

Troisième temps : Mouvements actifs contrariés.

Sont ici de toute importance. C'est eux qui s'opposent le plus à la marche presque fatale vers l'atrophie de certains groupes musculaires. Ne pas négliger de les pratiquer.

Terminer la séance par un nouvel effleurage, suivi de l'application d'une douche locale (durée deux à cinq minutes).

La durée totale d'une séance sera un peu plus courte pour les cas aigus (dix minutes), mais, pour les épanchements chroniques, elle peut atteindre trente minutes.

V

RAIDEURS ARTICULAIRES

Les raideurs articulaires sont le plus souvent la conséquence de lésions traumatiques ou inflammatoires antérieures.

Elles sont dues à la rétraction de toutes les parties molles qui entourent l'articulation (tendons, ligaments, capsule fibreuse articulaire) et à des exsudats intra ou péri-articulaires.

Elles sont quelquefois telles qu'il semble qu'il y ait soudure des os qui constituent l'articulation.

Le massage a ici pour but :

De rendre de la souplesse à tous les tissus rétractés et de favoriser, à l'aide de mouvements passifs, la résorption des exsudats.

Plus on retarde l'application du traitement, moins il faudra compter sur le succès. Il faut savoir que les progrès sont très lents à se faire (un traitement de deux à trois séances par jour pendant plusieurs mois est quelquefois nécessaire).

Les manipulations ne doivent être entreprises que lorsque les phénomènes inflammatoires (arthrite ou périarthrite) auront complètement disparu.

La technique à employer sera la suivante :

Premier temps : Effleurage.

Pressions. — Doivent être pratiquées très énergiquement, de façon qu'elles arrivent à agir sur les parties profondes. Elles doivent se faire sur *toutes* les faces de l'articulation maintenue solidement fixée contre le coussin de sable par la main qui n'agit pas.

Deuxième temps : Mouvements passifs.

Constitue le temps de beaucoup le plus efficace et le plus difficile.

Pour provoquer l'exécution de ces mouvements, le masseur devra déployer une force dont l'intensité variera avec la nature de l'obstacle à vaincre. L'habitude seule, aidée des conseils puisés auprès du médecin, pourra donner l'assurance et même la hardiesse nécessaires pour ne pas craindre d'amener parfois, par des manipulations énergiques, des craquements articulaires, et de produire sous la peau la formation d'ecchymoses.

Le masseur se guidera pour l'exécution de ce temps sur l'extrême douleur ressentie à un moment donné par le malade, et qu'il devra savoir respecter.

La règle sera donc de s'arrêter dans ces mouvements à l'attitude que le malade pourra supporter sans trop grande souffrance.

Troisième temps.

Les mouvements actifs contrariés, par lesquels on cherchera à rendre aux muscles la force nécessaire pour qu'ils puissent mettre en jeu l'articulation, ne sauraient, tout comme les mouvements actifs, être pratiqués que lorsqu'une certaine souplesse aura été rendue à l'articulation.

Ils seront le couronnement de l'œuvre entreprise, quand on aura pu la mener à bien.

Durée moyenne de la séance : vingt minutes.

Terminer par une douche locale à jet plein.

Mais si, comme nous venons de le voir, le mode de massage relève de la nature de l'affection articulaire à laquelle il doit être appliqué, il est aussi sous une autre dépendance. Il varie encore d'après la conformation de l'articulation. C'est ainsi qu'on ne masse pas un genou comme une hanche, ni une hanche comme un poignet. Il est donc indispensable que le masseur soit mis au courant de la technique particulière qui réglemente le massage des principales articulations.

Quelque fréquemment et consciencieusement faites que puissent être les manœuvres de massage appliquées aux raideurs articulaires, elles ont tout à gagner à être aidées par des manœuvres de mobilisation d'ordre mécanique exercées dans les intervalles du temps de massage par le malade lui-même ou par une autre personne. Celles-ci ont pour effet de ne pas laisser se passer entre les intervalles des manipulations un temps trop long qui pourrait sinon annihiler,

tout au moins diminuer les bénéfices de l'intervention manuelle.

