

Jadis les chirurgiens préconisaient un massage brutal que réalisait le frottement des fragments l'un contre l'autre. Le chirurgien saisissait avec chaque main la partie du membre qui correspondait à chaque fragment et provoquait de la sorte des mouvements et des frictions plus ou moins rudes. Les manœuvres étaient répétées chaque jour jusqu'à ce qu'il y eût tuméfaction locale et douleur à la pression. D'autres fois (frottement automatique) le membre était mis dans un appareil contentif qui assurait la rigidité tout en permettant une certaine mobilité des fragments. L'appareil appliqué, le malade était autorisé à se servir de son membre ; les extrémités jouaient l'une sur l'autre, s'irritaient, sécrétaient de la substance osseuse et la soudure pouvait en résulter.

Le massage pratiqué par le masseur devra consister dans des procédés plus doux.

La technique en est des plus simple.

Ce sont des frictions, des pressions méthodiques, des tapotements pratiqués quotidiennement pendant dix minutes ou un quart d'heure, d'abord au niveau de la pseudarthrose, puis dans les régions du membre situées au-dessous et au-dessus de la fausse articulation.

CHAPITRE V

MASSAGE APPLIQUÉ AUX MALADIES DU SYSTÈME MUSCULAIRE

On doit attendre les meilleurs effets du massage appliqué aux affections du système musculaire quand celles-ci relèvent :

1° D'une altération de cause locale dans la nutrition du muscle, altération qui, si on n'intervient pas, aura pour conséquence définitive et irrémédiable l'atrophie, ainsi que cela se produit dans les contusions un peu fortes, dans les fractures et dans les entorses, même simples. Il survient en effet, à la suite des lésions articulaires d'ordre traumatique, des phénomènes neuromusculaires qui accompagnent les lésions articulaires et qui aboutissent rapidement, si on n'intervient pas, à la disparition du muscle par atrophie. Ces phénomènes sont souvent précoces.

L'atrophie des muscles qui ont pour fonction de déterminer la mobilisation des articulations traumatisées se produit souvent d'une façon si rapide et si imprévue que l'impuissance fonctionnelle du membre est réglé quand les symptômes et les lésions anatomiques de la synovite ont disparu. Si le repos absolu d'une articulation enflammée est le premier et le plus important moyen thérapeutique qu'on oppose à l'évolution inflammatoire, il sera bon de penser un peu aux muscles qui font pour ainsi dire partie intégrante du mécanisme fonctionnel de l'articulation, et de se rappeler que le repos forcé est aussi fatal aux muscles qu'il peut être utile d'autre part à la synoviale enflammée. En effet, l'atrophie souvent commence à se manifester à une date précoce et se développe avec une rapidité telle qu'en une ou deux semaines le mal sera porté à son point extrême. Ce qui complique la question, c'est qu'on ne saurait prévoir dans quel cas cette atrophie se produira; souvent une arthrite grave dans ses lésions anatomiques entraînera une atrophie beaucoup moins rapide qu'une arthrite de moyenne intensité à symptômes plutôt douloureux qu'inflammatoires. Prenons le genou, par exemple, qui, à ce point de vue, est le cas le plus

facile à observer parce que c'est bien l'articulation la plus exposée. Pour une inflammation de la synoviale, même légère, sans trop de douleur et de réaction, à peine un épanchement peu considérable s'est-il produit que, si l'on examine le malade dans la station debout et si on lui commande de marcher, on le verra hésiter, se plaindre, dès qu'il veut étendre l'articulation, d'une sensation pénible, obscure, presque indéfinissable, mais qui lui enlève la confiance dans ses moyens et qu'il représente comme une sorte de crampe ou trépidation habituellement ressentie vers la partie inférieure du triceps fémoral (masse musculaire) (M, fig. 35), formant, comme on le sait, le groupe antérieur des muscles de la cuisse. La maladie se prolonge-t-elle, évoluant dans le sens inflammatoire, voici l'exagération de la tonicité des muscles qui s'annonce, surtout celle des *fléchisseurs* de l'articulation (muscles postéro-externes de la cuisse), tandis que les extenseurs (M, fig. 35) semblent au contraire pris d'atonie, tombent dans le relâchement, deviennent mous et flasques, ce qui donne comme résultat une tendance marquée à l'articulation de se fléchir de plus en plus. Cette contraction des muscles fléchisseurs, qui n'est pas la contracture, épuise la

fibre musculaire et son innervation, et, après un certain temps, muscles fléchisseurs et surtout muscles extenseurs sont atrophiés, et le membre au-dessus de l'articulation a maigri au point de perdre sa forme et ressemble à un fuseau cotonneux. On a observé que les muscles fléchisseurs subissaient, en raison de cette exagération de tonicité signalée plus haut, la dégénérescence fibreuse (sclérose), tandis que les extenseurs, que nous avons vus devenir pendant ce temps flasques et mous, présentaient tous les signes de la dégénérescence graisseuse. A toutes ces modifications pathologiques, le meilleur remède à opposer est le *massage*.

