

# Médecine orthopédique : le pourquoi et le comment

Autor(en): **Ems, A. / Staimier, P. / Missotten, J.**

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): **25 (1989)**

Heft 5

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930007>

## **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.



# Médecine orthopédique: le pourquoi et le comment.

A. Ems, P. Staimier, J. Missotten

*La médecine orthopédique du Dr. Cyriax n'est pas une nouvelle forme de médecine parallèle (une de plus) mais une méthode simple et logique de diagnostic et de traitement des lésions des tissus mous de l'appareil locomoteur. Elle s'intègre parfaitement dans la médecine traditionnelle.*

En fait, il n'existe pas, à notre connaissance du moins, de formations spécifiques en médecine orthopédique, alors que la chirurgie orthopédique est enseignée dans toutes les Universités et s'est considérablement développée ces dernières années.

Nous constatons trop souvent que lorsque les examens techniques complémentaires se sont révélés négatifs, la précision dans le diagnostic et par conséquent l'habileté dans le traitement de ces lésions non osseuses sont décevantes et c'est là justement que le Dr. Cyriax nous fournit un outil de travail intéressant.

Le praticien de terrain, qu'il soit médecin ou physiothérapeute trouvera dans l'enseignement de cette méthode, une réponse pertinente à une série de problèmes qu'il est amené à résoudre quotidiennement. A savoir: les arthrites, bursites, tendinites, déchirures musculaires, entorses ligamentaires, torticolis, lumbago et autres radiculalgies qui représentent au moins 30% de la pratique journalière du médecin de famille et 80% de celle du physiothérapeute.

## La méthode du Dr. Cyriax repose sur deux principes:

1. toute douleur naît d'une lésion
2. tout traitement doit atteindre la lésion

*1. Il faut savoir que l'établissement d'un diagnostic précis des lésions des tissus mous de l'appareil locomoteur se heurte à deux difficultés principales:*

Le manque de signes objectifs d'une part et le fait que l'endroit de la lésion peut être différent de l'endroit de la douleur, d'autre part. C'est le phénomène de la douleur projetée qui est une notion très importante et constamment

utilisée dans cette méthode. C'est une des raisons pour lesquelles, le Dr. Cyriax affirme le manque de fiabilité de l'examen palpatoire et la relativité des examens techniques: à titre d'exemple, citons qu'un examen palpatoire en exerçant une pression sur le tendon du muscle sous-scapulaire est douloureux alors que le tendon est indemne de toute lésion. De même, un CT SCAN lombaire peut révéler une hernie discale faisant saillie à droite au niveau L4L5 alors que le patient présente une douleur radiculaire de topographie L4L5 mais dans le membre inférieur gauche.

Dès lors, le Dr. Cyriax remet en valeur l'examen clinique par un bon examen fonctionnel de chaque articulation ou segment du rachis après une anamnèse rigoureuse du patient.

En cas de discordance entre la clinique et les examens techniques, c'est la sémiologie clinique qui doit prévaloir.

L'interprétation de cet examen clinique se base d'une part sur une connaissance approfondie des dermatomes et d'autre part sur la théorie de la tension sélective (c'est-à-dire qu'une structure fait mal quand ses fibres sont mises sous tension: un ligament ou une capsule articulaire par étirement, un muscle ou un tendon par une forte contraction.) Au besoin, l'examen sera complété par une injection anesthésique locale à but diagnostique. Tout ceci permet de localiser une lésion avec une précision remarquable.

Finies les descriptions vagues comme P.S.H. ou lésion de la coiffe des rotateurs, mais en médecine orthopédique, on diagnostiquera une bursite sous-acromio deltoïdienne aiguë ou chronique ou une tendinite du muscle sus ou sous épineux au niveau de la partie profonde de la jonction teno-périostée.

Cette précision dans le diagnostic et dans la localisation a des conséquences très importantes au niveau du traitement.

## 2. Tout traitement doit atteindre la lésion!

Il ne s'agira plus de traiter ces affections de façon purement symptomatique c'est-à-dire par des antalgiques, des A.I.N.S. ou des prescriptions standardisées de physiothérapie, rassurés que nous sommes par la négativité de ou des examens complémentaires, mais bien d'instaurer un traitement spécifique, rapidement efficace dans la plupart des cas.

Le médecin manipulera et infiltrera les organes lésés en un point bien défini et par conséquent avec une dose de corticostéroïde nettement moindre.

Le physiothérapeute emploiera ses doigts avec une très grande précision en exerçant un massage transversal profond sur une partie exacte du tendon lésé.

Ceci implique bien sûr une connaissance approfondie de l'anatomie de chaque articulation, de chaque groupe musculaire et segment du rachis.

Cette méthode a actuellement prouvé sa valeur dans la pratique quotidienne et constitue pour beaucoup de médecins et physiothérapeutes une acquisition précieuse dans leur arsenal diagnostique et thérapeutique: infiltration, injection, massage transversal profond, étirements capsulaires, manipulation...

## Bibliographie

1. Dr. J. CYRIAX - M.D. - M.R.C.P.: *Text book of orthopaedic Medicine*  
A. Volume 1: Diagnosis of soft tissue lesions; B. Volume 2: Treatment by manipulation, massage and injection.  
Editeur: Baillière Tindall (Londres).  
*Remarque:* Le premier volume contient toutes les données théoriques sur l'examen clinique d'une région définie ainsi que les différentes pathologies s'y rapportant.  
Le second volume décrit toutes les techniques de massage, d'infiltration et de manipulation sous forme d'illustrations. Cet ouvrage a été partiellement traduit en français sous le titre:



«Manuel de médecine orthopédique» (manipulations, massages et injections). Masson - Paris.