Il importe que le blessé vienne pour sa part en aide au masseur dans l'œuvre de mobilisation, qui doit, plus ou moins hâtivement, suivant les prescriptions médicales, être appliquée à une articulation enraidie par suite d'un traumatisme antérieur ou d'un voisinage inflammatoire. Si le blessé est de ceux qui ont souci de hâter leur guérison au prix de quelque douleur à endurer, il peut, une fois fixé sur l'appareil dont nous donnons ci-après la description, manœuvrer lui-même d'une ou des deux mains le mécanisme simple qui mettra en mouvement le segment de membre ou le membre à mobiliser.

Dans le cas contraire on peut, sans faire courir aucun risque au malade, confier même à une personne inexpérimentée le soin d'exercer la traction. Dans les deux cas, les séances pourront être sans fatigue suffisamment prolongées et multipliées dans la même journée pour que l'effet obtenu en soit réellement efficace.

Il est bien entendu que ce mode de mobilisation ne saurait se substituer à une intervention manuelle par le massage. Dans bien des cas, le médecin seul doit être juge de l'étendue des

mouvements que l'on peut sans danger imprimer à une articulation malade. Il serait alors dangereux d'intervenir par des tractions aveuglément faites et qui n'auraient pour limites d'étendue, de la part du blessé que l'intensité de la douleur provoquée, et de la part de l'infirmier chargé de les pratiquer que la quantité d'efforts faits par lui.

L'emploi de notre appareil ne peut donc être étendu à tous les cas relevant du massage articulaire, mais il peut, ainsi qu'il nous en a maintes fois fourni la preuve, devenir un adjuvant des plus précieux et singulièrement activer la guérison, toutes les fois qu'il s'agit de parachever une thérapeutique de massothérapie articulaire.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL

L'appareil se compose en substance d'une chaise massive en bois de chêne à dossier élevé et contre lequel est solidement fixée une sorte de potence P (voy. fig. 10) au haut de laquelle glissent dans des poulies de réflexion R, R des cordelettes rattachées par une de leurs extrémités au membre ou segment de membre à mobiliser et par l'autre à une poignée ou manette M que ma-

nœuvre un infirmier ou le blessé lui-même. Quatre segments matelassés sur une seule ou

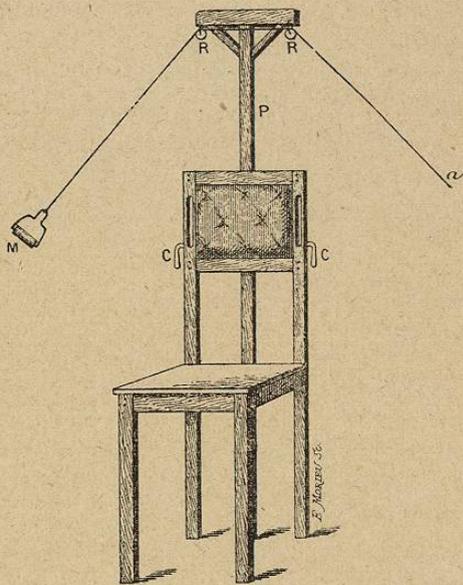


Fig. 10.

sur leurs deux faces, selon qu'ils devront être utilisés par les deux faces ou par une seule, sont annexés à l'appareil pour agir l'un sur l'articulation de l'épaule, l'autre sur le coude, le troi-

sième sur le genou et le quatrième sur l'articulation du cou-de-pied.

[La maison Badin frères (bandages et appareils, place Esquirol, Toulouse) se met à la disposition de nos lecteurs pour leur livrer dans d'excellentes conditions cette chaise orthopédique, soit complète, soit par segment isolé pour la mobilisation d'une seule articulation.]

I

Mobilisation de l'articulation de l'épaule.

1° Se pratique en annexant au squelette de la chaise le segment A (voy. fig. 11).

Le segment A est matelassé sur ses deux faces de façon à pouvoir servir alternativement pour les côtés droit et gauche. Il se fixe, au moyen de l'extrémité terminée par la plaque de forte tôle T, contre la face postérieure d'un des montants de la chaise de la façon suivante : un premier écrou est engagé dans l'orifice V et dans la glissière G dont est creusé le montant de la chaise et fixé solidement à hauteur voulue. Un deuxième écrou V'' est passé dans la rainure *rr* en même temps que dans la glissière G. Ce deuxième écrou

ne doit être que lâchement serré. Le segment A ainsi maintenu est prêt à pivoter dans un sens

