

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: - (1954)

Heft: 139

Artikel: La rééducation physique des malades chirurgicaux

Autor: Verdan, Claude

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930923>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

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

7ème Congrès international de masso-kinésithérapie

Burgenstock (Lucerne)

11—15 septembre 1954

La rééducation physique des malades chirurgicaux

par le Docteur Claude Verdan

Privat-Doctent à l'Université de Lausanne

En acceptant l'aimable invitation de votre président à prendre la parole aujourd'hui, j'ai pensé que ce que vous demandiez d'un chirurgien n'était point de vous renseigner sur les détails de votre métier — que vous connaissez mieux que moi — mais plutôt de vous apporter mon opinion sur les points communs qui nous lient, sur nos «Grenzgebiete», soit sur cette collaboration de tous les jours qui unit de façon si nécessaire nos deux professions.

Après l'exposé inaugural de M. le Prof. Walthard, comme physiothérapeute, permettez au chirurgien de louer l'esprit d'équipe et de travail en commun avec d'autres disciplines, qui paraît présider à vos travaux. Il est illustré par le programme de ce congrès international auquel je souhaite une parfaite réussite.

Vous ne m'en voudrez donc pas si mon exposé, puis surtout le film qui va suivre, intitulé «Vers l'indépendance», font quelque peu figure de profession de foi, dans ce vaste domaine de la *rééducation physique des malades chirurgicaux*, dont l'après guerre a si tristement contribué à démontrer toute l'importance.

En fait, si les blessés de guerre fournissent le plus gros contingent — le plus lamentable aussi — aux préoccupations de cet ordre, l'hécatombe civile que nous apportent nos routes meurtrières, suffit largement à combler nos propres capacités d'adaptation.

Les conditions de la vie moderne, avec son cortège d'institutions de sécurité sociale et de réglementation du travail, font que dans la plupart des cas, nos traumatisés dépendent plus ou moins directement d'une assurance. Ce qui fait que notre de-

voir, non seulement vis-à-vis du patient, mais aussi du tiers payant, est d'obtenir, en plus de la guérison dans les plus brefs délais, une récupération de la capacité de gagner sa vie. Cette dernière préoccupation se manifeste dès les premiers jours, lorsque nous devons rédiger un certificat initial comportant toujours une clause de pronostic. La notion de durée, de rapidité de la restauration fonctionnelle, tend donc à prendre de plus en plus d'importance. Il en découle obligatoirement que nous allons devoir faire appel non seulement à toutes nos capacités de traitement, mais aussi et surtout à la volonté de guérison du malade. C'est dire, qu'à l'effort de rééducation physique doit toujours se joindre celui de la rééducation psychique, trop souvent contrecarrée par des questions d'intérêts financiers et de désir d'appétition. Une fois de plus, c'est moins ici ce que l'on fait qui compte, mais l'esprit qui y préside, qui est le point important.

Envisageons maintenant l'autre aspect de la rééducation post-chirurgicale, celui de la reprise de l'activité musculaire et articulaire, du point de vue physiologique. Nous verrons tout d'abord que les traitements purement passifs sont la plupart du temps inefficaces. Car c'est alors le masseur qui travaille, et le patient se laisse faire... Tout le monde est d'accord maintenant pour repousser au deuxième plan le massage — proscrit par Böhler, depuis plusieurs années déjà —, et pour lui substituer la gymnastique active, que Weywar en Autriche pratique de façon si compétente.

En 1927 déjà, Lord Horder, que je traduis librement, a dit ceci: «Encore et toujours, j'observe la valeur d'efforts *volon-*

taires de rééducation simple, faits par le patient lui-même. J'échangerais une bonne partie des mouvements dits passifs pour un très petit mouvement actif contrôlé. Aucune espèce de massage, ni aucune sorte de stimulation électrique, de quel type que ce soit, n'ont la même valeur physiologique que le mouvement naturel, pratiqué par le patient, sous surveillance et conduite prudente».

Mesdames et Messieurs, nous devons en effet aux anglais une part importante des progrès enregistrés à cet égard dans nos connaissances. Je voudrais citer le Dr. Mennell, pour son livre de «Joint Manipulation» et surtout Mrs. Guthrie Smith du St. Mary's Hospital de Londres, dont le traité de «Rehabilitation, Re-education and remedial Exercises» est à mon avis une oeuvre fondamentale, que chacun de nous doit connaître. J'y ai trouvé une confirmation si encourageante des idées que je défends en Suisse depuis quelques années déjà, que je voudrais ici rapidement vous en résumer les principaux éléments.

