

# La réhabilitation ou réadaptation médicale

Autor(en): **Delachaux, A.**

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): - **(1968)**

Heft 220

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929827>

## **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.

# La réhabilitation ou réadaptation médicale

par le Professeur A. Delachaux, Lausanne

La gymnastique médicale joue un rôle important dans les soins aux malades — on la retrouve tout au long de la médecine, particulièrement dans la prévention de certaines maladies et de certains accidents ainsi que dans la réhabilitation. —

La plupart des distorsions et des foulures banales sont dues à un manque d'entraînement. Il en va de même de nombreux accidents de sport. Le développement de certaines cardiopathies et de certains troubles métaboliques sont favorisés par l'absence chronique de mouvements actifs: c'est là une maladie de civilisation. Le manque d'exercice aggrave les maladies de vieillesse et exclut prématurément du cycle d'une vie active de nombreux sujets. En gériatrie, le but du traitement, n'est pas tant de prolonger la durée de la vie que d'en améliorer les conditions et en particulier de réentraîner aux mouvements actifs, à la marche et aux gestes de la vie quotidienne de nombreux patients qui, autrement, seraient cloîtrés dans un lit de misère, à leur domicile ou dans les hôpitaux. Car le mouvement est une condition de la santé.

Mais c'est dans la *réhabilitation*, la dernière dans l'ordre chronologique des interventions médicales, que la gymnastique déploie tous ses effets. La réadaptation est un effort d'ensemble de toutes les techniques cherchant à rendre à l'infirmes une place active dans la société. Car la *guérison physique* n'est qu'une étape; elle ne sera stable qu'une fois complétée par la *guérison sociale*. L'infirmes doit retrouver un poste satisfaisant dans la société, en accord avec ses aptitudes résiduelles et ses impératifs psychologiques. Alors seulement il sera guéri. Mais cela exige non seulement la guérison mentale ou physique au sens habituel, mais le *développement au maximum de toutes les aptitudes du malade*.

La réhabilitation met en jeu l'ensemble des techniques de la médecine, de la chirurgie, de la psychiatrie, les différentes formes de la physiothérapie, enfin les services sociaux. Les exécutants forment un tout

qui doit être orchestré; chacun doit bien connaître sa partition et celle des autres sous peine de discordances.

Les disciplines classiques de la médecine ont ici des tâches particulières, en dehors du traitement spécifique de la maladie de base. Une surveillance cardio-vasculaire précise est souvent nécessaire, en raison du grand effort demandé à l'organisme, particulièrement chez les sujets âgés. Des mesures orthopédiques, des corrections chirurgicales seront souvent indispensables. Quant au psychiatre, il contribue souvent à établir une collaboration fructueuse entre le malade et le physiothérapeute; car une infirmité ou une maladie chronique dépasse souvent les forces morales d'un sujet moyen, qui sombre alors dans le négativisme. Enfin les services sociaux établissent les liens indispensables entre le médecin de famille, l'hôpital, la famille et les associations intéressées... et doivent trouver les fonds nécessaires. Le médecin, l'infirmière, le praticien en physiothérapie, laissés à eux seuls, sont désarmés devant la plupart des grandes infirmités. Il faut une organisation. La récente loi sur l'assurance invalidité est un grand pas en avant dans la réalisation d'un cadre où peuvent s'harmoniser les efforts de chacun.

Voici un bref historique de la réadaptation médicale. Hippocrate, le père de la médecine, soulignait déjà il y a près de 2500 ans l'importance de l'exercice physique et d'une judicieuse alternance de l'effort et du repos, les bienfaits de l'hydrothérapie et les avantages d'un changement de climat dans le traitement des infirmes.

En 330 avant J.-C. un sénateur romain crée à Constantinople un centre de traitement et de rééducation des infirmes. En 1502 Montezuma fait de même au Mexique. —

En Europe des centres se créent un peu partout dès le début du XVIII<sup>e</sup>, tandis que se perfectionnent les techniques: on développe la gymnastique médicale à sec et dans l'eau chaude, on crée petit à petit

la gymnastique avec contre-poids, enfin l'exercice actif dirigé.