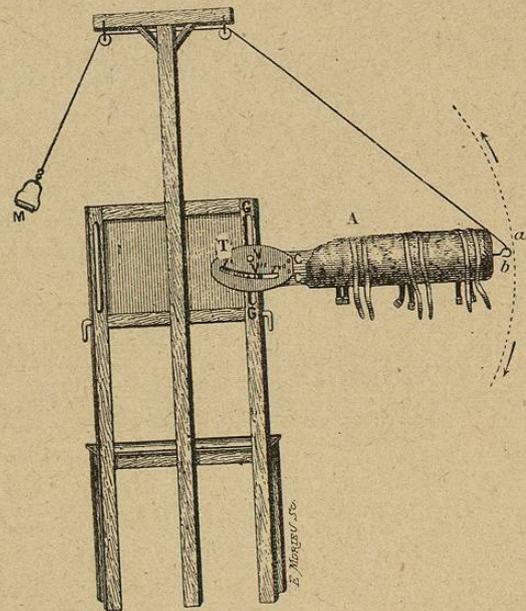


Fig. 11. — Face postérieure de la chaise disposée pour mobiliser l'articulation scapulo-humérale (épaule) droite.

vertical autour du point fixe V, et l'écrou V'' ne sert qu'à maintenir dans un plan fixe le mouvement d'ascension ou de descente.

2° Un point important dans la mobilisation de l'épaule est d'obtenir la fixation de l'omoplate, afin d'éviter que cet os ne participe pour une trop

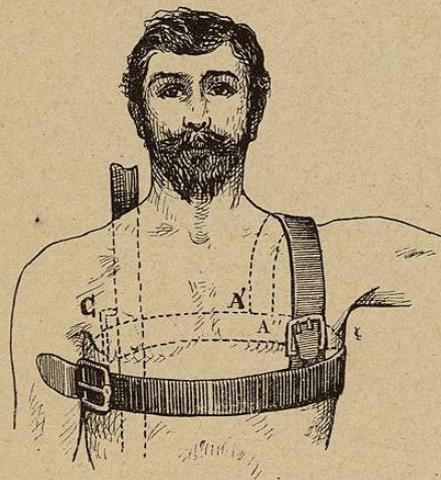


Fig. 12. — Courroie pour l'immobilisation de l'omoplate.

large part aux mouvements de l'articulation scapulo-humérale. Cette fixation, qui ne saurait être rendue complète, sera rendue suffisante par l'application d'une large sangle du modèle ci-dessus (voy. fig. 12).

La partie horizontale s'enroule autour du corps

du blessé assis sur la chaise, passe par son milieu sous l'aisselle correspondante à l'articulation à mobiliser et, par ses deux extrémités, vient se boucler sous le crochet C placé contre le montant de la chaise.

La partie verticale passe comme un demi-anneau par-dessus l'épaule à fixer et vient se boucler sur la portion horizontale par ses deux extrémités A', A''.

3° Le bras du blessé est alors fixé tout le long du segment A et il ne reste plus qu'à mettre ce segment en mouvement.

Pour ce faire, les choses étant disposées comme dans la figure 12, l'extrémité *a* de la cordelette est fixée au petit anneau ouvert *b* vissé lui-même à l'extrémité du segment A. On voit dès lors que toute traction sur la manette M aura pour effet de provoquer la mobilisation du segment A et par suite de l'épaule qui a été rendue solidaire de ce segment.

Nota. — Pour que le segment A puisse servir au côté opposé, la portion matelassée a été rendue indépendante de la plaque métallique T. Lorsqu'il s'agira de faire passer le segment A du côté

droit au côté gauche ou *vice versa*, la partie matelassée sera dévissée en C, C, et remplacée ensuite, après retournement de la plaque.

II

Mobilisation de l'articulation du coude.

Se pratique en adaptant à la chaise le segment B (voy. fig. 13), lequel est aussi matelassé sur ses deux faces afin de pouvoir servir pour le coude droit et le coude gauche.

1° La barre de fer *b* est engagée horizontalement et à hauteur voulue en arrière des montants de la chaise et en avant de l'encoche creusée dans la portion P' du montant de la potence ; elle est engagée plus ou moins de façon que, le malade étant assis sur la chaise et le bras étendu sur le segment B, le pli de flexion du coude corresponde à la charnière qui unit les deux parties C et *d* du segment B.

2° La barre *b* est maintenue en place par des vis à écrou qui s'engagent à la fois dans la fente

de la barre *b* et dans la glissière des montants de la chaise.