2° D'un traumatisme ayant déterminé la rupture totale d'un muscle, ou dans l'épaisseur du muscle la rupture de quelques fibres, avec formation de petits foyers sanguins intramusculaires (tels le coup de fouet, le lumbago et le torticolis d'origine traumatique).

3° D'un état inflammatoire subaigu, habituellement rapportable à la diathèse rhumatismale (et dont les plus communes manifestations sont le torticolis et le lumbago).

MASSAGE DANS LA CONTUSION

Lorsqu'un corps résistant vient frapper sur une région quelconque (comme il arrive quand on reçoit un coup de bâton ou de pierre, par exemple), ou qu'inversement une région quelconque du corps vient heurter un corps résistant (comme dans un cas de chute sur le sol), sans que pour cela il en résulte une solution de continuité des téguments, c'est-à-dire sans que la peau soit déchirée et que la *plaie* s'ensuive, la région heurtée est dite *atteinte de contusion*. Les parties molles sont plus ou moins froissées contre l'os ou les os qu'elles recouvrent, quelques fibres musculaires sont souvent déchirées, quelques vaisseaux sanguins, capillaires, veinules et artérioles, saignent dans l'épaisseur des tissus. Le sang ne s'est-il épanché qu'en petite quantité et superficiellement, infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané, et apparaissant plus ou moins tôt sous la peau en y déterminant une tache ecchymotique vulgairement dénommée « bleu », on a le premier et le plus simple degré de la contusion. A un degré plus avancé (deuxième degré des traités classiques), les vaisseaux rompus, étant de

plus fort calibre, ont déversé plus abondamment le sang dans les tissus, si bien qu'il se fait une véritable collection ou *bosse sanguine* qui soulève les parties molles (phénomène très fréquent après un choc reçu sur la tête ou le front). Au degré plus avancé encore, la contusion est caractérisée par un écrasement tel des parties molles que celles-ci sont le plus souvent vouées à la mortification, c'est-à-dire à la gangrène.

C'est seulement aux deux premiers degrés de la contusion que le massage pourra convenir. Encore faudra-t-il surseoir au massage dans le cas où la bosse sanguine sera volumineuse, fluctuante et très superficiellement placée sous la peau. Dans ce cas le médecin procédera d'abord à une ponction, videra ainsi la poche des parties liquides qu'elle contient, et le masseur ne saurait intervenir que tout autant que la petite plaie produite par l'intervention chirurgicale sera complètement cicatrisée. Dans les cas de contusion légère, au contraire, masser la région traumatisée, c'est en hâter la restauration. Car c'est le sang extravasé qui produit l'enflure, amène la douleur, gêne les mouvements; c'est lui qui, en se figeant dans les tissus, peut s'y transformer en corps étranger qui gênera les mouvements des années

durant et parfois pendant une vie entière. C'est de ces données, connues de tout temps, qu'a découlé la thérapeutique populaire qui consiste à traiter les bosses sanguines par l'écrasement produit par une forte compression pratiquée aussitôt après l'accident, au moyen d'une pièce de monnaie ou d'un corps de forme et de résistance analogues.

TECHNIQUE

1^o Séance d'effleurage prolongée jusqu'à ce que la douleur ait été apaisée et que puissent être ainsi commencées les manipulations plus profondes qui vont suivre.

2^o Pressions méthodiques exercées d'abord avec le plat, puis avec le talon de la main, et toujours centripètes, c'est-à-dire dans la direction du courant veineux (voy. fig. 1).

Si l'œdème semble résister à ces manœuvres, on peut les continuer par un massage fait au moyen du plat des pouces (voy. fig. 3), qui, cheminant plus exactement dans les interstices musculaires, débarrasseront plus efficacement la région des extravasations sanguines. Le coup de

pouce écrase le caillot plus facilement que toute autre manipulation.

Une fois l'écrasement ainsi obtenu, une nouvelle et dernière séance de pressions méthodiques, d'une durée de trois à quatre minutes environ, achèvera la dissémination au loin. Chasser par des pressions le sang des plans dans lesquels il s'est infiltré ou collecté et le rejeter ainsi dans la circulation veineuse est chose possible si on agit quand le sang est relativement frais, que les caillots sont friables. On interviendra en outre à ce moment sans provoquer trop de douleur. Au contraire, si l'on a trop attendu, le caillot s'est durci, et son écrasement et sa diffusion ne seront obtenus qu'après de nombreuses et douloureuses tentatives. Le massage devra donc être commencé le plus tôt possible après l'accident et sera renouvelé chaque jour qui suivra, à moins qu'il ne se soit produit intercurrentement un état inflammatoire aigu qui se caractérisera par un gonflement plus considérable, de la rougeur et de la chaleur de la peau à la région massée, ainsi que de la douleur plus vive à la pression. Dans ce cas, il faut interrompre toute manœuvre massothérapeutique.

