

Réécriture bénévole effectuée par [Alain Cabello](#) pour le [CFDRM](#) de Paris des 96<sup>e</sup> page sur 96, terminée le :  
mercredi 30 novembre 2016, 11:52.

(Voir son statut d'emprunt).

**TITRE** : 🏠 **Massothérapie** de l'**Arthrite blennorrhagique** à la phase aiguë.

(Note CFDRM : traite de la place du **massage** pour remédier aux atteintes articulaires qui peuvent être associées à cette MST).

**AUTEUR** : **Fège Albert** 1883-1966,  
Externe des Hôpitaux de Paris,  
médaille d'honneur des épidémies (de bronze) {**Claude Bernard**, 1907-1908}  
(avec signature autographe).

**ÉDITEUR** : G. Steinheil,

**Date d'édition** : 1910, édition unique  
(à l'âge de 27 ans).  
(Il cite une expérience datant du 16 mai 1910 donc la thèse fut publiée au cours du second semestre.)

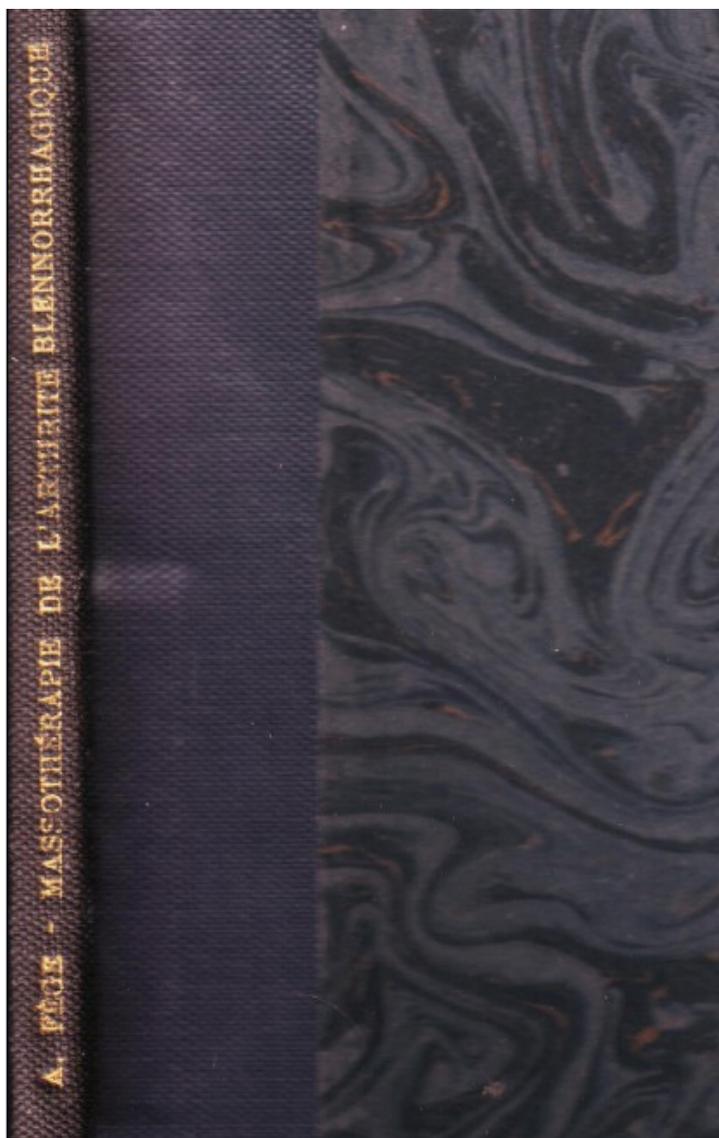
**Régime politique du contexte de l'ouvrage**  
(en France) : **Troisième République** 🇫🇷 (de 1870 à 1940), **Armand Fallières** 🇫🇷, (né le 6 novembre 1841 à Mézin (Lot-et-Garonne) et décédé le 22 juin 1931 à Villeneuve-de-Mézin (Lot-et-Garonne) — 9<sup>e</sup> président de la République française du 18 février 1906 – 18 février 1913, pendant 7 ans.

**Réédition** : non.

**Lieu d'impression** : Paris, France.

**LANGUE** : français.

**FORMAT** : in-8, 23,8 x 15,7cm, de 96 pages.



**Type** : Thèse en un volume, complet, numérotée 47.

**ISBN-13** : aucun

**Droits** : libres.

**Crédit photographique** : Le **CFDRM**.

**Identifiant** : <http://www.cfdrm.fr>

**Numéro d'archives** :

**RELIURE** : demi **percaline** verte postérieure mais la couverture d'origine a été intégrée à l'ouvrage comme page de garde, voir plus bas. Dos lisse et caisson de titre doré.

