

# Déblochage Costo - Vertébral

Autor(en): **Cloux, Robert**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(1959)**

Heft 165

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930929>

## **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.

# Déblocage Costo - Vertébral

Par Robert Cloux

C'est de plus en plus fréquemment qu'on demande au Service de physiothérapie de l'Hôpital NESTLE auquel j'appartiens de remédier à des états graves de blocage costo-vertébral, lequel blocage est la conséquence presque inévitable de l'acte chirurgical.

Le cas servant de base au travail que je soumetts présentement à votre appréciation est un déblocage costo-vertébral. La gymnastique respiratoire et rééducative ne suffisant pas, il y a eu nécessité de pratiquer des manipulations ostéopathiques.

C'est pourquoi mon propos n'est pas de vous entretenir uniquement de la rééducation dans son ensemble, mais bien plutôt des manœuvres ostéopathiques. Toutefois, je me tiens à la disposition de ceux d'entre vous que cela intéresse pour leur expliquer la fin du traitement du point de vue gymnastique respiratoire et corrective.

## *Résumé du cas de J.-F. P.*

Le 24 janvier 1958, cet enfant a été opéré d'un neurinome médiastinal gauche. Il a passablement saigné intérieurement dans son thorax. A la scopie du 3 mars suivant, l'épanchement dont il souffrait était pratiquement résorbé. Cependant il avait provoqué une immobilité totale du côté opéré ainsi qu'une déviation de la colonne vertébrale. Aussi, après avoir tenté de vains essais pour remobiliser cet hémithorax, nous avons confié le cas au service spécialisé de NESTLE.

*Il s'agit donc d'une séquelle post-opératoire d'un neurinome médiastinal gauche*

## *Neurinome (Définition)*

Tumeur des nerfs périphériques développée aux dépens des cellules de la gaine de Schwann. Presque toujours bénigne, elle siège surtout sur les gros troncs nerveux. Sa localisation aux nerfs crâniens et aux racines médullaires entraîne des accidents de compression du système nerveux central.

## *Déblocage costo-vertébral*

*Le traitement a débuté le 20 février 58 au Service de physiothérapie — Hôpital NESTLE.*

*Le malade a été débloqué totalement en 3 semaines.*

Le 20 mars, le petit malade rentre à son domicile et continue son traitement d'une manière ambulatoire trois fois par semaine (de mars à octobre).

*Durée totale du traitement : 8 mois*

## *Bilan du malade*

Relâchement des muscles releveurs du moignon de l'épaule.

Affaissement de l'épaule gauche.

Contracture du trapèze supérieur droit.

Côté opéré = hémithorax gauche atrophié.

Formation de tissus fibreux sous-cicatriciels.

Déjettement de la hanche gauche (latéroversion).

Affaissement de la hanche.

*Scoliose dorsale droite, lombaire gauche (scoliose d'attitude)*

Cicatrice opératoire = longueur: 21 cm (hémithorax gauche). Aucune résection de côtes.

Hémithorax gauche complètement bloqué = le jeu costal est nul. Les arcs costaux subissent déjà, comparativement au côté opposé, un retard de développement.

Diminution de l'amplitude de l'hémi-diaphragme gauche = il semble presque immobile (hémiparèse probable).

*Ankylose importante du rachis*

*Légère inversion lombaire*

*Atrophie importante de la portion gauche des grands droits de l'abdomen — fixateurs des omoplates et groupes fessiers.*

*Hypertrophie très marquée du sternocleido-mastoïdien droit.*

*Muscles ayant été sectionnés lors de l'intervention chirurgicale.*

Trapèze inférieur  
grand dorsal  
grand dentelé  
Intercostaux  
Rhomboïde  
Petits dentelés postérieurs et supérieurs

*Début du traitement: 15 jours après l'intervention chirurgicale.*

Le traitement est entrepris par l'infirmière de chirurgie qui a essayé en vain de remobiliser cet hémithorax. 10 jours plus tard, le petit malade m'est confié.

*Directives du traitement:*

- a) Mobilisation costale de l'hémithorax gauche
- b) Déblocage des articulations costo-vertébrales
- c) Gymnastique respiratoire posturale
- d) Gymnastique correctrice.

*Technique costale*

*1 Mobilisation costale de l'hémithorax gauche*

*Manœuvre ostéopathique*

d'après Wanono

*Position du patient:* décubitus dorsal, relaxé.