3° Une fois le segment B en position et le membre supérieur fixé sur lui, la manœuvre de-

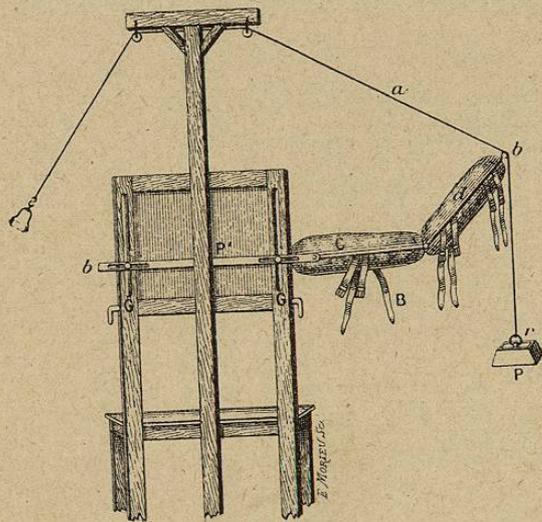


Fig. 13.

vient analogue à celle qui a été décrite pour la mobilisation de l'épaule. Il ne restera plus qu'à rattacher l'extrémité de la cordelette *a* à l'extrémité du segment B.

Le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras est abandonné aux efforts musculaires du blessé. C'est là en effet un moyen de porter remède dans une certaine mesure à l'atrophie relative du triceps qui accompagne toujours plus ou moins les affections inflammatoires de l'articulation du coude. Si, pour un motif particulier, on voulait éviter au blessé cet effort musculaire, il serait aisé d'attacher en *b* une cordelette à l'extrémité de laquelle le poids P exercerait une traction suffisante pour ramener automatiquement l'avant-bras en extension sur le bras. Afin d'éviter que l'avant-bras ne subisse des mouvements d'hyperextension, on pourrait donner à la cordelette *b'* une longueur telle que le poids P arrive à toucher le sol en même temps que la partie *d* du segment B viendra se placer sur le prolongement de la partie C.

III

Mobilisation de l'articulation du genou.

Annexer à la chaise le segment C (voy. fig. 14).

1° La partie postérieure du segment est enga-

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. E.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. E.

flexion seul est le résultat de la traction exercée. Il est en effet indispensable, en raison du plus ou moins d'atrophie du muscle triceps qui accompagne toujours les affections inflammatoires ou traumatiques du genou, de laisser au blessé seul le soin de ramener, par ses efforts musculaires et après chaque mouvement forcé de flexion, la jambe en état d'extension sur la cuisse.

IV

Mobilisation de l'articulation du cou-de-pied.

1° Le segment D (voy. fig. 15) est engagé plus ou moins profondément, selon la taille du blessé, dans la glissière G, et y est fixé comme il a été dit pour le segment C (fig. 14).

Le pied du malade est appliqué sur la semelle S par les courroies T et T'. Le plein milieu de la courroie T passe dans la talonnière R, et ses deux chefs viennent, après s'être entre-croisés sur la face dorsale du pied, se nouer en dessous de la semelle S. La courroie T' complète l'immobilisation, et ses deux chefs sont noués directement sur la face dorsale du pied.

2° Une courte cordelette A est reliée par une extrémité en C et par l'autre à la manette M que le blessé saisit d'une ou des deux mains ; de

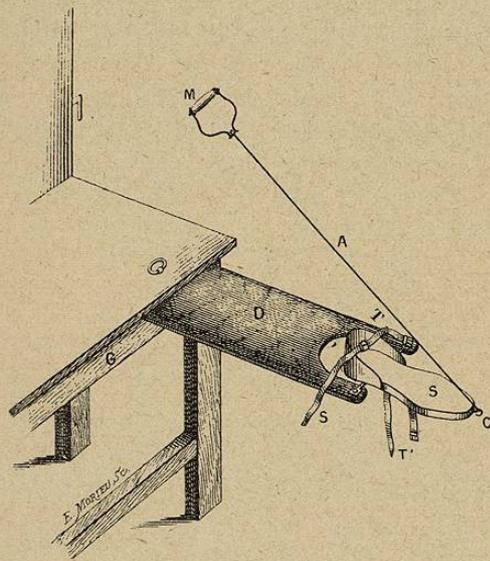


Fig. 15.

légers efforts de traction amènent alors la flexion du pied sur la jambe, modifiant ainsi le degré d'équinisme qui complique plus souvent que toute autre attitude vicieuse les raideurs de l'articulation

tibio-tarsienne. Les mouvements d'extension du pied sur la jambe sont laissés aux seuls efforts musculaires du blessé. On pourrait rendre ce mouvement d'extension passif en adaptant (comme cela a été démontré possible pour la mobilisation du coude) un poids rattaché par une cordelette au crochet C du segment D.

