

Approche du reboutement

André PAJULT

Rhumatologue, Médecine Thermale, Bourbon l'Archambault

Introduction

Les techniques de reboutage, ou "reboutement" dont nous allons parler sont souvent qualifiées d'empiriques, avec parfois le secret désir de les dévaloriser. Mais que nous dit le Littré ? Empirisme : "Méthode qui ne repose que sur l'expérience et exclut les systèmes a priori". Là est bien la base de la médecine, le point de départ de la compréhension de l'organisme humain, avant d'élaborer des théories qui, elles aussi, devront être soumises à l'expérimentation. Ces techniques ont une action bien différente de celle des manipulations classiques. Les techniques de reboutage décrites ici consistent à susciter une action réflexe qui va détendre les muscles et soulager la douleur. Elles ne sont pas directement apparentées aux techniques utilisées par les rebouteurs (qui en un temps ont beaucoup œuvré dans les campagnes, se transmettant confidentiellement leurs "secrets"). Celles-ci consistent en des mouvements réduits et précis, des pressions orientées, une ébauche de manipulation pour mécaniquement "remettre en place". Qu'éventuellement un mécanisme réflexe entre en jeu n'est pas impossible, mais ceci n'est qu'accessoire.

En revanche, notre stratégie est basée sur cette constatation que tout dérangement statique vertébral ou articulaire périphérique entraîne une douleur et que, face à cette douleur, les muscles adjacents réagissent d'une façon irrationnelle en se contractant. Cette contracture, outre qu'elle est douloureuse par elle-même, accentue le déséquilibre et fixe le dérangement articulaire cause de la douleur.

Historique

Le procédé fut lancé et utilisé en France par Moneyron. Pharmacien à Ambert (en Auvergne), il fut rapidement attiré par les traitements manuels. Ainsi, il entra en relation avec une religieuse séjournant à proximité d'Ambert et qui avait longtemps séjourné comme missionnaire en Inde et en Chine, où elle avait appris ces techniques. Elle lui enseigna ses techniques, qu'il appliqua rapidement. Sa pharmacie devint peu à peu un centre de thérapeutiques manuelles. Pour exercer plus librement son art, il passa un diplôme de kinésithérapeute et ouvrit un cabinet dans la banlieue de Vichy. Il recevait des patients de toutes les régions de France

et même de l'étranger. Il fut même appelé auprès de hauts dignitaires de la République. C'est là qu'assez souvent, je suis allé m'informer auprès de lui et participer à quelques-unes de ses consultations. A l'appui de l'action réflexe de son procédé, il m'a cité diverses observations. Par deux fois, il essaya sa technique sur un sujet qui venait d'être anesthésié à cause de l'intensité de ses douleurs et en vue d'une éventuelle intervention. Son action de décordage à chaque fois a été sans résultat. Même absence de succès si la région à traiter était sous l'effet d'une injection anesthésique locale.

Examen clinique

Au niveau du rachis ces dérangements intervertébraux mineurs peuvent être assimilés à une sorte d'entorse. Les muscles immédiatement concernés par une contracture réflexe sont les interépineux qui ainsi fixent le trouble statique puis rapidement et par extension les muscles du voisinage. Sur les articulations périphériques, le même phénomène est observé. La souffrance liée à un déplacement tendineux entraîne cette même contracture adjacente qui

bloque le tendon et l'articulation, dans la mauvaise position. L'examen clinique manuel est primordial. Il faut apprécier les zones de contracture musculaire, souvent douloureuses, les cordes musculotendineuses. Pour le rachis, on sent souvent cette tension au niveau des ligaments interépineux et des muscles paravertébraux.

Description de la technique

La technique consiste à faire relâcher ces cordes ligamentaires ou musculoligamentaires, une fois repérées. On procède avec une pression modérée, en les faisant rouler sous les doigts, alternativement de gauche à droite, de droite à gauche ou de haut en bas, toujours par une action transversale par rapport à l'axe de la contracture, comme si l'on voulait faire vibrer une corde de harpe. On module la pression digitale en fonction de la douleur qui parfois, et au début surtout, peut être assez vive. Au niveau du rachis, si l'on ne sent pas cette tension sur les ligaments interépineux, on peut agir aussi sur les apophyses épineuses. Les vibrations provoquées ont une action réflexe et l'on sent progressivement le relâchement de la contracture ce qui pour le moins facilite la manipulation classique, si cette simple action de décordage n'a pas été suffisante pour obtenir le rééquilibrage vertébral.

