques des techniques thérapeutiques que nous utilisons quotidiennement pour soulager, voire guérir, divers états pathologiques répertoriés en littérature médicale sous le terme de rhumatisme ab-articulaire.

Rappelons pour mémoire notre classification personnelle qui comprend deux groupes étio-pathogéniques principaux. D'une part, le syndrome réactionnel de défense, dont la cause dominante est d'ordre traumatique ou micro-traumatique. D'autre part, le syndrome révélateur de dégénérescence, où l'agression traumatique causale révèle et précipite un état pathologique dégénératif pré-existant.

1. Friction transversale selon méthode Docteur Cyriax.

La friction transversale est un massage pénétrant, pratiqué au niveau même de la lésion.

Elle s'adresse aux tissus musculaires, tendineux et ligamentaires; en particulier au pourtout périarticulaire comprenant capsule, ligament, tendon, muscle et bourse séreuse.

Dans le syndrome réactionnel, le mécanisme qui préside à l'installation de la maladie est avant tout d'ordre réflexogène. La lésion est le plus souvent consécutive à un dépassement du seuil de l'élasticité et de la contractilité propres aux matériaux de contention et de mouvement articulaire. Les contractions concentriques ou excentriques brusques, répétées, accélérées dans

le temps, exécutées en porte-à-faux ou à froid, provoquent des lésions longitudinales par rapport au grand axe des fibres ou de l'entité musculo-fibreuse sollicitée. Par conséquent, les étirements, les micro-traumatismes, les déchirures bénignes qui résultent des traumatismes et micro-traumatismes auront généralement une même direction axiale.

La friction transversale qui est pratiquée perpendiculairement à l'axe lésionnel ne peut d'aucune façon augmenter la longueur de la surface lésée.

La technique de la friction transversale est simple, cependant, elle doit être pratiquée avec précision au niveau du siège même de la lésion, sans quoi elle est inefficace et inutilement douloureuse.

La pulpe du pouce, de l'index, du medius ou encore de l'index renforcé par le chevauchement du medius, est chargé de l'exécution de la friction.

La peau du patient et le doigt du praticien sont solidaires. En l'occurrence, frotter la peau est inutile. Il est indispensable que l'unité «doigt, peau» soit constante, afin d'atteindre avec efficacité les plans fibreux sous-jacents lésés. Doigt, poignet, coude sont rigides dans la position la mieux adaptée à l'axe thérapeutique; donc, toujours placé perpendiculairement au grand axe du tissu ou de l'unité fibreuse anatomique à traiter. En outre, les tendons et les ligaments sont frictionnés sous tension; ce qui permet d'utiliser au maximum le support osseux. Tandis que les muscles sont

relâchés afin de faciliter la décontracture et la réaction hyperémique. Le mouvement est transmis aux doigts par l'épaule et le tronc. Ainsi l'on obtient une grande souplesse d'exécution, une forte intensité de pression, bien contrôlée, avec un minimum de fatigue pour le praticien.

La friction transversale est énergique. Elle opère sur une petite surface et elle est pratiquée plusieurs minutes durant au niveau de la lésion. Il n'est pas besoin de préciser qu'il s'agit d'une intervention douloureuse, surtout au début du traitement. Rapidement le patient ressent un soulagement réel, dû principalement à l'anesthésie locale et à la décontracture réflexo-mécanique produite par la friction.

Le but recherché est principalement la libération des entraves fibroblastiques, des adhérences organisées et des formations cicatricielles qui produisent à chaque mouvement actif une nouvelle irritation locale, et par là, maintiennent et développent le processus inflammatoire. En outre, l'hyperémie provoquée facilite la régénération du tissu lésé.

2. Les gestes de la thérapie manipulative sont souvent critiqués; d'une part par les ignorants de cette technique, d'autre part à cause de la notion de brutalité qui s'y rattache encore actuellement.