**ILLUSTRATIONS** : non.

**ETAT** : bon, page de titre déchirée sur 2 et 4 cm. Parenthèse grossière au stylo à bille page 10 sur la partie gauche d'un paragraphe de cinq lignes. Déchirure en haut de la page 52 sur 2cm.

**BIOGRAPHIE & THÈME** : médecine, **Massothérapie**.

**POIDS** :

**Description** : Il s'agit ici de traiter de la place du **massage** dans l'arthrite blennorrhagique dont l'MST peut atteindre les articulations du genou.

Unique édition de la thèse de doctorat d'**Albert Fège** soutenue à la Faculté de Médecine de Paris en 1910. Nous disposons de l'exemplaire numéro 47 dédié par l'auteur lui-même au mois d'avril 1917, à une de ses élèves, Madame Sacson.

**Attention**, ne pas le confondre avec son père, **Fège Joseph** auteur de *Du massage précoce dans les traumatismes* Ed. Asselin et Houzeau, de 1899 <sup>TDM</sup> \* \* \* \* .

**Résumé** :

**Commentaires** : Dans les cas de blennorrhagies non traitées cela peut évoluer sur des **arthrites** inflammatoires particulièrement aux genoux et aux pieds, c'est le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.

**Extrait du livre** :

**Fiche de repérage** (mots clef) : à compléter

**Massothérapie, pétrissage, pression, frictions, frôlement, massage, masseur / masseuse, attouchements, l'effleurage, électrothérapie** {p. 30 "électrisation musculaire"}, **Tapotement, friction, pincement, trépidation, malaxant massage, massage thérapeutique massage précoce,**

<sup>TDM</sup> : Traite ou emploie des termes liés au massage. Oui, dans le titre et dans le texte.

**Masso-intérêt** : \*\*

**Livre en ligne sur** : non.

**Restitution de texte** : complète [Lire](#).

**Bibliographie** :

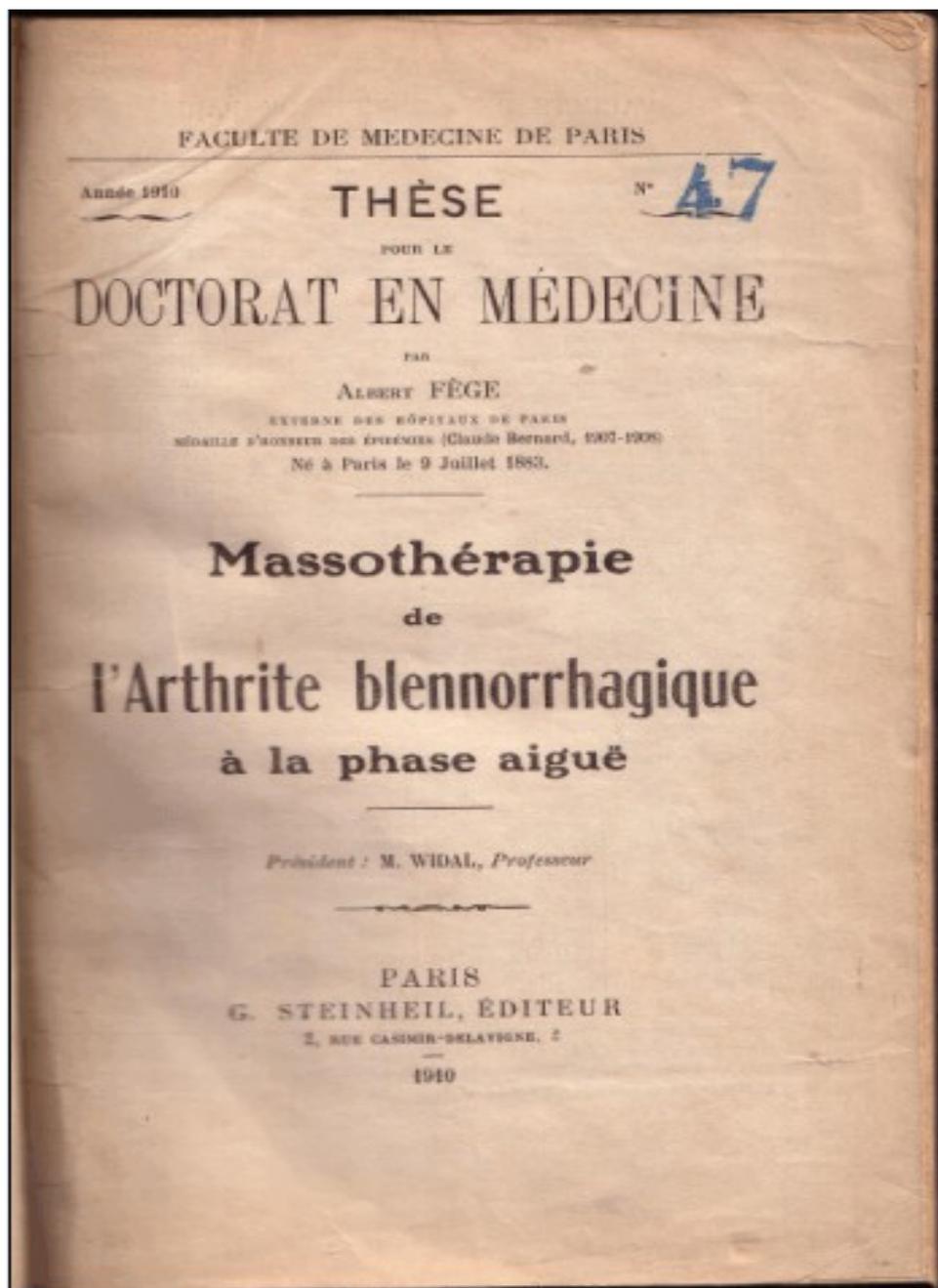
**Provenance** : Paris, France.