Application au rachis

Parallèlement, il faut essayer de décontracter les masses musculaires paravertébrales. A l'étage thoracique ou lombaire, cela se fait par pression transversale avec la paume de la main, sur toute la zone contracturée, comme si l'on cherchait à les repousser de l'intérieur vers l'exté-

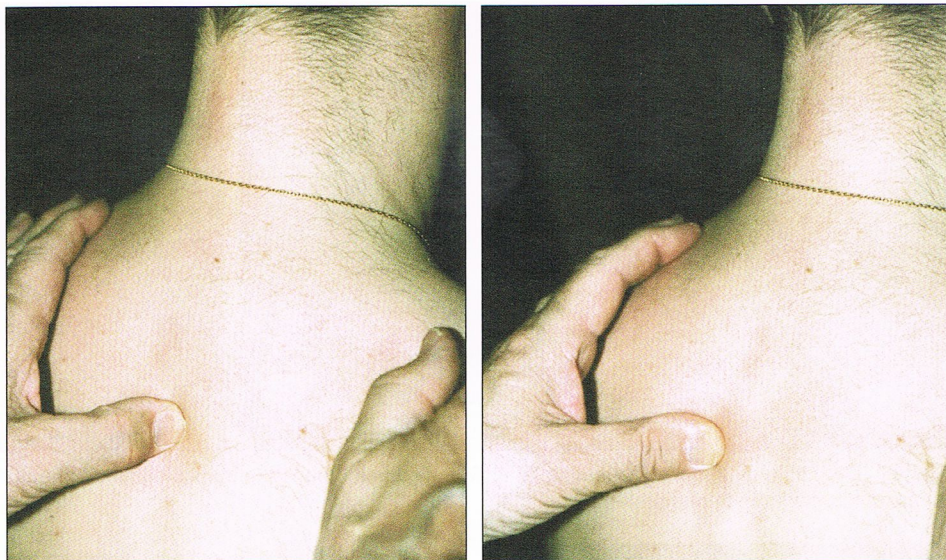


Figure 1 : Traitement du rachis thoracique (muscles paravertébraux gauches). A : position de départ. Noter la mise en pré-tension du pouce qui accroche le ligament inter-épineux par sa face latérale droite et la partie interne du corps musculaire. B : position d'arrivée. Le pouce se déplace vers l'extérieur, assez rapidement, en étirant le muscle comme si l'on pinçait une corde de guitare.

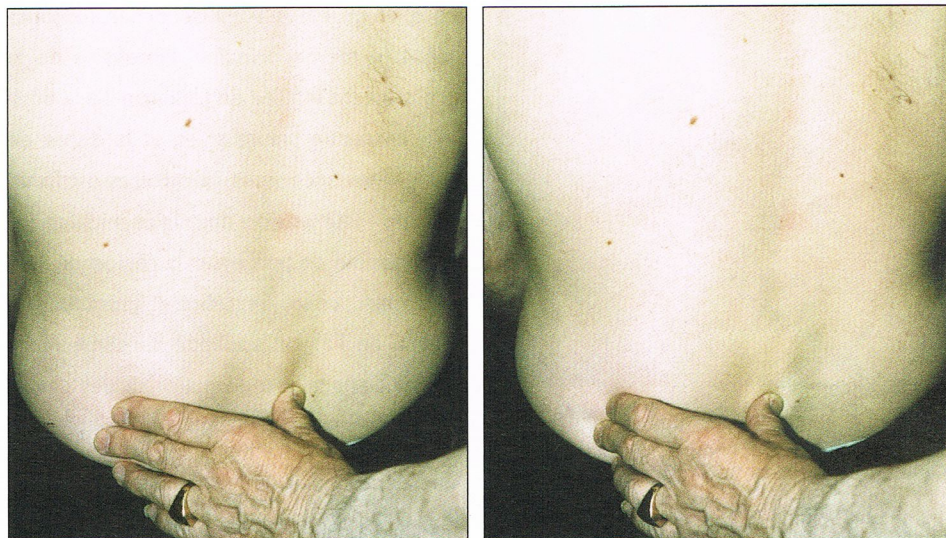


Figure 2 : Traitement du rachis lombaire. A : position de départ. B : position d'arrivée. Le pouce " ripe " sur la corde musculaire. Lors du départ de la manœuvre, on donne une petite secousse sur le sommet de l'épineuse, comme si l'on voulait la faire vibrer.