*Illustrated manuel of orthopaedic Medicine:*

Ce livre est plus condensé et contient surtout des notions classiques. Il est très intéressant pour les débutants voulant se familiariser avec la méthode du Dr. Cyriax.

Éditeur: Butterworths (Londres)

2. Dr. CAIRONI

Les pathologies de l'épaule.

Les pathologies du coude.

*Remarque:* ce médecin belge, spécialiste

en médecine sportive, fait connaître les méthodes du Dr. Cyriax auprès des praticiens de langue française en publiant un ouvrage pour chaque région du corps.

A. Ems, physiothérapeute

P. Staimier, physiothérapeute

J. Missotten, médecin

Pour tout renseignement concernant les cours de Médecine Orthopédique en Suisse, veuillez contacter Deanne Isler, physiothérapeute, 6 chemin Barauraz, 1291 Commugny.

Téléphone 022/776 26 94. ●

einschränkung, Sprachstörung, Gedächtnisstörungen und andere Folgen beseitigt werden. Dazu sind unter Umständen mehrere Massnahmen gleichzeitig notwendig, meist erfolgen sie zunächst einmal in einem Spital oder in einem Rekonvaleszentenheim. Hierher gehören zum Beispiel Turnübungen, Injektionen mit gefässerweiternden Mitteln, Sprachübungen, Gymnastik, Diät, Bestrahlungen, Packungen und anderes mehr. Nach der Spitalentlassung müssen dann sehr oft auch daheim die verschiedenen Übungen und andere Behandlungen weiter praktiziert werden, oft sogar über Monate und manches Mal sogar über Jahre. Die Geduld darf man niemals verlieren. Beispielsweise können Sprechübungen, konsequent durchgeführt, auch nach langer Zeit zu einem ganz normalen Sprechen führen. Fast immer ist es notwendig, dass hier Fachärzte und Hausarzt zusammenarbeiten und die jeweiligen Behandlungsarten bestimmen.

Zweitens aber muss alles unternommen werden, um jene Ursachen zu beseitigen, die den Schlaganfall ausgelöst haben. Ein Raucher, der das Glück hatte, einen Schlaganfall zu überleben, darf selbstverständlich nie mehr rauchen. Eine Forderung, die unbegreiflicherweise meist nicht befolgt wird. Ebenso müssen Stoffwechselerkrankungen intensiv behandelt werden. Da die Lebensführung als solche eine gewichtige Rolle spielt, müsste auch genau bestimmt werden, in welchem Bereich nach einem Schlaganfall irgendwelche beruflichen und privaten Arbeiten möglich sind.

Es ist ja ein neues Leben, das man nach einem solchen Ereignis geschenkt bekommen hat. Es muss neu gestaltet und mit einem ganz anderen Bewusstsein gelebt werden.

Die pharmazeutische Industrie bietet reihenweise Medikamente an, die nach einem Schlaganfall nützlich sind. Sie müssen aber immer ganz individuell verabreicht werden, auch müssen in regelmässigen Abständen verschiedene Untersuchungen erfolgen ●

Ein neues Leben aufbauen

## Nach dem Schlaganfall

Von Dr. med. Heinz Fidelsberger

(itg) Der Schlaganfall ist ein überaus dramatisches und sehr oft leider auch tragisches Ereignis. Denn ganz plötzlich versagen Körperfunktionen; von totaler Bewusstlosigkeit bis zu einer kaum nachweisbaren Lähmung irgendwelcher Muskeln reicht das Erscheinungsbild der Folgen. Und wichtig ist immer, die Diagnose so rasch wie nur möglich zu stellen.

Ein Schlaganfall kann, einfach gesagt, drei Ursachen haben. Es kann im Gehirn ein Gefäss zerreißen und eine Blutung im Gehirn erfolgen. Dieses Ereignis ist in einem ganz hohen Prozentsatz tödlich, und ärztliche Hilfe kann das Leben nicht retten. Dann gibt es die Thrombose, die Verstopfung einer Arterie im Gehirn, und hier lassen sich durch verschiedene Massnahmen die Lähmungen und andere Folgen wieder zum grössten Teil beseitigen. Und drittens, neben der Zerstörung eines Gefässes und Verstopfung einer Arterie, gibt

es noch die vorübergehende Durchblutungsstörung, die sogenannte TIA (lat.: Transitorische ischämische Attacke). Hier verengt sich ein Gefäss vorübergehend und lässt nicht genügend Blut durch. Ein bestimmter Bezirk wird dann nicht genug durchblutet, und die häufigsten Erscheinungsformen sind starker Schwindel, momentane Übelkeit, kurzfristige Bewusstlosigkeit.

Alle drei Formen – nämlich die Zerstörung eines Gefässes, die Verstopfung und die Durchblutungsstörung – haben eine Reihe von ganz verschiedenen Ursachen. Dazu gehören hoher Blutdruck, Gefässverengung durch Nikotin, Verkalkung der Arterien durch zu fettreiche Kost oder Zuckerkrankheit, Fettsucht, Bewegungsmangel und Aufregungen.

Nach einem Schlaganfall sind zweierlei Bemühungen notwendig. Erstens müssen rasch und zielstrebig die verschiedenen Folgen, wie Bewegungs-