*Le premier atelier thérapeutique* se crée à Londres en 1916 sous l'impulsion de Sir Robert Jones.

Peu à peu se développe le *concept moderne de réadaptation*. Il ne suffit pas de donner à l'invalidé les soins physiques que réclame son état; ces soins doivent être complétés par une aide dans les domaines psychologique, social et professionnel.

L'expérience des deux dernières guerres tend à rassembler dans «*des centres de réadaptation*» toutes les ressources de la médecine, de l'éducation, des services sociaux et de l'administration du travail.

Revenons au principe de base de la réadaptation. Il s'agit en fait d'une utilisation à des fins thérapeutiques des techniques sportives. Les études médico-sportives, entreprises d'abord pour étudier la nature des troubles résultant de la pratique intempestive des sports en vue de leur prévention — troubles cardiaques, neuro-végétatifs, métaboliques, articulaires ou musculaires — n'ont pas tardé à mettre en évidence les avantages d'un entraînement correct. Les faits sont bien connus, mais il vaut peut-être la peine d'y revenir brièvement, car une bonne partie des techniques de réhabilitation n'est rien d'autre qu'un entraînement physique adapté aux malades.

Que fait un sportif bien dirigé: il commence par augmenter sa résistance générale. Pour cela il se livre à un exercice simple et facilement réalisable, mobilisant à la fois le plus de muscles possible. Il pratique la marche, à un rythme alerte, en réglant bien la respiration. Il allonge peu à peu les séances d'effort et accélère la cadence. Il adapte peu à peu son organisme à l'effort et réalise par là ce qu'on appelle la mise en *condition physique*. Il acquiert par là un état de santé supérieur, caractérisé par une bonne tolérance de l'effort. Les régulations vasculaires sont économiques, le sang circulant est dévié plus parfaitement vers les muscles qui travaillent, au dépens des organes qui restent au repos. Le cœur est ainsi moins sollicité par l'effort chez le sujet entraîné. Les muscles deviennent résistants, la coordination

du mouvement meilleure, les réflexes musculaires protègent efficacement les articulations.

Sur la base d'une bonne santé, d'une bonne résistance à la fatigue, on procède à l'entraînement poussé en vue des compétitions. On développe l'esprit combattif. Peu à peu on s'élève à la «*forme athlétique*». C'est l'état d'efficacité maximum dans un sport donné. Le «*styl*» caractérise le mouvement parfait, économique et efficace qui classe le champion.

Sous le nom de *cinésithérapie* et de *réhabilitation*, les sports ont franchi la porte des hôpitaux; non seulement sous la forme de mornes exercices de gymnastique, mais sous celle plus vivante d'un sport de compétition. Il faut chaque semaine, parfois chaque jour, battre son record de la veille.

Signalons en passant que le protocole de ces performances doit être tenu soigneusement. C'est un véritable «*livre de bord*» au cours de cette longue traversée de l'infirme sur le chemin de la guérison, où sont consignés de manière objective et chiffrée les résultats acquis. Ce document est précieux à présenter au malade dans les moments de découragement; il montre que l'évolution, malgré des hauts et des bas, suit un axe montant... et l'on se remet au travail.

Les hémiplegiques, les paraplégiques, ont leur piste d'obstacles dans les centres de rééducation locomotrice, où ils apprennent les techniques qui leur permettent, malgré les infirmités, de surmonter les difficultés rencontrées sur leur chemin et de reprendre une vie active avec moins de risques.

Les malades de force égale sont groupés pour créer un esprit d'émulation et retrouver un moral de lutteurs. C'est là aussi une technique du stade adoptée par l'hôpital.