Toutes autres manipulations que celles ci-dessus

indiquées devront être absolument délaissées dans tous les cas. C'est-à-dire qu'il faudra s'abstenir de pétrissage, pincement, hachure, etc.

3° A la thérapeutique ancienne, consistant dans l'immobilisation absolue de la région contusionnée, aidée d'applications de compresses d'eau froide simple ou mélangée de liquides astringents, on devra substituer :

La mobilisation modérée, qui sera un précieux adjuvant pour arriver à dissiper le sang extravasé. Les mouvements passifs et actifs contrariés amèneront la contraction des muscles et, par suite, leur tassement, le glissement des tendons sur les plans osseux profonds, et contribueront ainsi à précipiter la guérison.

Durée du premier temps : dix minutes.

— deuxième temps : cinq minutes.

— troisième temps : cinq minutes.

DES RUPTURES MUSCULAIRES

Un trop brusque et trop violent effort de contraction peut déterminer la rupture totale du muscle, et plus souvent une rupture partielle

dont les conséquences relèvent essentiellement de l'intervention par le massage. Ces ruptures se produisent plus spécialement sur certains muscles. Chez les cavaliers, elles sont relativement fréquentes au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse, et elles sont l'effet d'un trop grand effort fait pour se maintenir en selle. Dans des efforts de gymnastique, on voit assez souvent l'un des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen (le muscle *grand droit*) (qui, par son siège, correspond à une ligne qui s'étendrait du creux épigastrique au pubis, en passant par l'ombilic) se rompre dans son quart inférieur, à quelques centimètres au-dessus du pubis. Le muscle biceps (du bras) est aussi un muscle sur lequel semblable lésion n'est pas rare.

Les muscles, dans leur mouvement de contraction, glissent dans une gaine aponévrotique, véritable manchon qui les enveloppe de toute part, de telle sorte que l'épanchement de sang intramusculaire qui accompagne toute rupture ne peut franchir cette barrière. Il en résulte que l'épanchement se collectionne au point traumatisé, subit là une série de modifications qui aboutissent à la formation, dans l'épaisseur du tissu musculaire, d'un corps dur de consistance pierreuse,

qui se modifie lentement de façon à constituer une véritable ossification et une tumeur dénommée *ostéome*.

La présence de ces ostéomes gêne le jeu du muscle au point qu'un cavalier, par exemple, atteint d'une pareille lésion, ne saurait reprendre l'exercice du cheval. D'un autre côté, l'extirpation de ces masses, en outre qu'elle constitue une intervention chirurgicale d'une certaine gravité, ne saurait amener dans l'état du blessé qu'une amélioration relative. Le seul traitement efficace et pourvu d'innocuité est le traitement qui prévient ces transformations osseuses, qui évitera la formation de ces ostéomes en ne laissant pas à la collection sanguine le temps de s'organiser. Ce but sera atteint par le massage hâtif, qui réussira à chasser le sang du point où il s'est épanché et en provoquera l'infiltration au loin, de façon à favoriser la résorption par les voies de la circulation de retour.

TECHNIQUE

POSITION DU MALADE. — *Le malade est placé de telle sorte que le muscle à masser soit en état de relâchement. Dans le cas de rupture du moyen adducteur (muscle interne et supérieur de la*

cuisse), par exemple, le malade est couché sur le lit de massage, les jambes écartées, et la cuisse, siège de l'affection, soulevée par un coussin disposé au-dessous du genou. Le pied correspondant est renversé en dehors de façon à imprimer à tout le membre inférieur un certain degré de torsion qui reportera le plus en avant possible la région à masser.

Dans les cas de rupture du muscle grand droit de l'abdomen, le malade est encore étendu sur le lit, mais les épaules et les cuisses sont légèrement soulevées par un coussin. Pour la rupture du muscle biceps brachial, le malade est assis et présente, reposant sur un plan solide, table ou lit, son bras légèrement fléchi.

POSITION DU MASSEUR. — Debout ou assis à droite du malade.

Manipulations :

1° Effleurage de la région de manière à produire l'insensibilisation relative.

Durée : trois à quatre minutes.

