Zeitschrift: Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1942)

Heft: 3

Artikel: Quelques considérations sur le traitement kinésithérapique des fractures

Autor: Durey, L

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-931001

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Ich komme nun endlich noch zu einem kurzen Hinweis auf Erkrankungen, welche unter ganz ähnlichen Symptomen beginnen, welche aber kein Gegenstand der Uebungs- und Massagebehandlung sind.

1. Am ehesten noch ist der echte chronische Rheumatismus der Wirbelsäule der Uebung und der Massage zugänglich. Seine schwerste Form ist die sogenannte „Bechterewsche Erkrankung": eine chronisch entzündliche Versteifung sämtlicher kleiner Wirbelgelenke. Sie tritt schon im 3. Lebensjahrzehnt auf, beginnt meist an den Kreuzbeingelenken und führt zur völligen Bewegungslosigkeit der Wirbelsäule. Besonders in den Anfangsstadien kann man durch sehr gründliche und ausdauernde Lokkerungsmaßnahmen viel erreichen, besonders auch die Rippengelenke mobilisieren und dadurch den unglücklichen Patienten die Atmung erleichtern.

(Schluß folgt)

Reflexions au retour d'une promenade en bateau.

Aux membres de la section de Genève. Pensez-vous quelquefois au travail de votre comité? Quelques uns de ses membres passent une partie de leurs nuits à vous préparer quelque chose d'utile ou d'agréable. Vous vous êtes plaints à maintes reprises que notre groupement ne vous offrait rien d'intéressant. Après avoir répondu nombreux aux précédentes conférences, vous brillez tout d'un coup par votre absence. Le si intéressant exposé de notre sympathiqùe rédacteur en chef, qui est attaché à l'hôpital cantonal soleurois à Olten, sa grande expérience et son travail consciencieux méritait mieux que l'abstention de la moitié des membres.

La sortie amicale avec Monsieur Heiz s'est faite en bateau jusqu'à Nyon. Si le nombre des participants à cette première excursion organisée par notre section n'est pas un succès par le nombre, le charme du paysage, l'ambiance sympathique dans laquelle se resserrent des liens d'affectueuse camaraderie font que les absents seuls ont tort. Allons, chers collègues, un petit effort, c'est pour vous que nous travaillons, mais pour nous encourager, nous avons besoin de votre présence, pas seulement une fois, mais toujours.

Au nom de quelques participants: La rédactrice.

Quelques considérations sur le traitement kinésithérapique des fractures

d'après le Manuel pratique de kinésithérapique de L. Durey
Librairie Félix Alcan, Paris 1913

(Suite)

Lorsqu'ils auront acquis une précision suffisante, on se servira d'un piano, à la rigueur du bord d'une table, pour obliger le malade à faire bouger ses doigts séparément. On lui donnera une balle en caouchouc mince, assez flexible, à pétrir, on l'habituera à la tenue d'objets minces. Petit à petit, la main du kinésithérapeute, qui ne servait d'abord que de guide, servira de résistance, graduant de jour en jour l'augmentation de l'énergie qu'il déploie.

Au point de vue des mouvements nécessitant une certaine quantité de force, il n'est pas rare de constater, lorsque ces essais ont été faits un peu prématurément, que le malade souffre pendant fort longtemps sans aucun bénéfice: ainsi, on pourra permettre l'écriture à condition que la longueur d'une séance n'arrive pas à fatiguer les muscles, par contre, on défendra pendant longtemps au malade de couper sa viande, à cause de la force qu'il est obligé d'employer.

A la fin du traitement, il sera bon d'utiliser comme gymnastique active les gestes professionnels, et petit à petit réentraîner, par exemple, l'ouvrier à porter son marteau ou tout autre outil familier analogue comme poids, avant de lui permettre de s'en servir comme instrument de travail.

Suivant les formes du trait de fracture, le traitement devra varier. Dans la fracture dite inverse, l'important est de corriger au maximum la déviation pendant les premiers jours; puis, comme elle s'accompagne en général d'une raideur plus considérable que dans le type ordinaire, il faudra prolonger le traitement mobilisateur, surtout pour les mouvements de pronation et de supination assez difficiles à obtenir, et veiller avec soin à obtenir le relèvement du poignet.

Dans la fracture en étoile, on portera une attention toute particulière au massage de toutes les articulations qui peuvent avoir été touchées. On pratiquera une mobilisation très prudente du carpe. Précocement il faudra se servir des adjuvants du massage, tels que: air chaud, bains de sable. Il sera bon enfin d'y ajouter des vibrations mécaniques légères de tout le massif osseux du carpe.

Dans ces deux dernières formes plus particulièrement, les interrosseux souffrent et tendent à s'atrophier.