Qu'apporte la gymnastique aux grands malades? Si l'on suit de près un sujet alité pendant quelques semaines, on s'aperçoit qu'il développe une véritable *maladie d'immobilisation*. Il présente les caractères suivants:

une perte rapide du tonus musculaire avec trouble des réflexes de posture et coordination vicieuse, qui prédispose aux dis-

torsions articulaires et aux accidents de cet ordre. Cette situation s'établit en une dizaine de jours;

une atrophie musculaire et osseuse, car le mouvement actif est nécessaire pour stimuler les réflexes de nutrition des tissus. Au repos les processus de dégradation tissulaire prennent le pas sur ceux de synthèse et l'organisme s'appauvrit en substances vivantes;

des oedèmes des parties déclives, avec formation à la longue d'adhérences;

des attitudes vicieuses, des contractures musculaires, des raideurs articulaires;

un trouble du sens de l'équilibre;

des escarres du décubitus;

des thromboses avec les risques bien connus d'embolie.

*L'alitement prolongé crée une véritable maladie*, dont les méfaits s'ajoutent à l'affection initiale, qu'elle peut rendre incurable. La gymnastique médicale et surtout la rééducation motrice, fille des sports de compétition, rompt le cercle vicieux et rend le malade à une vie active.

Voici quelques principes généraux de la réadaptation médicale:

Il faut commencer par *un traitement individuel*

a) local, au moyen d'exercices correctifs, de physiothérapie et d'ergothérapie spécifiques, concernant le membre atteint;

b) général, au moyen de jeux, d'exercices non spécifiques et de thérapie occupationnelle, mobilisant l'organisme entier;

c) il faut enfin s'efforcer de résoudre les problèmes psychologiques, professionnels et financiers qui freinent la guérison par le biais des troubles végétatifs et d'une mauvaise collaboration avec le personnel soignant. *Le malade doit vouloir guérir.*

Peu à peu on passe au *traitement de groupes* par des exercices et des jeux d'équipe. L'infirmes participe ainsi à une vie de société, il se trouve dans un milieu qui a les mêmes préoccupations que lui. Des contacts se créent facilement, exerçant un effet salutaire sur le moral.

Dans le traitement individuel il faut relever les faits suivants:

1. *Le mouvement actif* est seul efficace pour développer le muscle et donner la force. En cas de très grande faiblesse, il peut se pratiquer dans l'eau chaude ou à l'aide d'un système de contre-poids qui diminue l'effort. Il ne faut recourir à la stimulation électrique que dans des cas très particuliers.

2. *L'exercice passif* ne muscle pas. Il ne déclenche pas de réaction tissulaire *anabolique*, il ne favorise pas la fixation de substances nutritives par les tissus. *En revanche il mobilise les articulations* et empêche la formation d'adhérences et prévient en partie au moins les contractures et les positions vicieuses. Dans les hémiplésies par exemple, le mouvement passif de l'épaule exécuté régulièrement 2 fois par jour prévient de manière efficace la *péri-arthrite scapulo-humérale* si fréquente après l'ictus et si gênante dans la réhabilitation. *L'exercice passif ne doit pas faire mal* ou du moins être supportable; il ne faut pas que le malade redoute les séances de travail, sinon le physiothérapeute fera, à la sueur de son front, *un anxieux ou un révolté* de son malade. Le problème est délicat mais c'est dans ces tâches subtiles que le technicien peut se montrer un véritable artiste.

Dans certaines rigidités consécutives à que ce danger est le plus grand. Ces mobilisations passives exécutées avec force peut déclencher des douleurs de plus en plus violentes et provoquer à la longue des *myosites ossifiantes* parfois irréversibles. C'est aux muscles mobilisant le coude, aux adducteurs et aux fléchisseurs de la cuisse que ce danger est le plus grand. Ces mobilisations ne peuvent parfois être exécutées que sous la curarisation, le patient étant intubé et mis en respiration assistée.

*Le mouvement passif peut déclencher dans certaines circonstances des contractions musculaires actives*, par réflexe. Il est bien connu, dans les hémiplésies, dans certaines lésions traumatiques du cerveau ou de la moëlle, qu'on peut déclencher des mouvements actifs par voie de réflexe: c'est là une application thérapeutique de la prise des réflexes habituellement exer-

cée dans un but diagnostic: en frappant légèrement les tendons, on obtient une contraction musculaire, en excitant par voie mécanique certaines surfaces cutanées, on peut déclencher des contractions utiles dans la rééducation. Enfin la flexion ample et forte du gros orteil entraîne une rétraction de tout le membre inférieur avec flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le tronc. A ces mouvements réflexes on associe peu à peu la contraction volontaire.