Figure 3 : Traitement du rachis cervical. La tête est maintenue par la main gauche de l'opérateur. A : position de départ. B : position d'arrivée.

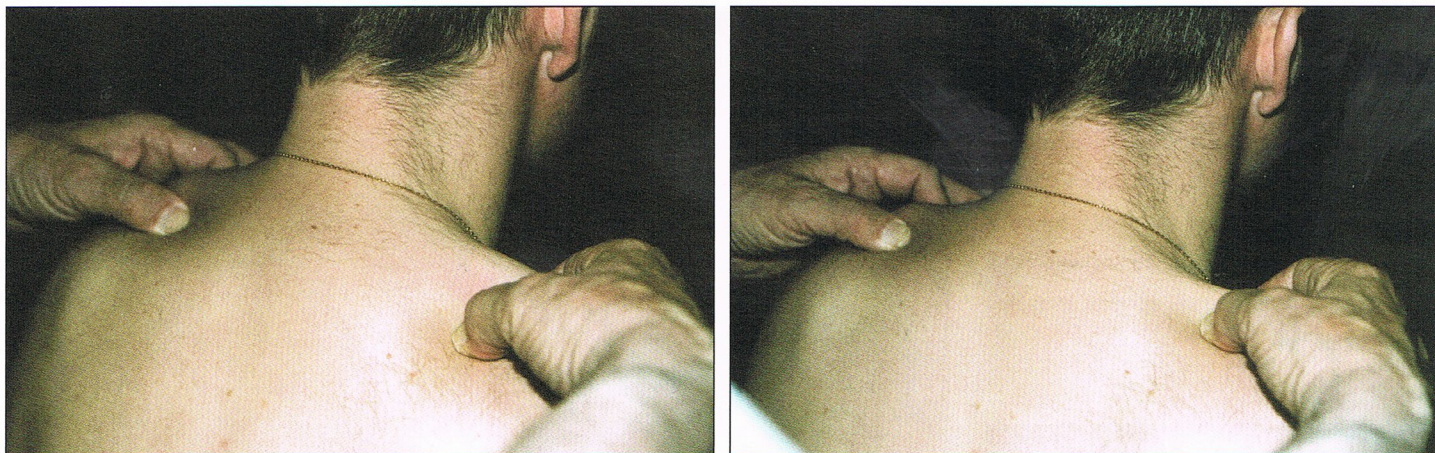


Figure 4 : Décordage du trapèze. La pression de la pince digitale est maintenue constante, sans bouger. La prise en large au départ et s'amincit progressivement au fur et à mesure que le muscle se détend.

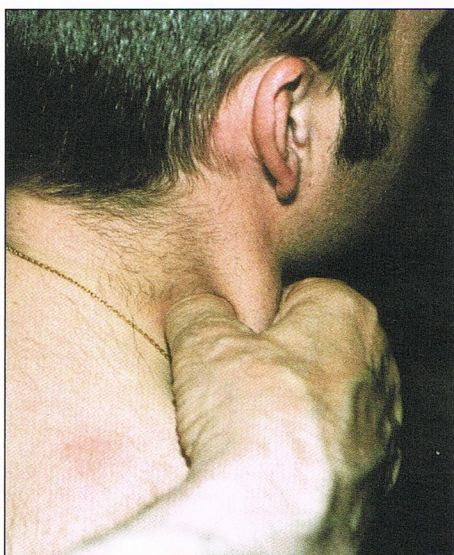


Figure 5 : Décordage du sterno-cléido-mastoidien.

rieur (fig.1,2). A l'étage cervical, ces muscles contracturés sont plus facilement accessibles (fig.3). La manœuvre se fait sur toute la hauteur de la colonne dans la zone douloureuse. Pour le trapèze, on prend toute la masse musculaire entre le pouce et les autres doigts en maintenant une pression moyenne (fig.4). Progressivement, sous l'effet de la pression, la masse musculaire se relâche. Même action sur les sterno-cléido mastoïdiens (fig.5). Il ne faut pas négliger non plus le décordage des insertions crâniennes de ces muscles. Cette manœuvre s'applique aussi aux apophyses épineuses cervicales et aux apophyses transverses, souvent plus faciles à percevoir.