Lorsqu'on s'apercevra par le palper et par les irrégularités des mouvements des doigts qu'il en est ainsi, on devra les soigner particulièrement par de l'effleurage, de la friction; puis par des mouvements spécialisés des doigts, les obliger à travailler (par exemple écartement d'un ou de plusieurs doigts par rapport aux autres maintenus immobiles).

Dans les fêlures de l'extrémité inférieure du radius, il n'y a pas de déplacement; mais cette lésion s'accompagne souvent d'une fracture d'un des os du carpe qu'il faudra traiter particulièrement avec tous les ménagements nécessaires pour ne pas obtenir un cal exubérant avec toutes ses conséquences. Sous réserve de ces précautions il faudra mobiliser dès qu'on le pourra les articulations inter-carpiennes adjacentes.

La fracture du radius, sans grand déplacement, dans sa forme la plus simple, est de moyenne gravité: en 25 à 30 jours, chez les adultes, la fracture se consolide. Quand elle a été méconnue ou négligée, que la déformation en fourchette ou en baïonnette n'a pas été corrigée, elle entraîne une difformité bien connue amenant une gêne de la flexion du poignet et des mouvements des doigts, à cause du déplacement des tendons.

On observe assez souvent la sub-luxation du cubitus, les fractures de son apophyse styloïde, les luxations des os du carpe, les luxations du tendon du cubital postérieur, la co-existence d'une entorse sérieuse du poignet. Chacune de ces complications nécessite un traitement dirigé contre elle; elles ont besoin d'être dépistées dès le début, non seulement pour pouvoir modifier le pronostic, mais pour établir le traitement.

Le plus fréquemment, les lésions de la tête de l'apophyse styloïde du cubitus laissent une douleur qui persiste bien longtemps après la guérison. Cette douleur s'accompagne d'un empâtement de toute la partie inférieure et interne du cubitus et du ligament cubito-carpien qui donne une impression de dureté. Cet épaississement est parfois assez considérable pour déformer la région et pour permettre au doigt de marquer son empreinte. Aussi faudra-t-il, dans toutes les fractures du radius, où cette région n'apparaîtra pas dès les premiers temps comme absolument indolore, y appliquer un traitement spécial comme on pourrait le faire pour une lésion spéciale de cet os. Effleurage de la région pratiqué avec la face palmaire du pouce et des deux premiers doigts, se posant l'une sur une face, les autres sur l'autre face de l'os. Des vibrations de l'interligne articulaire, des frictions suivant la direction du faisceau cubito-carpien, du ligament antérieur, et suivant la direction du ligament latéral interne.

Les anciens classiques avaient déjà noté depuis longtemps l'engorgement des parties molles et la raideur du poignet. Elle est amenée non seulement par les altérations de l'articulation du poignet, mais aussi par des lésions des ligaments articulaires, des muscles et des gaînes tendineuses.

Tout traumatisme siègeant près d'une extrémité osseuse amène dans l'articulation la plus proche une réaction considérable; au poignet il y en a une grande quantité de formes, depuis l'hémarthrose jusqu'à l'hydarthrose pure.

En dehors de l'articulation même on trouve de la myosite inflammatoire, lente, tenace, provoquée par l'infiltration de l'épanchement hématique soit au niveau des fibres musculaires rupturées, soit dans le voisinage de l'articulation.

Elle se manifeste au début par de la tuméfaction, de l'hyperthermie locale, de l'hyperesthésie, surtout par une consistance augmentée, presque ligneuse, tenant à une exagération de la tonicité. Ce sera une indication pour éviter toute manœuvre offensante. On emploiera l'effleurage lent, léger et très prolongé, avec de la friction lente et douce.

Enfin, on rencontre très fréquemment une synovite tendineuse, plastique, adhésive, qui assombrit le pronostic des fractures. On l'observe souvent dans les cas où le traumatisme a été assez considérable, non seulement pour rompre l'os, mais pour déterminer des contusions des tendons et de leurs gaînes.

Il en résulte un épanchement dans la gaîne avec liquide séro-sanguin, qui se coagule tardivement. Néanmoins, si on ne s'en est pas occupé spécialement, au bout de quelques semaines, on assiste à la soudure du tendon et de sa gaîne, ce qui s'aperçoit parce que le relief, que forment les tendons au-dessous de la peau, quand les muscles se contractent, ne peut plus être reconnu, et que les doigts ne peuvent plus bouger. En outre, on trouve un empâtement qui occupe tout le paquet tendineux, parce que la synovite s'accompagne toujours de péri-synovite. Dans les cas extrêmes, la peau même devient sèche, dure et rétractée. Le traitement (dès cette complication reconnue), doit viser plus spécialement les modifications apparues dans le muscle. Contre elles, on emploiera d'abord avec un effleurage sec et rapide les frictions brèves et interrompues, le pincement et la malaxation des téguments et des gaînes tendineuses, si possible. Puis dès qu'une modification se fera sentir dans ces couches superficielles, on emploiera le pétrissage du corps musculaire, des pressions, des running-vibrations le long des tendons. Puis, prudemment on commencera à faire coulisser les tendons dans leur gaîne.