3. *Il ne faut pas négliger les muscles sains.* L'organisme doit être développé dans son ensemble; il faut entraîner les muscles sains en vue des suppléances fonctionnelles. Le malade doit participer très tôt à sa réhabilitation; il y aide beaucoup en déplaçant lui-même, à l'aide des membres sains, directement ou par l'intermédiaire d'un jeu de cordelettes et de poulies, les membres paralysés. Très tôt il doit apprendre à se retourner dans son lit pour prévenir les escarres.

4. Nous en arrivons au difficile *problème de la coordination.*

a) Au début on doit souvent décompenser les mouvements. Le malade doit contracter tel muscle, relâcher tel autre muscle volontairement; il doit remplacer par un effort conscient et difficile des régulations autonomes. En fait, il exécute ainsi une véritable caricature du mouvement normal. La situation rappelle un peu celle d'un sujet sain adulte qui commence la pratique d'un sport, par exemple le ski, le patin, le cheval. Les mouvements sont raides et maladroits, les muscles sont tendus où ils devraient être relâchés, relâchés où ils devraient être tendus, le corps n'est jamais dans le bon équilibre. Ce stade du mouvement décompensé est bien loin du «style» évoqué tout à l'heure.

b) Revenir dès que possible aux *mouvements instinctifs*, facilités par la musique et par la répétition des mouvements.

c) Commencer par des mouvements d'extension, travailler d'une manière aussi dé-tendue que possible, éviter toute contraction musculaire prolongée ou tout mouvement trop lent.

d) Suivre dans la pratique de chaque exercice une progression, comme s'il s'agissait de préparer une performance, mais il faut éviter l'épuisement.

e) entraîner la volonté, pour utiliser au maximum les facultés résiduelles.

f) Ne pas négliger la pratique de l'écriture et du dessin, éventuellement même la rééducation de ces deux disciplines; c'est là un excellent exercice de fine coordination.

Le travail poursuivi jusqu'ici correspond à l'entraînement de base du sportif et à *la mise en condition physique*. Si nous poursuivons la parallèle avec la préparation sportive, c'est maintenant que va commencer l'entraînement technique de compétition. Pour l'infirme, cela commence par l'orientation professionnelle, puis vient le travail technique et l'atelier thérapeutique. La «forme», c'est le retour à l'indépendance ou la reprise d'une activité professionnelle.

Voyons maintenant comment on peut *classer les incapacités physiques*. Bien des systèmes ont été proposés basés sur des critères anatomiques ou étiologiques. Seules les classifications basées sur le pronostic se sont révélées pratiques. Voici le schéma généralement adopté:

*Groupe No 1:* Les sujets dont on est en droit d'attendre la guérison, mais dont la durée d'incapacité peut être réduite par un réentraînement bien conduit. C'est le cas de la plupart des affections traumatiques.

*Groupe No 2:* Les sujets atteints d'incapacité permanente mais stable, tels les amputés, les aveugles, les sourds, les paraplégiques, les anciens poliomyélitiques.

Ici un programme complet de réadaptation porte ses fruits. C'est dans ce groupe qu'on a jusqu'ici obtenu la plupart des bons résultats.

*Groupe No 3:* Les sujets dont l'incapacité n'est pas permanente, par exemple les tuberculeux, les arthrites rhumatismales, les troubles psychosomatiques. L'état clinique change sans cesse ici, ces malades exigent un contrôle médical continu. Les résultats sont relativement peu appré-

ciables en raison des changements incessants de la maladie de base.