L'école du Docteur MENNEL professe le geste indolore. Nous n'irons pas jusqu'à cette limite. Il est cependant absolument nécessaire que toutes manipulations soient pratiquées avec douceur, prudence et précision. Ceci est particulièrement valable dans le domaine de la rhumatologie ab-articulaire. Pour libérer une articulation, il n'est point besoin de la forcer. De nouvelles déchirures font de nouvelles adhérences; par conséquent, aucun progrès n'est possible.

Nous pratiquons les manipulations au niveau de l'articulation proximale immédiatement voisine de la lésion musculo-fibreuse. En outre, sont manipulées les articulations sus et sous-jacentes, ainsi que le secteur vertébral correspondant.

Elles comprennent des mouvements physiologiques et aphysiologiques contrôlés, des tractions et des glissements sur les surfaces articulaires.

Comme dans la friction transversale, l'épaule et le tronc du praticien transmettent leur énergie à la main manipulative, tandis que l'autre main maintient le point d'appui segmentaire et contrôle le mouvement.

Le but recherché est:

a. La libération de l'articulation de ses adhérences intra et péri-articulaires.

b. De rétablir l'intégrité physiologique articulaire compromise par la position analgique et l'immobilisation temporaire.

c. De liquider le déséquilibre réflexe et mécanique des agonistes et antagonistes musculaires chargés de la coaptation et du mouvement de l'articulation malade.

3. La cryothérapie est la discipline physiothérapeutique prioritaire; elle est un puissant agent antiphlogistique et secondairement antalgique. En phase aiguë, nous demandons au patient deux applications quotidiennes de poche à glace. Ce moyen est également utilisé lors de vives réactions aux frictions transversales dans les atteintes sub-aiguës.

Dans les affections chroniques de ce type, nous proposons au patient des enveloppements nocturnes de néo-décongestine, de terre d'argile, etc.

Une précaution cependant: celle de protéger la peau du patient d'un tissu lainé ou soyeux, afin d'éviter des brûlures cutanées dans les applications de poche à glace. Le nombre des applications cryothérapeutiques est conditionnée par l'évolution inflammatoire.

4. Nous pratiquons l'extension vertébrale principalement dans les syndromes révélateurs de dégénérescence; c'est à dire, dans les périarthrites de l'épaule et du genou, ainsi que dans les aponévrosites dégénératives de la main et du pied, apparaissant généralement aux environs de la cinquantaine (ménopause).

Il s'agit là généralement d'une éclosion d'un mal aigu localisé dans le secteur anatomique en voie de dégénérescence.

La cervicarthrose et la lombarthrose sont des affections concomitantes et le plus souvent pré-disposantes. C'est pourquoi la suspension cervicale «traction en plan incliné

de 10 à 15⁰» pour les atteintes du membre supérieur, ainsi que l'extension en position genu-pectorale «traction de 5 à 15 kg.» pour les atteintes du membre inférieur, complètent heureusement le traitement. La durée de l'extension est conditionnée par l'intensité douloureuse et l'état inflammatoire (5 à 15 min.)

5. Respiration, relaxation: à la périarthrite scapulo-humérale en phase aiguë s'ajoute fréquemment toute une série de troubles fonctionnels secondaires, dont l'importance ne doit pas échapper au praticien. Il s'agit principalement d'insomnie directement en rapport avec l'hypéralgie périarthritique. On note encore de la psychasthénie, de l'anorexie, de la dyspnée, parfois même de la tachycardie. Il est évident que ces troubles sont temporaires et dus à l'épuisement nerveux où se trouve le patient.

Au début du traitement, outre les applications de cryothérapie, nous demandons au malade d'exécuter à son domicile un programme de mouvements respiratoires et de relaxation. Le traitement débute au cabinet par de légères tractions et mobilisations manuelles douces au niveau de la nuque, des épaules et du bassin, nécessaires à la mise en confiance et de la prise de conscience de la détente recherchée.

Les mouvements respiratoires enseignés sont:

1. Coucher dos, genoux fléchis, pieds à plat au sol.

- a. respiration thoraco-abdominale lente et profonde.
- b. respiration abdominale.
- c. respiration thoracique.
- d. respiration hémi-thoracique avec étirement du bras côté sain et poussée costale basse du côté malade, le bras restant ici immobile.