**Incorporation** : vendredi 14 octobre 2011.

**Accès à l'emprunt** : Non, à consulter sur place, (Voir son statut d'emprunt).

**Statut de l'ouvrage** : don

**Reconnaissance associative** : Ce livre appartenait à la bibliothèque [Alain Cabello](#).



Souvenir amical à mon élève Madame Sacson  
Avril 1917 le Mans

Souvenir Amical  
à mon élève Madame Sacson  
Amit 1917. Le Mans  
Fège

Albert Fège



Ici nous avons cette photo d'Albert Fège en exercice.

**Restitution de texte de :** Massothérapie de l'Arthrite blennorrhagique à la phase aiguë.

Voir notre politique de [saisie de textes](#) et explications.

**Etat :** (terminé) 96 pages disponibles sur 96.

**Crédits :** Saisie bénévole de texte (intégrale) effectuée par [Alain Cabello](#) au bénéfice du [CFDRM](#), terminée le : mercredi 30 novembre 2016, 11:52.

**Avant-propos :**

Toujours pour le projet [CFDRM](#) qui suscite et je le déplore, bien peu d'intérêt de la part de mes coreligionnaires, je me suis employé de mettre en ligne (saisie sur clavier) et en lien hypertextes (Noms propres et noms communs ayant un lien avec le **massage**), l'intégralité de cette thèse d'Albert Fège 1883-1966 de 1910 que je me suis trouvé en situation d'acquérir voilà 5 ans jour pour jour.

Comme beaucoup des thèses de cette époque, peu sont encore en ligne et nombreux sont ces auteurs inconnus qui sommeillent dans nos réserves.

— Je vous propose ci-dessous, la liste scrupuleusement rédigée des Noms propres cités dans ce travail, ainsi que les noms communs concernant le **massage**.

— La bibliographie citée, absente comme cela était souvent le cas à cette époque.

— Et enfin, une Table des matières dynamique permettant de se déplacer dans le texte.

Les notes de bas de page mentionnées par l'auteur dans la thèse sont en noir, celles en grisée correspondent à mes propres observations. Si vous trouvez une faute, un manquement, n'hésitez pas à me le faire savoir sur [Contacts](#).