Les articulations costo-vertébrales peuvent aussi être le siège d'entorses. Les

douleurs irradient sur tout le trajet du nerf intercostal. On perçoit à la palpation du rebord costal supérieur des zones indurées, surtout à la partie médiane de la côte, et qu'il faut aussi décorder. Toujours selon le même principe, l'intensité de la pression est limitée en fonction de la douleur ressentie par le sujet, et la durée de ces petites secousses vibratoires est fonction de l'atténuation des algies initiales. S'il est possible de percevoir la région de l'articulation costo-vertébrale (surtout au niveau de T1), on applique la même technique. Dans la grande majorité des cas, le résultat est très positif.

On ne peut quitter le rachis sans évoquer le coccyx. Ce même principe de décordage facilite beaucoup la manipulation. Le doigt intra-rectal perçoit en effet des zones tendues avec des cordes musculaires qu'il suffit de faire "vibrer". Celles-ci se retrouvent aussi sur la face antérieure du sacrum. Au cours de leur traitement apparaît une sensation de relâchement bénéfique pour le patient.

Application aux articulations périphériques

Ces techniques donnent toute leur efficacité au niveau des articulations péri-

phériques. On perçoit facilement les cordes tendineuses péri-articulaires, qui sont souvent douloureuses, d'où la nécessité d'agir avec douceur pour les premiers mouvements de décordage. On fait rouler ces tendons sous les doigts et, progressivement, on sent qu'ils se relâchent. On passe ainsi en revue tout le pourtour articulaire, en revenant plusieurs fois sur chaque corde. Les résultats sont assez constants quelle que soit l'articulation. En principe une première séance donne l'essentiel des résultats mais doit être renouvelée une à deux semaines plus tard.

Epaule

Après un examen classique, clinique et radiologique, on explore les tendons péri-articulaires y compris en cherchant des cordes musculo-tendineuses sur le bord spinal de l'omoplate, cause également de douleur et de déséquilibre. Le tendon du long biceps est souvent en cause. On fait donc vibrer ses cordes avec une pression conditionnée par la réaction du patient (fig.6). Même chose pour le sus-épineux et l'angulaire de l'omoplate (fig.7). On passera ainsi d'une corde à une autre pour revenir à la précédente, en faisant plusieurs fois le tour des zones sensibles. N'oublions pas la charnière cervico-dorsale souvent en cause dans les scapulalgies.



Figure 6 : Traitement du tendon du biceps. A : position de départ. B : position d'arrivée. Entre les deux positions, on doit sentir une sorte de "vibration" du tendon.

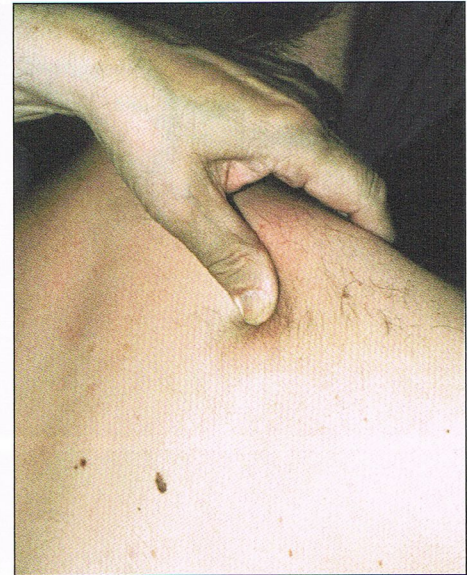


Figure 7 : Décordage du muscle angulaire de l'omoplate.

Coude

De l'épaule, descendons au coude où le même décordage est facile au niveau de l'épicondyle (fig.8) et de l'épitrochlée (fig.9). Les tendons sont facilement accessibles, ainsi que celui du biceps. Il en est de même pour la décontraction éventuelle par pression latérale des masses musculaires des extenseurs et des fléchisseurs. Si besoin, après ces manœuvres, une action est possible sur la tête radiale.



Figure 8 : Traitement des tendons épicondyliens. A : position de départ. B : position d'arrivée.