Les inspirations sont nasales, les expirations buccales (en soupir), chaque mouvement est répété cinq fois.

2. Les mouvements de relaxation sont:

1. Coucher dos, jambes allongées.
- a. légère élévation de la tête, puis laisser retomber mollement.

- b. rouler la tête mollement à gauche et à droite.
- c. membre supérieur sain élévation, puis chute molle du bras sur la table.
- d. même côté, flexion de l'avant bras sur le bras, puis chute molle de l'avant bras sur la table.
- e. même position de départ, mais genoux fléchis et pieds à plat au sol, verser mollement genoux et bassin à gauche puis à droite.
- f. en décubitus abdominal, les bras pendent librement et latéralement hors de la table, sauf du côté malade où l'avant bras fléchi repose sur un tabouret en contre-bas. Faire rapprocher les omoplates en un mouvement lent avec intensité minimale, puis laisser retomber mollement les épaules sur la table. Chaque mouvement est répété cinq fois et aucun ne doit être douloureux. Dès la disparition de l'hypéralgie et des troubles fonctionnels cités plus haut, les exercices de respiration et de relaxation sont abandonnés. —

6. Postures:

Outre les manipulations ostéopathiques, les postures nous paraissent le meilleur moyen de vaincre la raideur articulaire.

1. Dans la périarthrite scapulo-humérale en phase sub-aiguë et dans l'épaule gelée où sont généralement limités l'antépulsion, la rotation externe et l'abduction, ainsi que le glissement en toute direction de l'articulation scapulo-thoracique. Cette dernière raideur est principalement due à la rétraction et à la contracture musculaire des fixateurs de l'omoplate.

2. Dans la périarthrite coxo-fémorale enraidie en léger flexum et rotation interne.

3. Dans la périarthrite ainsi que dans la lipoarthrose sèche du genou qui se présente habituellement en flexum de 10 à 20⁰ et avec une limitation de la flexion au delà de 90⁰.

Nous ajoutons aux postures utiles dans ces divers états pathologiques, des mouvements d'assouplissement de la charnière cervico-dorsale et lombo-sacrée.

Voici quelques postures enseignées au patient.

Epaule:

- a. coucher dos, genoux fléchis, pieds à plat au sol, bras hors de table en abduction et rotation externe maximale, laisser agir la pesanteur. Les épaules restent à plat sur table, veiller aux compensations.
- b. même position de départ, mains à la nuque ou portées en direction de la nuque dans les cas de forte limitation. Le poids de la tête devient fixateur des mains. La pesanteur fait traction sur le coude. Afin de faciliter cette posture, mains à la nuque, débiter en position de départ couché latéral côté malade, puis le tronc vient progressivement jusqu'à plat dos; ici, le tronc est utilisé en contre-poids.
- c. même position de départ, bras tendus portés en arrière, tout d'abord en V puis parallèlement. Fixation des mains à l'espalier ou tenu par le praticien. Pour obtenir un abaissement maximum utiliser la compensation du tronc, puis, celle-ci s'efface progressivement et agit en contrepoids.
- d. assis latéralement sur tabouret en contre-bas de la table, coude fléchi reposant sur elle, le coude fait point d'appui, le tronc contrepoids; (postures de récupération de l'adduction).
- e. assis sur chaise, adosser le tronc; coude fléchi, main sur poitrine, puis sur épaule, puis à la nuque. La main saine saisit le coude et le tire en dedans et vers le haut. La position est maintenue plusieurs secondes durant.
- f. même position de départ, mains au dos. La main saine saisit le poignet du membre malade et opère une traction vers elle et maintient ainsi la tension plusieurs secondes durant. Attention aux compensations latérales de la ceinture scapulaire, ainsi que la flexion avant du tronc.
Ces deux postures peuvent être exécutées avec opposition à la rotation compensatrice du tronc, ou en portant le tronc en rotation contraire à celle qui est normalement compensatrice dans la mise en posture.
- g. assis sur chaise, bras en carré en arrière du dossier, les mains saisissent respectivement le coude opposé. L'intensité de

la posture est augmentée par la correction de la compensation.