Alain Cabello

Paris, le vendredi 14 octobre 2016, 21:23

## Travail hors thèse/CFDRM :

**57 Noms propres cités** : Bier {p. 30}; Brande ☒; Brés ; Brouardel Paul ; Castex {p. 15}; **Championnière Just Luca** ; Dominici ; Duplay ☒ ; Erb ☒; Estradère {p. 12} ; Faroy (Georges-Louis) {p. 37}; Fège Joseph ; Forgue {p. 12} ; Gaillard ; Gilbert Augustin ; Gosselin ; Grunspan (Mathilde) {p. 37}; Guyot F. ; Gy ; Hippocrate ; Hirsch ; Hopenhendler H. E. ; Huguier (*salle*) ; Josias (*salle*); Lasalle ; Le Dentu-Delbe ; **Le Fort** ; Lenoir (*salle*); **Ling** ; **Litré** ; Mainini G. ; **Malgaigne (& salle)** ; Mauclair Placide (1863-1940) ; **Metzger** {p. 12}; Mongour ; **Morestins** {p.23}; **Mosengeil** {p. 14}; **Nicaise** ; **Norstrom** {p. 12} ; Philippi ; Quénu ☒; **Reclus** {p. 12} ; **Reibmayr** {p. 12} ; Rendu ; Richet (*salle*) ; Robin ; Sandras (*salle*) ; Schede ; Sée Marc ; Spencer ; Ténédat ; Thiery ; Thoinot Léon-Henri (1858-1915) ; Walther ; **With** {p. 12}; Widal ☒; Wright Almroth ☒, {p. 37}.

Je ne suis pas parvenu à identifier tous le monde donc si vous en connaissait un... **Contacts**.

**Type de massages cités** : **Massothérapie, pétrissage, pression, frictions, frôlement, massage, masseur / masseuse, attouchements, l'effleurage, électrothérapie** {p. 30 "électrification musculaire"}, **Tapotement, friction, pincement, trépidation, malaxant massage, massage thérapeutique massage précoce**,

.

### **Index**

**Avant-Propos**

**Introduction** {p. 9}

**Historique** {p. 12}

**Résumé de la philosophie du massage** {p. 14}

**Revue des traitements actuels et discussion** {p. 22}

**Méthode proposée. – La massothérapie, précoce** {p. 40}

**Technique** {p. 49}

- Massage de l'arthrite, de la synovite blennorrhagique de la tibio-tarsienne, du cou de pied {p. 64}

- Massage du poignet {p. 67}

- Massage du genou {p. 68}

- Massage du coude {p. 72}

- Massage de l'épaule {p. 76}

- Massage de la hanche {p. 79}

**Observations** {p. 83}

### Bibliographie citée par A. Fège :

Chacun des noms répertoriés plus haut renvoient le plus souvent à des auteurs ayant écrit sur le **massage** mais les ouvrages que je cite ci-dessous ne sont que ceux précisément cités par l'auteur.

1. Le Dentu-Delbe, Traité de Chirurgie
2. Fège Joseph, *Du massage précoce dans les traumatismes*, EO Asselin et Houzeau, de 1899 <sup>TDM \*\*\*</sup>  
\* : : : : :
3. « Massage précoce dans les luxations », publié dans la *Revue d'hygiène thérapeutique* en décembre 1890 et janvier 1891.
4. Morestins, *Chirurgie générale des articulations*, 1907 <sup>TDM : : : : :</sup> p.23
5. Mauclaire, *Maladies des articulations*, p. 118. *Nouveau traité de chirurgie*. Note du CFDRM : il s'agit du tome VII de 1909 <sup>TDM : : : : :</sup>
6. Rendu, *Société médicale des hôpitaux*, 1893
7. Philippi, thèse de Paris, 1893
8. Gaillard, *Société médicale*, 1905
9. F. Guyot, thèse de Paris, 1906
10. Mongour, *Bull. méd.*, 1907, p. 391.
11. Thiery, *Soc. anat.*, 1892
12. Walther in Christen, thèse de Paris, 1893
13. Hopenhendler, thèse de Paris, 1894
14. Lasalle et Ténédat, *Montpellier med.*, 1894
15. Spencer, *Sem. médi.*, 1894.
16. Brés, thèse de Paris, 1897.
17. Hirsch, Berlin, *Klin. Wochenschr.* [☐], 1905, n° 39. t., p. 128. {p. 30}
18. *Nouveau traité de médecine* Brouardel-Gilbert-Thoinot.
19. C Mainini, Action du vaccin gonococcique sur les arthérites à gonocoques.
20. Grunspan (Mathilde), et Faroy (Georges-Louis), Traitement des complications articulaires de la blennorrhagie par l'air chaud, *Gasette des Hôp.*, 1910, N°26.
21. Dominici et Gy, De l'application du radium au traitement du rhumatisme blennorrhagique. *La Clinique*, 1908, N° 4

Et Estradère qu'il cite quatre fois mais sans jamais mentionner sa thèse *Du Massage, Son Historique, ses Manipulations, ses Effets Physiologiques et Thérapeutiques* par Estradère chez Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier en 1863 <sup>TDM : : : : :</sup>, à l'exception de la date de 1863.