*But de la manœuvre:* Elle s'adresse principalement au gril costal inférieur, c'est-à-dire aux dernières côtes, dont la rigidité est une des causes de l'inefficacité du diaphragme. Son action s'étend sur les articulations costo-sternales des 5e, 6e et 7e côtes — plus les fausses côtes (8e, 9e et 10e côtes).

*Technique:* une main est posée sur les côtes de l'hémithorax gauche — l'autre main saisissant le bras au poignet correspondant à l'hémithorax.

*Exercer des élévations* jusqu'à extension des bras du patient, et de l'autre main imprimer une pression et une traction des dernières côtes en direction des pieds.

*Cette manœuvre* s'accompagne d'une inspiration très profonde et d'une expiration à son relâchement. (La manœuvre se pratiquera sans violence.) Pour rendre le déblocage efficace, l'assistance d'un auxiliaire est nécessaire pour appuyer l'hémi-

thorax opposé à celui qui est bloqué.

*2 Mobilisation costale latérale*

d'après Wanono

*Manœuvre ostéopathique*

légèrement modifiée (cale)

*Position du patient:* décubitus latéral droit, bien relaxé, tête sur un coussin.

*Position du praticien:* face au patient, à hauteur du thorax.

*But de la manœuvre:* elle sert de complément à la précédente (V. I) En outre, elle favorise la préparation des articulations.

*Mobilisation Costo-vertébrale.*

*Technique:* Une main est posée sur les dernières côtes (face latérale gauche). L'autre main saisissant le bras du patient au pli du coude correspondant à l'hémithorax.

*Exercer des élévations du bras gauche.* De l'autre main imprimer une traction sur les dernières côtes en direction des membres inférieurs.

*Cette manœuvre* sera synchronisée et correspondra avec une inspiration profonde.

L'expiration accompagnera le retour du bras vers le corps, et le relâchement de la prise au niveau des basses-côtes.

*Cette manipulation* se pratiquera sans violence. Il est évident qu'une mobilisation heurtée irait à l'encontre du but recherché. *De plus,* une cale est placée sous l'hémithorax droit, afin de favoriser le déblocage.

*Rappel:* Les articulations costo-sternales appartiennent à la classe des synarthroses, c'est-à-dire fixes, elles ont tout de même un mouvement de balancement, mais réduit.

*Mobilisation de l'hémithorax gauche.*

*Manœuvre ostéopathique*

d'après Wanono

*Position du patient:* assis

*But de la manœuvre:* réduction costale et recherche d'une plus grande ampliation thoracique.

*Technique:* Le praticien posera son genou droit à hauteur de la taille du patient, et parallèlement à la cuisse droite de ce dernier.

Le bras droit du praticien s'engagera sous l'aisselle gauche du patient et sa main viendra saisir les côtes inférieures droites.

Le bras gauche passera derrière la charnière lombo-sacrée et la main rejoint la main droite pour former une boucle.

Par un mouvement de balancement latéral, le praticien provoquera une flexion latérale complète; on fera inspirer le patient en le mettant en légère extension à la fin du mouvement d'inspiration. Relâcher la manœuvre pendant l'expiration.

Ce travail se fait unilatéralement, progressivement et sans heurts.

Veillez à ce que le patient soit très passif et que ses mains reposent sur ses cuisses et non sur la table.

A répéter 5 ou 6 fois.

Remarque : Cette manœuvre n'est pas recommandée dans les cas de pneumothorax.

*Déblochage des articulations costo-vertébrales*

*Manœuvre ostéopathique*

*d'après Wanono*

*Position du patient* : en décubitus ventral, la tête en dehors de la table, bras ballants de chaque côté de celle-ci.

*Position du praticien* : sur le côté opposé des articulations à débloquent.

*But de la manœuvre* : réduction des articulations costo-vertébrales et costo-transversaires.

*Technique* : main droite à plat sur le dos du patient, la paume au niveau des articulations à mobiliser, la main gauche entourant le poignet droit, le bord cubital de cette main « marteau » exercera une pression sur la main « clou » en contact avec les articulations costo-vertébrales, au moment où le patient est en expiration forcée.

On choisira le mouvement expiratoire pour débloquent et corriger, car, comme il est aisé de le comprendre, durant ce mouvement, le réseau ligamentaire péri-articulaire étant au repos, ceci facilite la manipulation et permet un alignement normal des articulations.