Fractures de la clavicule. La technique du massage a ceci de particulier que la clavicule étant un os exposé sous une mince couche de téguments, les manœuvres portant directement sur lui au niveau du trait de fracture peuvent dépasser l'effet qu'on se propose, et obtenir une suractivation de la réparation osseuse allant jusqu'à la production d'un cal exubérant. Aussi avons-nous coutume de laisser de côté la partie osseuse proprement dite et de chercher plutôt à faire résorber facilement et vite l'hématome qui descend ordinairement le long des fibres du grand pectoral ce à quoi on arrivera par un effleurage dans le sens de ces fibres, et des séries de frictions légères appliquées au bord inférieur de ce muscle.

Le traitement véritable et le plus fructueux pour le malade sera l'effleurage du deltoïde, des muscles de la fosse sus-épineuse; enfin, lorsque la sensibilité diminue, du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien.

Pour ces deux derniers, il vaut mieux faire un massage symétrique des deux côtés du cou, commençant près de l'apophyse mastoïde et allant en mourant vers la clavicule.

On terminera chaque séance par des mouvements passifs de rotation de la tête, puis de mobilisation de l'humérus qu'on limitera pendant les premiers temps à des mouvements de propulsion en avant, peu accentués, mais plus marqués en arrière jusqu'à ce que la réparation soit suffisante pour ne plus permettre un déplacement des fragments.

Ce traitement, excessivement simple et facile à appliquer au point de vue kinésitherapique, donne d'excellents résultats dans la presque totalité des cas lorsqu'on a soin de veiller à ce que les vêtements du malade, ou une mauvaise habitude (corps courbé en avant, épaules resserrées) n'augmentent pas le chevauchement des fragments: On ne constate ni cal véritablement difforme, ni diminution considérable de longueur de la clavicule, et le malade peut reprendre en 20 à 25 jours ses occupations.

Fractures de l'omoplate. Le traitement des fractures de l'omoplate est presque exclusivement musculaire, la position profonde de l'os empêchant que l'on puisse ou le mobiliser avec précision, ou agir directement sur la fracture. L'indication la première à remplir est de décontracturer avec les rotateurs du bras: grand rond, petit-rond, sous-épineux, le trapèze. Le déplacement des fragments étant surtout maintenu peut être même provoqué par ces muscles.

On commencera par des pressions que la main exécutera facilement avec toute son étendue puisque la région est peu tourmentée et large; puis par un effleurage partant de la nuque pour aller à la ligne axillaire. Dans cet effleurage, on dirigera plus particulièrement les mouvements dans la direction des sus-épineux et des sous-épineux; on pourra même avec bénéfice faire de l'effleurage de toute la partie latérale du tronc, de l'effleurage du moignon de l'épaule; dès que la douleur aura cessé, on profitera de la décontracture musculaire pour commencer de petits mouvements de mobilisation de l'humérus, en se méfiant des mouvements de propulsion en arrière et des mouvements de rotation, et en s'en méfiant longtemps, car la consolidation en général est lente. Au bout de quelques jours, on adjoindra à ce traitement composé d'effleurages et de pressions, des frictions assez profondes permettant de stimuler la fonction ostéogénique de l'os.

Dans tout ce traitement on se rappellera que le plus gros ennui de la fracture provient des raideurs de l'épaule amenées par la contracture des muscles rotateurs de l'épaule.

Fractures de l'humérus. La fracture isolée de la tête est rare; comme elle se présente en général à la suite d'une violence directe, sorte d'écrasement, les phénomènes de contusion articulaire et d'arthrite prennent le pas sur ceux de la fracture.