*Groupe No 4:* Les sujets présentant des affections chroniques et dégénératives telles les ostéo-arthrites, les hémiplégies etc. La réadaptation ne donne ici que des résultats partiels, mais le maintien de l'indépendance des malades présente une grande valeur sociale et économique. On a particulièrement développé au cours de ces 15 dernières années la réadaptation des *hémiplégiques*. Grâce à des techniques bien mises au point, de très nombreux malades ont pu ainsi quitter l'hôpital et reprendre une vie partiellement active, parfois même une certaine activité professionnelle.

Pour les *parkinsoniens*, la fonction peut être très améliorée par des exercices de coordination, surtout si l'on peut faire travailler les malades en groupe. Le problème du rythme du travail est très important. Ces malades peuvent retrouver une certaine indépendance à la condition qu'ils puissent exécuter leurs mouvements lentement. Dès que le rythme est un peu rapide, ils sont complètement désorientés et ne peuvent plus suivre. C'est là un point très important pour eux.

*Quant à la sclérose en plaques*, qui peut devenir la plus tragique des maladies, elle occupe une position intermédiaire entre les groupes 3 et 4. En principe, il faut laisser reposer le sujet au cours d'une rechute mais instituer un programme complet de réadaptation dès que l'on observe une rémission.

Voici maintenant quelques exemples d'histoires cliniques qui montrent bien la complexité des processus morbides qui peuvent intervenir au cours de la réadaptation, et de la ténacité dont il faut faire preuve pour arriver au but. D'abord un sujet jeune atteint d'une paraplégie, ensuite une malade plus âgée à morbidité multiple, enfin des cardiaques.

*R. Georges, 22 ans:* Paraplégie traumatique. C'est là une véritable maladie chronique expérimentale, associant une lésion nerveuse précise, non évolutive, des troubles locomoteurs et vésicaux, et exigeant une immobilisation prolongée.

*Le 3.XII.53* chute à motocyclette en bas un mur de 8 m. de haut. Fracture par tassement D 5 D 6. Une laminectomie montre une moëlle épinière contuse, non sectionnée mais rougeâtre, vue à travers la dure mère.

Voici le tableau clinique : Parésie du membre supérieur gauche. Paraplégie flasque. Le patient ne peut uriner que par une sonde. Il n'y a pas de troubles de la défécation.

Après 6 semaines, pas de changement. Les voies urinaires commencent à s'infecter. Chaque fois qu'on tente d'enlever la sonde apparaissent des clochers fébriles.

Vers la fin du 3ème mois, la parésie du bras gauche disparaît. Le patient commence à uriner spontanément goutte à goutte, sans qu'il perçoive le passage de l'urine. On peut commencer à retirer la sonde le jour. La paraplégie devient spastique. Il y a des mouvements automatiques, aucun mouvement volontaire. On commence à asseoir le patient dans un fauteuil.

L'anesthésie reste complète en dessous de D6. La paraplégie est devenue très spastique avec un clonus du pied bilatéral. Troubles trophiques de la peau des jambes et des pieds, qui est mince et très squameuse. Début d'escarre sur le sacrum.

On s'efforce d'établir un horaire de la fonction vésicale, par un horaire des boissons et en cherchant à déclencher les mictions par réflexes à heures fixes. Massages, gymnastique passive des extrémités inférieures, active des extrémités supérieures.

Ergothérapie (broderie, réglage de boîtes à musique, etc.).

Le 147ème jour, apparaît un fourmillement dans les jambes et pour la première fois de petits mouvements volontaires.

Puis survient une période d'infection urinaire qui exige de nouveau la mise en place d'une sonde à demeure.

Au 6ème mois réapparaît discrètement une sensibilité au toucher sur le ventre et les jambes.

Le mois suivant, le patient commence à ressentir le besoin d'uriner. A la fin du 8ème mois, lever dans une poussette.

A la fin du 15ème mois, le patient n'est plus incontinent la nuit.

A la fin du 17ème mois, il commence à contracter volontairement les fessiers.

Au cours du 20ème mois apparaissent des contractures douloureuses dans les membres inférieurs.

Au 21ème mois, le patient commence à marcher dans un tricycle. Il est grandement aidé par des attelles pour bloquer les genoux. Dès le 23ème mois, il peut faire 3 ou 4 pas sans aide, seul dans le tricycle.