Mains et poignets

Nous sommes toujours face au même problème de faire relâcher des structures musculo-tendineuses contracturées douloureuses qui pourraient bloquer un déséquilibre. Les plus souvent, les extenseurs sont en cause. On les décorde selon le même principe. On peut parachever ce travail par une traction de la main dans l'axe. Le malade assis, on le cale au niveau de l'aisselle et on tire progressivement sur la main, le bras tendu latéralement, ceci en continuant le travail de décordage. L'action sur les fléchisseurs n'est pas à négliger, bien que moins spectaculaire. Elle ne fera pas disparaître un syndro-



Figure 9 : Traitement des tendons épitrochléens. A : position de départ. B : position d'arrivée.

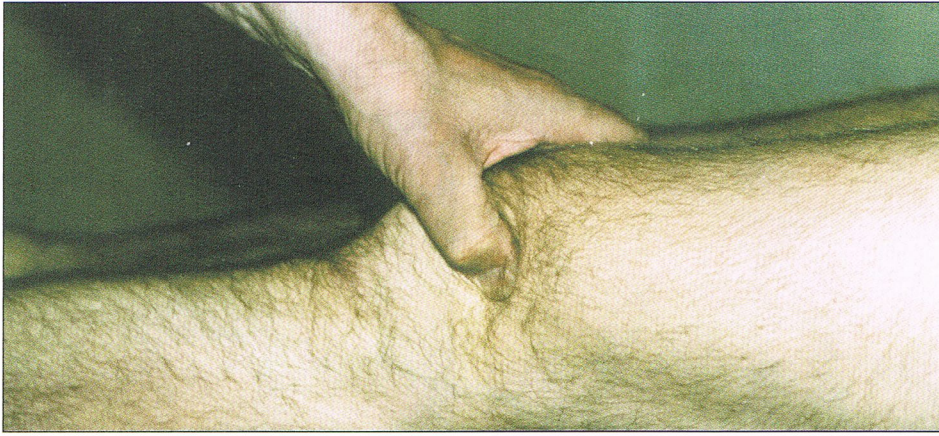


Figure 10 : Au niveau du genou, le traitement concerne l'ensemble des insertions musculo-tendineuses et ligamentaires : tendon quadricipital et rotulien, vastes interne et externe (photo), patte d'oie et muscles du plan postérieur (mollet et insertion des ischio-jambiers).



Figure 11 : Travail de décordage des muscles de la flexion dorsale. Même technique de traitement qu'au genou : l'ensemble des formations musculo-tendineuses et ligamentaires doit être exploré et traité selon cette technique.

me du canal carpien mais peut en atténuer les méfaits.

Genou

Il n'est pas nécessaire dans ce bref aperçu de décrire tous les tendons et ligaments qui enveloppent l'articulation. Le doigté de l'opérateur saura tous les passer en revue et sentir ceux qui sont tendus, contractés et douloureux, depuis les attaches des gros muscles jusqu'aux ailerons rotuliens (fig.10). Il n'est pas exceptionnel de trouver des cordes douloureuses en dehors de la zone dont se plaint le sujet. L'exploration se fera le membre inférieur allongé, tant pour la face antérieure que pour face postérieure mais pour celle-ci il est utile d'examiner le genou en flexion à 90°, jambe pendante, le malade assis sur le bord de la table d'examen.

Le décordage se fait avec une pression toujours proportionnelle à la douleur provoquée, qui doit rester très supportable. On change régulièrement de point d'impact pour laisser reposer une zone et revenir ensuite dans ce secteur. Pendant la séance, à plusieurs reprises, on fait marcher le patient pour mieux tester le résultat et le mettre en confiance.

Chevilles et pieds

Nous ne pouvons que tenir le même langage. Tout doit passer sous nos doigts : fléchisseurs, péroniers, latéraux, au niveau des malléoles extenseurs etc. (fig.11).

Ces techniques peuvent paraître simples. Elles nous viennent des rebouteux. Mais la médecine manuelle doit les regarder avec intérêt. Ainsi appliquées, elles peuvent préparer à un acte manipulatif, ou se montrer suffisantes en elles-mêmes. Elles rendent en tout cas toujours service dans le traitement de la pathologie mécanique de l'appareil locomoteur. ●