- h. même position de départ, le bassin glisse en avant du siège.
- i. assis au sol dos à l'espalier, les mains se fixent à divers niveaux et écartements variables aux barreaux; veiller à ce que le bassin ne décolle pas de l'espalier.
- j. face à l'espalier, à genou, assis sur tabouret, mains fixées côte à côte aux barreaux, à l'horizontale de la poitrine, des épaules et du visage, coudes écartés, incliner le tronc droit vers l'avant, maintenir la position plusieurs secondes durant.
- k. en décubitus abdominal, accoudé (position du Sphinx) porter légèrement les coudes vers l'avant. Au début l'appui principal opère du côté sain; charger progressivement le membre malade. Ouverture forcée de l'angle scapulo-brachial.
- l. même position de départ, bras tendus dans le prolongement de la tête, appui mains, coudes. Le tronc est la puissance de ce levier.
- m. position de départ coucher latéral côté malade, le bras dans le prolongement de la tête, la main saisit à son horizontale le barreau de l'espalier. Le membre sain le long du corps. Rouler le buste ou le tronc entier jusqu'au repos du dos à plat. Maintenir quelques secondes, puis revenir à la position de départ.

Nuque:

- n. posture dite de la bigote, flexion de la tête et nuque sur poitrine.
- o. posture dite de l'anti-bigote, rejet de la tête et nuque en extension.
- p. posture dite de l'ingénue, flexion latérale gauche, plus rotation droite de la tête et nuque; puis inversement flexion latérale droite plus rotation gauche.
«images posturales personnelles».
Ces positions sont maintenues plusieurs secondes durant et ont pour but principalement de libérer la charnière cervico-dorsale de sa raideur.

Charnière lombo-sacrée et hanches:

- q. Posture à géométrie variable, rectangle du train porteur: bases pelvienne et plantaire; les membres inférieurs for-

ment les côtés du rectangle, position de départ coucher dos, jambes allongées.

Mouvements: former un losange avec les rectangles du train porteur décrit plus haut, par l'allongement du bassin et membre inférieur gauche, revenir à la position de départ, puis allonger le membre, inférieur droit.

- r. même position de départ, cuisses fléchies sur abdomen, les mains saisissent le genou et opèrent une traction sur le genou, tandis que le membre opposé reste allongé au sol par effort volontaire. Rechercher l'équilibre entre les deux forces contraires.
- s. même position de départ, mais genou fléchis, pieds à plat au sol, chute de genoux et bassin à gauche, puis à droite. Maintenir chaque position plusieurs secondes durant.

Les postures de N à S exécutées plus rapidement, peuvent également être utilisées comme exercices d'assouplissement pour ces deux régions charnières de la colonne vertébrale.

- t. position de départ coucher dos, bassin au bord de la table, laisser pendre librement le membre malade hors de table, (extension forcée de la coxo-fémorale).
- u. même position de départ, coucher dos, flexion à angle droit de jambe sur cuisse côté malade. La plante du pied prend appui sur la face interne du genou du membre sain allongé; sous l'effet de la pesanteur, le genou chute vers l'extérieur en abduction et rotation externe.
- v. décubitus abdominal (position du Sphinx) une cale ferme élève de 10 à 20° le membre inférieur malade, le praticien opère une pression maintenue au niveau de l'articulation coxo-fémorale, (un poids de 2 à 5 kgs. fait également l'affaire).

Genou:

- w. position de départ à genoux, chercher à s'accroupir sur talon, la poussée opère tout d'abord sur le membre sain puis devient progressivement insistant du côté malade. Maintenir la poussée plusieurs secondes durant.
- x. position de départ assise, jambes allongées, les mains du patient prennent appui sur le genou en flexum et opèrent

une pression continue sur celui-ci, puis le patient saisit des deux mains la cheville au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne et opère une traction en flexion maximale de jambe sur cuisse, ici la jambe saine est maintenue allongée.