Son père J. Fège est cité 19 fois sur 96 pages soit une fois toutes les 5 pages.

Travail in thèse :

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1910

THÈSE

N° 47

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

Albert Fège

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille d'honneur des épidémies {Claude Bernard, 1907-1908}

Né à Paris le 9 Juillet 1883.

---

Massothérapie

de

l'Arthrite blennorrhagique

à la phase aiguë

---

Président : M. Vidal , Professeur

---

PARIS

G. STEINHEIL, EDITEUR,

2, rue Casimir-Delavigne.

---

1910

### **Avant-Propos**

Placé dans les conditions les plus favorables, dès le début de nos études médicales, pour être imprégné des notions de **massothérapie**, nous ne pouvions avoir d'autre but que celui de nous familiariser avec cette pratique thérapeutique, pendant notre passage dans les hôpitaux.

Il est fort naturel que notre travail inaugural soit consacré à l'étude d'un des sujets qui nous a paru des plus intéressants ; nous espérons qu'il aura une utilité pratique et sera profitable aux malades. C'est le vrai but que nous poursuivons.

## Introduction

Nous voudrions essayer de montrer l'avantage qu'il y a à traiter par la massothérapie précoce, certaines manifestations articulaires et synoviales de la **blennorrhagie**.

Nous voudrions convaincre qu'il n'est pas nécessaire, qu'il est même nuisible, d'attendre que les phénomènes aigus soient calmés pour comprendre la **massothérapie**.

Nous avons consulté les gros traités tels que le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu-Delbet, et nous avons toujours été frappé de la sorte de crainte que l'on a du **massage**. « On ne **massera**, dit-on, que quand les phénomènes aigus auront disparu. »

Nous avons retrouvé les même craintes à l'hôpital, qui, nous le répétons, sont injustifiées. Ce que nous demandons : c'est le massage précoce, c'est-à-dire, dans la période aiguë.

Ce vœu a déjà été formulé il y a une dizaine d'années par le docteur **J. Fège** dans son livre *Du massage précoce dans les traumatismes*, (EO. Asselin et Houzeau, de 1899 <sup>TDM \*\*\* \* ■■■■</sup>), travail fait après quinze ans d'expériences cliniques.

Dans son introduction, page 8, ne dit-il pas en effet : « Il est encore un certain nombre d'affections auxquelles il semblait téméraire de **toucher** avant la disparition des phénomènes réputés incompatibles avec le **massage**, et

### Page 10

où l'observation après un certain temps paraissait hâtive et qui, à l'heure actuelle, doivent être immédiatement traité ; je veux parler des **arthrites** aiguës traumatiques ou non, ou d'autres affections accompagnées de phénomènes d'acuité intenses. »

Et nous sommes en 1899, et nous apporterons à la fin de cet ouvrage des observations d'arthrites **blennorrhagique** soignée en période aiguë dès 1890.

Nous voici en 1911, et ces interventions du **massage** dans les états aigus sont encore bien rare **(1)**.

Nous n'avons pas recherché si d'autres auteurs avaient publié de tels cas.

Nous espérons que pour le bien des malades, il y en a.

Ce que nous pouvons dire, c'est que nous avons toujours rencontré quelque réserve de la part de nos maîtres que nous avons pu cependant convaincre.

C'est qu'aussi il se pose une question délicate. Le **massage** n'est pas chose facile, surtout quand il s'adresse à des lésions inflammatoires, et nous devons avouer que, à part quelques services ou la **massothérapie** est ce qu'elle doit être, l'œuvre de médecins éclairés et spécialisés, le **massage** n'est pas appliqué selon des conditions méthodiques exigées pour des résultats qui peuvent convaincre de son efficacité.

Nous ne pouvons que regretter qu'un moyen thérapeutique si efficace devienne nul, sinon dangereux quand il n'est pas appliqué par un **masseur** ou une **masseuse** dont les connaissances **anatomiques, physiologiques et pathologiques** sont peu approfondies.

La crainte du **massage** précoce est alors justifiée.

Nous voudrions donc que le médecin sache que le

(1), La phrase implique que l'année 1911 est déjà bien avancée pour déclarer que ce type de massage est *encore bien rare* alors que 1910 est la date de publication de cette thèse, donc il est probable que le travail de reliure a eu lieu l'année suivante et que l'introduction fut faite ou modifiée, mise à jour, à ce moment là.