2° Pressions méthodiques pratiquées à l'aide du plat des pouces (fig. 3) commençant (dans le

cas de rupture d'un des adducteurs) vers le milieu de la cuisse. Elles doivent remonter jusqu'à la racine même du membre et le long de sa face interne. Dans le cas où le malade pourra le supporter, il y aura lieu de modifier, de la façon suivante, la manipulation, au niveau de l'épanchement, point précis où il s'agit de déterminer l'écrasement parfait du caillot sanguin : un des pouces est posé à plat sur le point traumatisé et appuyé le plus fortement possible en progressant jusque vers la racine de la cuisse.

Ces manœuvres sont les seules qu'on puisse légitimement pratiquer. Toutes les autres, telles que pétrissage, pincements, hachures, seraient plutôt nuisibles, car elles auraient pour effet d'exciter le muscle à se contracter, ce qui pourrait augmenter l'hémorragie intramusculaire primitive ou même déterminer l'inflammation du tissu musculaire.

Il en sera de même des mouvements passifs et actifs contrariés du membre. On les évitera avec soin.

Ainsi le simple massage, tel qu'il est décrit ci-dessus, suivi du repos absolu du membre, est la seule intervention logique et véritablement capable d'entraîner la guérison et de prévenir la for-

mation d'un ostéome, et cela en provoquant la résolution immédiate du foyer sanguin. La séance de massage, d'une durée moyenne d'un quart d'heure, sera d'abord quotidienne. A partir du quinzième jour, et jusqu'à guérison définitive, on pourra se contenter de pratiquer une séance tous les deux jours.

Dans les cas de rupture d'un des muscles grands droits de l'abdomen, les manœuvres massothérapeutiques seront analogues.

Les manipulations s'exerceront sur le trajet d'une ligne qui, du pubis, remonterait jusqu'au-dessus de l'ombilic à droite ou à gauche de la ligne médiane selon que c'est le muscle grand droit du côté droit ou gauche qui est atteint de rupture.

Les pressions seront exercées de bas en haut.

Pour le massage à pratiquer sur le biceps brachial, les manipulations s'étendront sur la face antérieure du bras, du pli du coude à la naissance de l'épaule.

TENDANCE DES MUSCLES A L'ATROPHIE

L'intervention doit être commencée à une époque aussi rapprochée que possible de l'acci-

dent. Car, si elle prévient les atrophies, on ne saurait plus compter sur elle pour les faire rétro-céder.

Le massage appliqué à un muscle ou à un groupe musculaire dans le but d'exciter sa nutrition ne comporte aucune manipulation en dehors de celles que nous avons apprises à pratiquer. La technique seule est particulière en ceci qu'elle ne comprend que deux temps.

Premier temps : Effleurage et pressions.

Ici on peut à la rigueur, mais nous ne le conseillons pas, enfreindre la loi générale qui a été établie relativement à la direction qu'on doit donner aux pressions méthodiques. C'est-à-dire qu'on peut les pratiquer dans tous les sens, aussi bien de bas en haut que de haut en bas.

Ces pressions seront exercées de plus en plus vigoureusement et suivies de toutes les manipulations que nous avons signalées comme s'adressant plus spécialement aux muscles (pétrissage, hachures, pincements).

Ce temps est important et doit avoir une durée de douze minutes.

Deuxième temps : Mouvements actifs contrariés.

Pour arriver à une exécution méthodique, il faudrait que le masseur connût le rôle physiologique de chacun des muscles qu'il doit masser. On ne saurait lui réclamer pareille science.

Un moyen peu scientifique, mais sûr toutefois, pourra tenir lieu de guide dans l'exécution de ce temps :

« *Le masseur opérera comme s'il s'agissait d'appliquer le temps des mouvements actifs contrariés* » au massage de l'articulation immédiatement sous-jacente aux muscles sur lesquels il veut agir. [Exemple : pour appliquer ce deuxième temps aux muscles du mollet, le masseur contrariera les mouvements propres à l'articulation située au-dessous (articulation du cou-de-pied) et n'aura qu'à contrarier la flexion et l'extension du pied sur la jambe.]

Durée de ce temps : cinq minutes.

Terminer la séance par :

1° Un nouvel effleurage de la région (talon de la main ou poing fermé);

2° Une douche locale (jet plein) de cinq minutes de durée.

La même technique sera applicable aux affections d'ordre traumatique et rhumatismal. Toutefois, en raison de la localisation plus fréquente des affections de cette nature aux lombes et au cou (lumbago, torticolis), et plus encore en raison de la constitution anatomique de ces régions, qui sortent à ce titre du cadre tracé et imposent aux manipulations des modifications importantes, nous devons décrire en un chapitre particulier le traitement à appliquer :

- 1° Au lumbago ;
- 2° Au torticolis ;
- 3° A la crampe des écrivains.

LUMBAGO

Vulgairement dénommé *tour de reins*.

Premier temps.

POSITION DU MALADE. — *Le malade se tient couché sur le ventre.*

L'effleurage est pratiqué sur toute la région