La fracture du col anatomique est fréquente, la première indication qui se pose est d'obtenir la décontracture des muscles de cette région. On commencera par un effleurage centrifuge de l'épaule, allant, comme pour la clavicule, depuis l'apophyse mastoïde, jusqu'au dessous des insertions du deltoïde. Cet effleurage, qui devra occuper la plus large surface possible, et se faire avec lenteur et légèreté, amènera très vite une diminution, et on peut dire une cessation des douleurs. On se limitera alors à la région postérieure de l'épaule, de façon à agir plus intensément sur les rotateurs. On veillera à décontracturer le biceps qui, dans cette lésion, réagit facilement à cause de son tendon qui passe sur le lieu de fracture. Après cette première période, on pratiquera un effleurage assez accentué et des frictions à la surface du grand pectoral, et le long de la paroi thoracique axillaire en descendant parfois jusqu'à la crête iliaque, à cause de l'épanchement sanguin qui filtre le long des interstices musculaires de toute cette région. S'il n'y a pas de déplacement, (si la douleur le permet), on emploiera des mouvements prudents et modérés de mobilisation consistant en propulsion du bras en avant, propulsion légère en arrière. On réservera l'abduction du bras et la rotation externe pour le moment où la consolidation sera déjà quelque peu avancée. Si, au contraire, il y a eu un déplacement assez considérable de la tête, et que ce déplacement n'ait pu être réduit; que, par suite, on doive craindre une déformation permanente gênante pour la mécanique articulaire, on pratiquera une mobilisation aussi hâtive et aussi étendue que l'état de la consolidation le permettra. Très vite, on cherchera à obtenir le plus d'amplitude possible, ne s'arrêtant que sous la menace de la contracture musculaire ou du déplacement des fragments.

La fracture de la grosse tubérosité de l'humérus, en général, complique une luxation scapulo-humérale et en assombrit notablement le pronostic. Le massage peut être commencé dès les vingt-quatre premières heures, lors qu'on est sûr de son habileté manuelle. Nous devons admettre que le traitement kinésithérapique précoce et longtemps prolongé de ces fractures donne des résultats supérieurs à tous autres.

Fracture du col chirurgical. Il y a intérêt à aboutir le plus vite possible à la résolution de la contracture des muscles omo-scapulaires. Commencer par l'effleurage du cou et de l'épaule, la main partant de l'apophyse mastoïde pour aboutir au delà du V. deltoïdien; frictions légères avec la pulpe des doigts sur la face antérieure de l'articulation; vibrations avec la main entièrement posée à plat sur l'omoplate. Après obtention de l'anesthésie, on peut remplacer en général vers le deuxième ou troisième jour l'effleurage centrifuge que nous venons de décrire. par un effleurage centripète dont un trait passera sur la fosse sus-épineuse, pendant que la seconde main se rabat le long du grand pectoral en décrivant une sorte de mouvement d'éventail.

Sur le bras, on pratiquera un effleurage circulaire léger allant du pli du coude jusqu'à l'épaule, renforcé par quelques manœuvres de frictions au niveau de la face interne du bras, dans son tiers inférieur, région qui s'infiltre de sang. Dès les premiers jours, on sera même le plus souvent obligé de faire un massage complet de la région du coude, l'épanchement sanguin, provoqué par la lésion, descendant jusque-là et donnant lieu à des raideurs articulaires si on n'y veille avec soin.

On commencera aussi vers la même époque des frictions profondes sur le deltoïde, au niveau de la bourse séreuse sous-deltoïdienne qui très souvent à la suite de cet accident est atteinte.

La mobilisation sera commencée dès le premier jour si possible, à moins que la pusillanimité du malade ne fasse redouter de la contracture de défense de ses muscles. Voici les règles qu'a données pour la pratiquer M. Lucas-Championnière:

La mobilisation devra d'abord n'être pas douloureuse. Elle devra être peu étendue; et, avec ces deux restrictions, on emploiera pour commencer les mouvements d'avant en arrière presque exclusivement; ce n'est que plus tard que l'on pratiquera, par exemple, l'élévation du bras en dehors; et enfin, ce n'est que tout à fait vers la terminaison du traitement que l'on cherchera à faire exécuter les mouvements de rotation en dedans et d'abduction étendue; dès la seconde période du traitement, on commencera à faire exécuter au malade quelques mouvements actifs; on les amorcera si on ne peut les faire exécuter de prime abord, par des mouvements passifs arrêtés dans une position choisie, que l'on priera le malade de garder; par exemple, si celui-ci peut lever le bras en dehors, le kinésithérapeute élèvera le bras jusqu'à un certain angle, s'arrêtera et commandera au malade de rester dans cette position.

En même temps, on pratiquera un pétrissage léger du deltoïde, du biceps et du triceps; on essayera de faire résorber l'épanchement sanguin descendu le long du bras, et on veillera à parfaire la mobilité du coude, souvent entamée dans une grosse limite. (A suivre)

Für die Fußpflege bewährt und erprobt:

Impermaplast, das wasserfeste und abwaschbare Heftpflaster
Imperma, gebrauchsfertige, wasserfeste Pflasterwundverbände
Excelsior-Idealbinde, crèmefarbige, solide Stützbinde
Novoderm, gebrauchsfertige Salbenkompresse
Floc, der praktische und hygienische Wattezupfer (mit billiger Nachfüllpackung)
Kanta, hydrophile Gazebinde, mit festgewobenen Kanten

Offerten bereitwillig durch:
Verbandstoff-Fabrik Zürich A.-G., Zürich 8