*Déblochage et ajustement des articulations costo-vertébrales et costo-transversaires + correction de la convexité dorsale droite.*

*Manœuvres ostéopathiques du type classique.*

*Détorsion de la colonne dorsale.*

(Comparaison de l'escalier en colimaçon que l'on veut détordre)

*La détorsion ne se fait que d'un côté (côté de la convexité)*

*But de la manœuvre :*

Déblochage vertébral — Déblochage des articulations costo-vertébrales et costo-transversaires.

+ correction des convexités dorsale et lombaire.

*Rappel* : L'articulation costo-vertébrale est une sorte de diarthro-amphiarthrose qui permet à la côte d'exécuter des mouvements de balancement peu étendus mais dirigés dans tous les sens.

L'articulation costo-transversaire articulée à la fois avec les corps vertébraux par sa tête et avec une apophyse transversale par sa tubérosité, la côte ne peut pas exécuter des mouvements dans tous les sens. Elle ne peut exécuter qu'un mouvement autour d'un axe —, unique, passant par les deux articulations.

*Déblochage vertébral*

*Manœuvre ostéopathique* : manipulation classique en position décubitus ventral.

*Pression antéro-postérieure dorsale et lombaire*

(Cyphose lombaire = tendance à l'inversion).

+ *Hypercorrection des 2 convexités dorsale et lombaire.*

*Déblochage et assouplissement sacro-lombaire*

*Manœuvre ostéopathique* : du type classique

*Manipulation en torsion*

*Technique* : Le malade est couché en décubitus latéral droit, bien au bord de la table, la jambe droite étendue, la cuisse gauche fléchie, assez en avant, et en dehors de la table.

L'opérateur se place en face du malade — De sa main gauche, il appuie sur la face antérieure de l'épaule gauche du sujet — Saisit de sa main droite la région du genou de la jambe gauche du malade. Manipuler en opposant les 2 prises.

A) Assouplissement d'abord.

B) Ajustement ensuite.

*Déblochage de la zone ingrate* (colonne dorsale)

Déblochage des articulations costo-vertébrales et costo-transversaires (ouverture du gril costal).

*Manœuvre ostéopathique* du type classique (en position assise).

*Technique* : Le malade assis bien en arrière sur la table ou sur une chaise — le malade et le praticien entourés par une sangle.

L'opérateur se tient derrière le patient, place le talon des deux mains dans les gouttières paravertébrales dorsales; puis il

exerce des pressions antéro-postérieures, le sujet étant en expirium et bien relâché.

*Mobilisation de la charnière lombo-sacrée*

*Mouvement en huit.*

*Balancement latéral* = Torsion lombaire des 2 côtés, avec fixation des épaules.

*Mouvement dit «du moulin à café»*

*Circumduction du tronc avec pression dorsale*

*Elongation lombaire*

*Après le traitement ostéopathique, lui faisant suite, une gymnastique médicale:*

A) Gymnastique respiratoire posturale

B) Gymnastique correctrice.

### *Le Messenger Suisse des aveugles*

## **Triomphes sur la cécité, dans le cadre de la masso-physiothérapie**

*par L. Jacot*

En Suisse romande, nous sommes maintenant plus d'une quinzaine qui, malgré la cécité totale dans la plupart des cas, faisons carrière dans le cadre de la masso-physiothérapie.

Il y a 43 ans, lorsque je débutai dans la profession de «masseur», j'étais seul et un des premiers non-voyants à tenter ma chance à Lausanne. Seul, je le suis resté plus de vingt ans. Cependant, peu à peu, les choses ont évolué. La profession de masseur s'est affirmée; son champ d'activité s'est élargi, et aujourd'hui encore s'étend de plus en plus. Des lois sanitaires l'ont consacrée, en ont fixé la réglementation professionnelle, et ceux qui l'exercent sont des auxiliaires médicaux, porteurs d'un certificat de «capacité» délivré par les services sanitaires cantonaux aux candidats qui passent avec succès les épreuves finales, théoriques et pratiques, écrites et orales.

C'est dire qu'en Suisse comme à l'étranger, des écoles de massage et de physiothérapie se sont ouvertes, entre autres l'*Ecole cantonale vaudoise de physiothérapie* créée à Lausanne en 1937 par le Dr Placide Nicod, professeur d'orthopédie. De cette école adjointe à l'Hospice orthopédique (aujourd'hui Hôpital orthopédi-

que) de la Suisse romande sont sortis tous les aveugles qui exercent dans les cantons romands la profession de praticien en



*Bicyclette d'exercice, pédalage sur place, avec freinage à volonté permettant de réaliser des mouvements actifs contre résistance pour tonifier la musculature des membres inférieurs, ou pour améliorer les fonctions articulaires.*