Massage du cou-de-pied.

Articulation tibio-tarsienne.

POSITION DU MALADE. — *Le malade est étendu sur le lit, le pied reposant par le talon sur un coussin long. Au fur et à mesure des besoins, il se déplace sur son côté droit, puis sur son côté gauche, présentant ainsi au masseur d'abord la face antérieure, puis les deux faces latérales du cou-de-pied.*

Premier temps.

Utiliser surtout le *plat des pouces* qui permet de plonger dans les creux et de bien suivre d'autre part les saillies tendineuses.

Effleurage et pressions méthodiques.

Ces manipulations devront s'étendre en hauteur du milieu du dos du pied à la partie moyenne de la jambe (à la naissance du mollet).

Elles devront être pratiquées successivement :

1° *Sur la région antérieure* (AA, fig. 16).

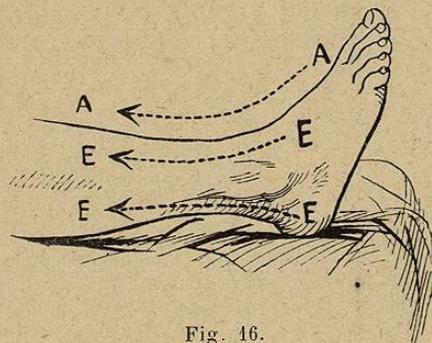


Fig. 16.

2° *Sur la région externe*. — Contourner du *plat des pouces* la malléole externe en exerçant sur tout ce trajet des pressions de plus en plus fortes (EE, fig. 16).

3° *Région interne.* — Le pied du malade reposant sur le coussin par son côté externe.

Manœuvrer autour de la malléole interne comme dans le temps précédent.

4° *Sur la région postérieure* (fig. 17).

On aura déjà pu utiliser les précédentes atti-

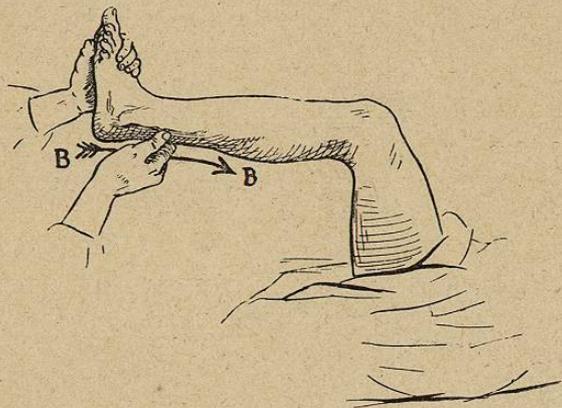


Fig. 17.

tudes du malade pour masser un peu en arrière des malléoles de façon à se rapprocher du tendon d'Achille. On complétera cette ébauche par le mode suivant d'intervention :

Le masseur saisit à pleine main le pied du malade et le tient soulevé, tandis que, de la main libre, il saisit entre le pouce et l'index (*pincement*) le tendon d'Achille le plus bas possible, à la hauteur du talon, et le masse en remontant dans la direction du mollet (BB, fig. 17).

Terminer ce même temps par le pétrissage des muscles du mollet.

Deuxième temps ou *temps des mouvements passifs.*

Le cou-de-pied peut à la rigueur être considéré et, par suite, traité comme une articulation en charnière, c'est-à-dire qu'on ne devra lui imprimer que deux sortes de mouvements, la flexion et l'extension.

Le mouvement d' *flexion* (dos du pied ramené vers la partie antérieure de la jambe) est plus limité que le mouvement en sens contraire, qui est celui de l' *extension*. Le masseur apprendra à connaître ces limites en constatant sur son pied l'étendue exacte de ces mouvements.

La jambe, saisie par son extrémité inférieure le plus bas possible, reste fixée solidement contre le coussin, pendant que de l'autre main le masseur saisit le pied à pleine main et le reporte en