Vos traitements doivent être basés sur une combinaison de 3 principes: psychologique, physiologique et mécanique.

a) *Psychologie:*

L'art du rééducateur consiste à «faire admettre au patient la responsabilité de son propre salut», tandis qu'en même temps on fait en sorte qu'il lui soit possible d'accepter cette responsabilité. Pour remplir cette dernière condition, le chirurgien est premier en liste, puisque c'est lui qui a fait le travail de base, la réduction d'une fracture, l'appareillage, l'opération réparatrice ou mutilante. Mais il doit ensuite vous passer la main. Et alors, en écoutant son diagnostic, vous devez aussitôt vous demander *pourquoi* la fonction du malade est entravée. Puis vous imaginerez être un instant «dans la peau» du patient et adopterez sa façon de voir les choses, pour mieux le comprendre. Or, il faut au patient pour guérir, une attitude d'espoir et de réalisation positive. Il peut être rempli de pitié pour lui-même et déprimé: il faut l'intéresser, lui parler d'autres cas analogues qui ont bien guéri; s'il

aime que les autres se préoccupent de lui, il sera fier ou flatté si l'on fait pour lui quelque chose d'inhabituel. Puis il viendra de lui-même démontrer ses progrès. D'autres, qui ont horreur de la publicité faite autour de leur cas, seront traités à part. Mais quels qu'ils soient, il faut éviter à tout prix qu'ils se complaisent dans une invalidité confortable, tout en les traitant sans brusquerie, dans une atmosphère de sympathie encourageante mais ferme.

b) *Physiologie:*

Là il faut distinguer les cas où la lésion initiale a comporté une mutilation ou des dégâts anatomiques et fonctionnels irréversibles, de ceux où, ce que je voudrais appeler les installations électro-mécaniques du corps humain, sont intactes mais fonctionnellement déficientes.

Dans le premier cas, le bilan de la situation dira ce que physiologiquement on peut espérer récupérer. Dans le 2ème cas, rien ne s'opposera à obtenir un rétablissement fonctionnel maximum.

De nombreux moyens thérapeutiques préparatoires et adjuvants à la rééducation physiologique sont utilisés avec plus ou moins de succès, suivant une courbe sinusoïdale, qui dépend trop souvent d'une mode ou de l'état d'amortissement financier du dernier appareil acheté:

Disons qu'en général la chaleur, utilisée depuis Hippocrate pour son action hyperémiant et sédative, est toujours utile: bains de lumière, rayons infra-rouges, ondes courtes qui permettent de porter la chaleur en profondeur. Certaines vibrations et récemment les ultra-sons, dont l'action sur les gels colloïdaux semble se manifester surtout à la limite entre 2 tissus de densité différente, peuvent rendre service dans certains états douloureux. Les Rayons X à doses antalgiques nous aideront dans les phases douloureuses du rhumatisme dégénératif, dans la péri-arthrite huméro-scapulaire. Les courants électriques, souvent mal appliqués et décriés, peuvent rendre des services: le courant galvanique, qui est un courant continu d'électrons dans une seule direction, est surtout utilisé pour les traitements de io-

nisation de substances médicamenteuses. Les courants exponentiels de basse fréquence, les courants dyadynamiques, etc. ont parfois un effet lénitif sur les névrites et algies diverses. Et j'en passe .

Mais nous devons considérer tout cela comme des adjuvants.

En fait, *le seul courant physiologique, est l'influx nerveux que le patient lui-même est seul capable de déclencher.*

Dans la majorité des cas, c'est donc de la gymnastique médicale, de la kinésithérapie au sens le plus large du terme, que nous devons attendre le meilleur de nos résultats.

La base de toute rééducation physique est donc de caractère éducatif.

Il en résulte que le physiothérapeute doit être davantage celui qui enseigne et éduque le patient, et moins celui qui applique un traitement prescrit. Il doit pour cela, comme tout bon maître, rendre les choses aisées et intéressantes pour l'élève. Il doit être capable de démontrer ce qu'il exige et avoir dans son esprit une vue claire du but poursuivi.

Or cette kinésithérapie suggérée et induite doit commencer très tôt. Elle est à mon sens une partie intégrante des soins chirurgicaux, dès les premiers jours; disons, dès que la sédation de la douleur l'autorise. La douleur est génératrice de spasmes et de troubles vaso-moteurs qu'il faut éviter. Mais il faut que le chirurgien lui-même se préoccupe de ce problème et qu'il sache ordonner à temps les exercices musculaires actifs compatibles avec la cicatrisation de la lésion. En fait l'idéal serait que le physiothérapeute accompagne le chirurgien dans sa visite de malades et en reçoive les directives immédiates, de première main, comme le fait Plewes à Luton.

L'activation musculaire s'adressera tout d'abord aux membres valides et à la respiration, si importante pour prévenir la stase circulatoire, l'atélectase et les complications inflammatoires du poumon. Puis elle s'occupera des parties du membre blessé qui peuvent être mobilisées sans inconvénient pour la cicatrisation de la lésion. Ne serait-ce que les orteils dont la

mobilisation imposera une contraction des muscles extenseurs et des fléchisseurs au mollet. Ce sera aussi une contraction rythmée du quadiceps dans tous les cas d'immobilisation du genou. Au membre supérieur, on s'attachera à éviter les enraidissements encore beaucoup trop fréquents de l'épaule. Quant à la main, objet de mes plus chères sollicitudes, la mobilisation active précoce des doigts valides prend la valeur d'un dogme absolu, tout devant être mis en action pour prévenir les ankyloses et conserver à la main sa fonction essentielle de préhension, faite de mobilité et de souplesse.

c) Mécanique:

Si la réhabilitation post-chirurgicale doit être précoce, elle doit aussi être continue en passant par différents degrés d'exigences. Et à cet égard les passages d'un palier à l'autre sont souvent difficiles; des déceptions assombrissent l'éclat du but poursuivi.