Dès le 25ème mois, en prenant 9 à 12 comprimés de Décontractyl par jour, il peut faire 12 à 15 pas de suite. Puis il doit s'arrêter à cause des contractures et peut reprendre ses exercices après 5 minutes de repos.

Dès le 27ème mois, il peut marcher 30 mètres à plat.

Survient alors une infection urinaire récidivante, par lithiase rénale. Cystostomie pour extraction de 4 gros calculs vésiculaires.

Le patient est immobilisé quelques jours par l'intervention chirurgicale; il est de nouveau très spastique. Mais après un mois, il commence à faire des progrès rapides: dès le 33ème mois, il peut quitter le tricycle et marcher à l'aide de cannes. Peu à peu, il peut monter et descendre sans fixe d'un côté et d'une canne à 4 pieds aide les escaliers, au moyen de la rampe de l'autre.

Dès le 37ème mois, il va seul à selles et il n'y a plus d'incontinence urinaire.

Il marche plus facilement mais il est encore très spastique. La force musculaire est bonne aux deux membres supérieurs. La vessie fonctionne parfaitement bien.

Nous envoyons le patient un mois à Baden, en vue d'exercices dans l'eau chaude, qui ont une très heureuse influence sur le spasme musculaire. Le patient revient fatigué mais très nettement amélioré par cette cure, avec une démarche plus assurée.

Le 25 mars 1957, il quitte l'hôpital, après 40 mois de traitement. Certains mouvements exigent un très gros effort d'at-

ention, en particulier descendre les escaliers ou sortir du trolleybus. Même descendre une rue raide cause parfois des difficultés, le patient ayant de la peine à freiner avec la jambe droite.

Après 42 mois de traitement, reprise du travail. Du 1er avril au 1er juin 1957, le patient travaille à 50%; dès le 3 juin 1957 à 100% au PTT, comme monteur. Il peut exécuter tous les travaux sauf grimper sur une échelle ou sur un poteau.

Il y a maintenant un recul depuis la reprise du travail en plein de plus de 3 ans. L'incapacité pendant ce temps a été en tout de 2 x 10 jours pour des gripes banales. —

*L. Louise, 70 ans, blanchisseuse.*

Malgré ses 70 ans, se rend à son travail tous les matins à 7 h. Le 10 décembre 1957, elle se trouve dans un trolleybus qui stoppe brusquement. L'arrêt brusque lui fait faire un brutal mouvement en avant, sans chute, ni choc violent. Elle ressent de violentes douleurs en ceinture. On constate une fracture par tassement de D 12 et une ostéoporose. Immobilisation à plat sur un lit dur.

38 jours après l'accident survient brusquement une hémiplegie droite complète, flasque avec aphasie; les examens médicaux montrent un infarctus pulmonaire droit avec une pleurésie réactionnelle, une thrombophlébite du membre inférieur gauche, une hémiplegie droite sur embolie cérébrale.

L'aphasie et l'hémiplegie commencent à régresser après une dizaine de jours; mais des crises d'arythmie cardiaque et de tachycardie paroxystiques compliquent l'évolution. Ces troubles rythmologiques cèdent peu à peu à la digitale et à l'hydroquinidine.

Le 63ème jour, la patiente présente un intellect bien conservé, une hémiplegie flasque droite prédominante au membre supérieur, une tachycardie à 120 par minute, de volumineux oedèmes du membre inférieur gauche remontant jusqu'à la base de la cuisse, des oedèmes de la jambe droite.

Mme L., présente donc à 70 ans :

une ostéoporose,

une cardiopathie,

une thrombose profonde au niveau de la cuisse,

une embolie pulmonaire avec pleurésie,

une embolie cérébrale avec hémiplégie et aphasie.

La patiente est traitée par des anabolisants et par des anticoagulants. Dès que le risque d'embolie est passé (10ème jour après le début de la cure d'anticoagulants), on entreprend la gymnastique passive et active, avec prudence en raison des troubles cardiaques. Le 160ème jour après la fracture vertébrale soit le 112ème jour après l'ictus cérébral, elle commence à se lever.