## Page 11

**massage** méthodique, fait par lui, donnera d'excellents résultats, s'il a cependant une certaine expérience des différentes **manipulations**.

Nous nous efforcerons donc d'établir pour les arthropathies **blennorrhagique** qui étaient déjà visées dans la phase que nous avons citée plus haut, que le **massage** précoce peut et doit être fait, c'est-à-dire malgré les phénomènes aigus.

Après quelques mois d'historique et de physiologie, nous passerons en revue et discuterons les traitements qu'il est classique d'appliquer aux manifestations articulaires et synoviales blennorrhagiques.

Nous exposerons notre méthode et terminerons par quelques observations.

Nous ne voulons donc pas ici faire un ouvrage didactique. C'est un essai sans prétention que nous demandons à nos maîtres d'accueillir avec bienveillance.

## HISTORIQUE

---

On nous permettra quelques mots d'histoire, car nous ne voulons pas ici retracer en grand l'histoire du **massage** dont déjà **Hippocrate** disait « que le médecin devait en posséder l'expérience [\(2\)](#)».

Nous voulons seulement rappeler que le **massage thérapeutique** est une science française, dont les règles méthodiques ont été nettement établies par **Estradère** dès 1963 [\(3\)](#).

« Le **massage précoce** ne doit pas être confondu avec la gymnastique raisonnée, appelée improprement **massage**, et connue sous le nom de son auteur, méthode de **Ling**, **hygiéniste** suédois qui en a établi les principes, d'après les **anciens**, ainsi qu'Estradère la bien démontré ».

Composé surtout d'exercices **actifs** et **passifs**, d'appareils mécaniques, elle n'a pour ainsi dire pas recours aux **manipulations** qui constituent le fond de la méthode française ».

Et nous ne pouvons résister au besoin de citer MM. **Forgue** et **Reclus** qui disent en parlant du **massage** : « Cette pratique si française que les étrangers en ont copié tous les termes, nous est revenue de l'étranger compliquée et inutilement surchargée par **Metzger**, par **With**, **Norstrom**, par **Reibmayr** ? [\(4\)](#).

« C'est en effet en France, dit Fège dans son histori-

[\(2\)](#) vol. IV, [f°](#) 103. de **Littre** « Le médecin, dit Hippocrate, (liv. *Des articulations*) à propos du traitement consécutif à la luxation de l'épaule, doit posséder l'expérience de beaucoup de choses et entre autre celle du **massage**. »

[\(3\)](#) Ici il parle de sa thèse *Du Massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*, par **J. Estradère** chez Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier de 1863 <sup>TDM</sup> [\(3\)](#).

[\(4\)](#) En fait c'est **J. G. Mezger** et au demeurant très arrogant.

que, que la réglementation méthodique des manipulations a été formulée par deux praticiens éminents qui ont le plus contribué à l'éclat de cette thérapeutique, je veux dire **Estradère** et **Luca-Championnière** <sup>(5)</sup>. »

Que l'on nous permette d'ajouter à ces deux noms, celui de notre père, le **Fège Joseph**, dont la vie entière s'est consacrée à la **massothérapie** et à qui nous devons ce travail.

<sup>(5)</sup> Reste à trouver s'il s'agit du père ou du fils Championnière mais au regard des écrits il semblerait que ce soit le fils (1843-1913). Ici pareil, la formulation est à la fois rare et maladroite en voulant placer son père parmi les pontes de la profession sinon que par l'amour filial.

---

### Résumé de la philosophie du massage

---

Les **main**s qui **massent** entrent en relation successivement avec :

le système nerveux ;

le système vasculaire ;

le système musculaire et les modifient.

Le **massage** agit sur la **sensibilité** ; il produit d'abord une **hyperesthésie** passagère bien vite transformée en anesthésie : la **douleur** est abolie. La **manipulation** correspondant à cette action est l'**effleurage** superficiel.

Le **massage** agit sur la circulation sanguine et **lymphatique**. Il reproduit la résorption. Les épanchements et les oedèmes disparaissent. On emploie l'**effleurage** superficiel et profond, manuel et digital.

En 1876, paru le travail de **Mosengeil** sur l'action des **manipulations** en **massage** <sup>(6)</sup>; il fit des expériences sur la résorption des liquides épanchés dans les **articulations**. Il injecte dans différents articles d'un lapin, de l'**encre de Chine**. Il **masse** certaines articulations, les autres ne sont pas touchées. A l'autopsie, il constate que les articulations **massées** ne contiennent plus d'encre de **Chine**. Au-dessus de l'article **massé** le tissu cellulaire, les capillaires, les lymphatiques, les espaces intermusculaires sont envahies par l'encre. Certains ganglions contiennent des

<sup>(6)</sup> *Influence du massage sur la résorption des liquides en 1876 (Langenbek Archiv fur klinische Chirurgie)*

## Page 15

granulations fines de l'encre. Rien de semblable pour les articulations non **massées**.