- y. position de départ en décubitus abdominal, les genoux fléchis reposent au bord de la table, laisser s'étendre sous l'action de la pesanteur la jambe malade. Afin d'éviter la compensation pelvienne, cette posture peut être exécutée dans la position du Sphinx.
- z. position de départ quadrupédique (sur mains et genoux) mouvements:

les genoux sont portés en abduction et rotation externe, le tronc repousse le bassin et recherche la position assise sur talon.

Cette posture maintenue plusieurs secondes durant agit au niveau de la charnière lombo-sacrée, des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales, ainsi qu'au niveau des genoux.

Il est clair que la plupart de ces postures peuvent également être utilisées dans un programme de mobilisation articulaire. Le but recherché est la libération articulaire, la rupture des adhérences intra et péri-articulaires, enfin, la lutte contre la rétraction musculo-ligamentaire.

S'il est vrai que la suspensothérapie permette une exécution posturale sans doute plus efficace et plus rigoureusement scientifique, par contre, nous devons signaler son inconvénient majeur, celui de ne pouvoir être pratiquée qu'en cabinet ou service hospitalier; tandis que les postures enseignées au patient ont l'immense avantage d'être exécutées par celui-ci à son domicile quotidiennement.

En ce qui concerne les périarthrites aiguës, les postures pratiquées le sont avec prudence, conditionnées par la douleur subjective du patient; elles ne doivent en aucun cas provoquer une augmentation de la contracture réactionnelle neuro-musculaire locale.

Dans tous les cas, chaque posture est suivie d'un temps de repos où patient et praticien s'efforcent d'atteindre une relaxation locale maximale, consciente et objective à la palpation. (à suivre)

Schwefelbad aus wasserlöslichen,
organischen und anorganischen
Schwefelverbindungen.
Therapeutisch wirksam bei
rheumatischen Affektionen,
Dermatosen,
Stoffwechselstörungen

Sulfo Balmiral

greift die Haut nicht an,
greift die Wäsche nicht an,
greift die Wanne nicht an,
geruchlos,
wirtschaftlich:
hoher Schwefelgehalt (8%)
daher sparsam im Gebrauch,
preisgünstig

Flasche zu 150 cm ³	Fr. 3.50 (Publikum)	kassenzulässig
Flasche zu 500 cm ³	Fr. 8.45 (Publikum)	kassenzulässig
Flasche zu 1000 cm ³	Fr. 16.15 (Publikum)	kassenzulässig
Klinikpackungen	zu 5, 25 und 50 kg	

Chemische Fabrik Schweizerhall (Pharma), Schweizerhalle BL

Herrn
Othmar Lenzi
Zwirnerstr. 204

AZ
8800 THALWIL

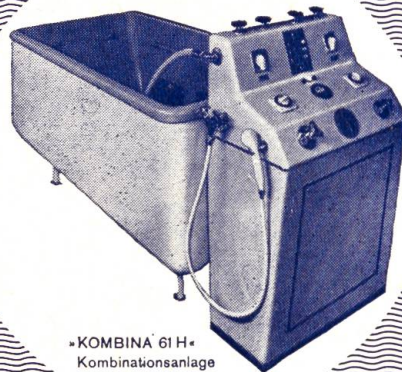
8041 Z ü r i c h

Medizinische Bädereinrichtungen



Apparatebau
KARL SCHREINER
Freiburg i. Br.
Schreiberstr. 8

Unverbindliche Planung
und Beratung



•KOMBINA 61 H•
Kombinationsanlage

Redaktion: Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistrasse 53, 8800 Thalwil
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Frau E. Plüss, Algierstrasse 30, 8048 Zürich, Tel. (051) 62 30 64
Für den französischen Teil: A. Ruperti, 15, Avenue Druey, 1004 Lausanne
Expedition für die franz. Schweiz: La Société Romande de Physiothérapie,
le secrétariat: 8, Av. Jomini, 1004 Lausanne
Erscheint 2-monatlich. — Druck: Buchdruckerei W. Plüss, 8004 Zürich