Le 177ème jour elle marche avec 2 cannes — 15 jours plus tard elle s'entraîne à monter et descendre les escaliers. —

Le 210ème jour après l'accident vertébrale soit le 172ème jour après l'ictus, elle peut rentrer chez elle et mener une vie normale pour une personne de son âge (71 ans); mais elle doit cesser son travail de blanchisseuse, trop fatiguant pour son cœur.

Nous en arrivons aux cardiaques.

Ils sont bien entendu des cas médicaux avant tout. Mais l'expérience a montré qu'une certaine réadaptation à la vie active améliorerait leur pronostic. Nous avons vu que l'entraînement physique perfectionne les régulations vasculaires à l'effort et les rend économiques, si bien qu'elles exigent pour un même effort un débit cardiaque moindre. Cette situation résulte entre autres du fait que les artères se contractent davantage dans les organes qui ne travaillent pas, dérivant ainsi davantage de sang circulant vers les muscles actifs.

L'exercice le meilleur pour le cardiaque consiste dans une petite promenade à plat. La marche, nous l'avons vu en traitant de la mise en condition physique, utilise simultanément de très nombreux muscles dans un exercice simple et facile à doser.

Le cardiaque doit veiller à bien rythmer la respiration: l'expiration doit exiger toute l'attention du malade, il faut en principe accorder une foulée de plus à l'expiration qu'à l'inspiration. La marche favorise la circulation sanguine dans les poumons, elle évite la stase pulmonaire si fréquente chez les malades immobilisés.

*Les sujets âgés sortant de maladie* ont besoin eux aussi d'une réadaptation. La faute généralement commise est l'immobilisation prolongée, qui accélère les déficiences fonctionnelles de la vieillesse. Les sujets âgés doivent marcher et continuer à se livrer à toutes les activités de la vie quotidienne. Ces exercices entretiennent une coordination satisfaisante et un bon tonus musculaire. Le maintien de l'exercice physique empêche encore la progression de l'atrophie musculaire et de l'ostéoporose, si fréquentes à un âge avancé.

*Le pronostic des malades exigeant une réhabilitation* dépend évidemment de l'état antérieur. Il est conditionné par la gravité des lésions en cause, mais aussi par la personnalité du malade. Nous avons vu l'importance du moral pour le succès d'une réhabilitation. Il faut que le malade veuille guérir et qu'il collabore sans restriction avec le personnel soignant.

Le pronostic dépend aussi des soins prévenant les complications tout au long de la maladie: si l'on peut éviter des contractures musculaires, des attitudes vicieuses, le développement d'une périarthrite, des infections urinaires, des escarres de décubitus, le pronostic est beaucoup meilleur. Dans cette prévention, la gymnastique joue un rôle dominant.

*Pour conclure*, nous voyons que la gymnastique intervient dès le début du traitement de la plupart des nombreuses maladies chroniques et se poursuit jusqu'à la guérison et même au-delà, si l'on veut conserver les gains si laborieusement acquis. Certains malades doivent la pratiquer jusqu'à leur dernier souffle pour conserver leur indépendance. Ils sont condamnés à vie à la gymnastique. A vous Mesdames et Messieurs, le soin de la rendre attrayante et de la faire aimer.



**Get them going**  
with the finest  
equipment  
going . . .



Geräte für die physikalische Medizin  
aus dem REHAB - Center

**DrBlatter + Co**

Succ. E. Blatter,

Staubstr. 1, 8038 Zürich  
Tel. 051 / 45 14 36

Wie auch die Uebungen gestaltet sind, die der Physiotherapeut für seinen Patienten vorsieht – er wird dazu immer wieder TERRY Geräte verwenden.

TERRY stellt ein komplettes Programm von Hilfen her. Jede einzelne wurde nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten konstruiert.

Lassen Sie ausführliche Kataloge über TERRY Geräte und allgemeine physikalische Therapie kommen.

AZ

8800 THALWIL

**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. Rupert, 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