Le **massage** agit sur la motricité.

Il produit la résolution musculaire et la **contractilité** musculaire. A cet effet correspondent des **pressions digitales** et **manuelles**, le **pétrissage**.

En 1891, **Castex**, <sup>(7)</sup> frappé des résultats cliniques obtenus par le **massage** précoce dans les traumatismes, fournit la démonstration mathématique de l'action **physiologique** du **massage**, dans des recherches expérimentales dignes d'être rappelées, parce qu'elles ne permettent plus aucun doute sur l'efficacité du **massage** immédiat.

Note du CFDRM (Il s'agit de la page 6 de la 2ème partie que nous avons saisi et où le Dr. J. Fège père est cité page 23) « J'ai pratiqué, dit-il, des contusions simples, des contusions aux articulations, des entorses, des **luxations** et des fractures juxta-articulaires, *toujours doubles et symétriques*, actionnant dans la même **séances** l'épaule gauche et l'épaule droite ou la cuisse gauche et la cuisse droite. Un des

côtés était **massé** par un spécialiste, sur mes indications, l'autre abandonné sans **massage** à l'évolution naturelle des lésions. Les effets immédiats, consécutifs et éloignés été soigneusement notés jour par jour.

J'ai tenu ces chiens en observation pendant six mois au plus et c'est à la fin ou dans le cours de cette période, suivant les cas, que je les ai sacrifiés pour examiner au microscope : muscles, vaisseaux, nerfs, squelette des parties traumatisées, avec ou sans **massage**, ainsi que les parties correspondante de la moelle épinière.

J'ai de la sorte transporté le **massage** de la pratique professionnelle courante au laboratoire de physiologie dans le but d'évaluer le degré de son action, en me dégageant des conditions de nervosisme, de suggestion qui peuvent,

(7) Ici il cite les travaux d'André Castex (1851, Bordeaux – 1942, Paris), *Etude clinique et expérimentale sur le massage* que nous nous datons de 1892 mais l'article fut peut-être publié plus tôt dans une revue médicale.

## Page

16

chez l'homme, dénaturer ses résultats. On m'accordera bien, en effet, que lorsqu'un chien traumatisé aux deux fesses, **massé** à droite et non à gauche, boite de la jambe gauche exclusivement, il traduit, sans erreur d'interprétation possible, le soulagement que le **massage** a procuré dans sa fesse droite.

Je suis heureux de constater qu'avec des éléments d'étude différents, nous arrivons à des conclusions analogues » (1).

Voici ses conclusions ;

1° L'effet immédiat du **massage** sur le-champ réduit les **extravations** et diminué le gonflement traumatique ;

2° Les fonctions musculaires sont sauvegardées si le **massage** intervient après l'accident ;

3° Le **massage** n'est pas douloureux et fait disparaître l'élément, douleur résultant des contusions fortes.

Voici d'autre part le résultat de l'examen microscopique des divers parties ayant subi le **massage** et de celles qui n'y ont pas été soumises.

(8) « En résumé, le muscle traumatisé et non **massé** présente une sclérose diffuse avec hypertrophie du tissu **conjonctif** annexe dans ses diverses parties, hémorragies interstitielles, engorgement des vaisseaux sanguins et hypertrophie de leur tunique.

« Le muscle traumatisé, mais **massé**, offre son histologie normale. C'est le *restitutio ad*

*integrum* ☒.

« Les vaisseaux sanguins sont normaux dans le muscle

(1) Castex fait allusion à une étude de **J. Fège** sur « **Massage** précoce dans les luxations », publiée dans la *Revue d'hygiène thérapeutique* en décembre 1890 et janvier 1891.

(8) A partir d'ici, notre texte de référence ne correspond plus, c'est ce que nous disions dans notre note (7), il doit disposer d'une autre publication plus complète.

## Page 17

**massé.**

Dans le muscle non **massé**, ils offrent une hyperplasie ☒ de leur tunique externe.

« Les filets nerveux, normaux dans les muscles **massés**, présentent dans le muscle non **massé**, de la périnévrite ☒ et de la névrite ☒ interstitielle. »

Ceci n'est qu'un résumé schématique car :

« Étudier la physiologie du **massage**, dit **J. Fège**, c'est passer en revue toute la physiologie même.