Une aide venant de l'extérieur du malade devient alors indispensable. C'est à Guthrie Smith que nous devons de nouveau l'idée ingénieuse de faciliter l'effort du malade en supprimant le poids du membre ou même du corps, au moyen de ses *appareils de suspension*. La méthode est en somme la même que celle de la rééducation des poliomyélitiques en piscine, où le principe d'Archimède diminue le poids du corps immergé du volume d'eau déplacé.

En évitant que le muscle affaibli s'épuise à se contracter, sans effet moteur, sur un membre trop lourd pour ses possibilités, l'appareil de suspension dont nous allons voir quelques exemples, permettra une mobilisation précoce.

Puis peu à peu, au fur et à mesure des progrès fonctionnels, l'exercice se fera avec une résistance élastique, sous forme d'un ressort (Fig. 6, 7).

Ce procédé permettra de plus de faire travailler les muscles antagonistes et de recréer une harmonie fonctionnelle. En insistant, la force se rétablira.

La finesse des mouvements des doigts

s'exercera avec du sable et une baguette (Fig. 8 et 9).

Des jeux combineront les gestes les plus utiles à renforcer la musculature, tout en délassant le malade.

A ce stade aussi la mécanisation passive de certaines raideurs articulaires sera parfois nécessaire. Mais il importe de souligner que l'usage, parfaitement licite de ces différents appareils médico-mécaniques, doit rester individuel et on ne le laissera pas dégénérer en exercices et actions mécaniques aveugles et standardisées.

Ensuite, ce sera aux ateliers de thérapie occupationnelle, à réadapter au travail et à l'effort le sujet, qui n'est déjà plus un malade.

Enfin, il restera à se préoccuper du dernier, mais non moins important problème, de l'intégration des handicapés dans la vie économique, pour la réalisation de laquelle un comité de personnalités suisses, aussi dévouées que compétentes, oeuvre actuellement dans le meilleur esprit de solidarité sociale.

Mesdames et Messieurs,

Je n'ai fait qu'esquisser pour vous, d'une façon nécessairement trop sommaire, ce que je voudrais considérer en 1954 comme les principes de base de ce que doit être votre activité soignante dans le domaine de la rééducation post-chirurgicale. A vous, dans le cadre de votre métier et

de votre spécialité, d'en tirer tous les développements et les applications pratiques, fondées sur des connaissances anatomo-physiologiques précises, qu'il faut apprendre et répéter constamment.

Que votre travail s'approfondisse et que vos connaissances scientifiques, en s'élargissant, servent de mieux en mieux l'esprit, qui doit présider à la rééducation physique de nos malades chirurgicaux.

Je cède la parole, puisqu'il est sonore, au film «Towards Indépendance», belle illustration de ce qu'a pu réaliser l'armée américaine dans le domaine qui nous intéresse. Je remercie le service d'informations du Consulat général des Etats-Unis à Genève, d'avoir bien voulu me le prêter à votre intention.

Bibliographie:

Hindermeyer et Dingemans: Le bilan musculaire, Paris 1954.

Mennell James: The science and Art of JOINT MANIPULATION, Edit. J. et A. Churchill, Ltd., London .

Smith Guthrie: Rehabilitation, Re-education and remedial Exercices.

Edit. Balliere Tindall and Cox, Ltd.

Verdan Claude: La guérison par le travail et la réintégration professionnelle des invalides.

LXXIe année, No. 3 Revue médicale de la Suisse romande. 25. 3. 1951

VII Congrès International, Bürgenstock

Si certaines conjonctures laissaient appréhender le succès de participation à ce VII Congrès, l'évidence des faits prouve une nouvelle fois que seuls les absents peuvent aujourd'hui regretter de s'être absentés. S'il est vrai que le Comité d'Organisation n'aurait pas eu la possibilité de faire face à une plus grande participation — plus de 600 congressistes constituant la côte d'alarme, logements et auditorium du Bürgenstock — il faut cependant re-

gretter notamment que tant de physiopraticiens suisses ne soient pas, ou n'aient pu venir à cette grande manifestation internationale. Certes, le problème linguistique a joué son rôle. Une nouvelle fois, s'est révélée — et il faut en convenir — l'extrême difficulté de la traduction et aussi la «torture» auditive, la «gymnastique acoustique» à laquelle furent soumis les auditeurs qui, partageaient bien souvent l'affolement des speakers quand, par suite de