« Il n'est pas un système de l'organisme qui ne soit influencé par ces **manipulations** diverses et qui ne subisse des modifications profondes et très variables. »

Nous nous proposons, dans un chapitre consacré à la **technique** de la **séance** de **massage** pour arthropathie **blennorrhagique**, de revenir sur certains points et d'essayer de faire comprendre les différentes étapes qui se produisent dans un traitement par le **massage**, de faire en quelque sorte la *posologie* de la **massothérapie**.

Cependant ce schéma **physiologique** nous fait déjà concevoir que recourir au **massage précoce**, c'est-à-dire en pleine période aiguë et même dès son début, sera le moyen unique de satisfaire à toutes les exigences d'un traitement idéal des arthropathies aiguës, et particulièrement des arthropathies **blennorrhagiques** qui nous occupent.

Par conséquent ceci nous conduit logiquement à **masser** dès l'installation des complications articulaires ou synoviales de la blennorrhagie, dès le début des manifestations inflammatoires ; c'est donc courir la chance de prévenir la suppuration très rare, exceptionnelle, et qui ne survient généralement que s'il y a association d'un microbe pyogène avec le gonocoque de Neisser, c'est surtout apaiser les phénomènes, les domi-

## Page 18

ner et supprimer les conséquences désastreuses de la blennorrhagie articulaire. Nous voulons dire l'ankylose ☒, qui est la règle. Et pourquoi ne serait-ce pas là la vérité ? Le **massage** n'est-il pas un anesthésiant ? et alors ne sera-t-il pas efficace contre la douleur si vive du rhumatisme gonococcique.

L'hyperesthésie ☒du début peut-être très supportable en prenant quelque soin au début de l'**effleurage** qui bientôt endort le mal, comme disent les malades qui ne pouvaient supporter, quelques minutes avant, le simple **frôlement** du drap.

Et cet effet est durable ; la douleur s'atténue et demeure très supportable pendant l'intervalle des **massages**.

L'action sur le *système vasculaire* ne nous fournit-elle pas, elle aussi, le moyen de convaincre de la nécessité du **massage** précoce. Le **massage** active la circulation ; il produit une hyperthermie (hyperthermie), mais spéciale, ce n'est pas du tout l'hyperthermie passive de la bande élastique ; c'est une hyperthermie agissante. Il se produit, par action vasomotrice ☒réflexe et par capillarité, une sorte de d'appel des parties susjacentes ☒où la circulation est normale, où des tissus sont perméables physiologiquement ; il y a une véritable chasse des **exsudations** par perméabilisation secondaire des tissus **pathologiques**. Et la résorption rapide de l'infiltration qui encombrait les tissus.

Plus on arrive tôt, plutôt on **masse** dès le début, plus on a sous la **main** des tissus moins anormaux, plus de facilité à leur permettre de résister au processus pathologique. Par le **massage** précoce, on empêchera

## Page 19

l'organisation des infiltrats et l'on sait que dans la **blennorrhagie** cette organisation est fibreuse. On préviendra donc l'ankylose.

On préviendra toute suite fâcheuse puisque l'on défendra les cellules contre l'envahissement **morbide**. Et l'on comprend que l'intervention immédiate dans ces conditions puisse faire avorter les manifestations inflammatoires, dès leur éclosion.

Pourquoi, en effet, ne pas agir comme dans un traumatisme ? Une entorse, par exemple, est **massée** immédiatement. Cela est indiqué et se fait couramment aujourd'hui. Or, que se passe-t-il ? Nous ne pouvons pas mieux le dire que **J. Fège** :

(9) « Un malade atteint d'entorse se présente à nous avec un ensemble de symptômes que nous pouvons résumer : gonflement de la région traumatique, rougeur, chaleur, ecchymose et douleur. L'organe lésé ne peut plus servir à ses usages, sa forme, sa **sensibilité**, son attitude, sa faction, tout est troublé. Le **massage** est institué immédiatement. Tout d'abord, sous l'influence des premiers **attouchements** (**effleurage** superficiel) la sensibilité paraît s'exagérer, je ne dis pas douleur, car la manipulation en elle-même ne peut et ne doit provoquer aucune douleur. Mais à mesure que l'**effleurement** agit sur cette surface traumatisée, l'anesthésie se produit. On constate que peu à peu la **main** s'appesantit pour ainsi dire sur la région et à partir d'un certain moment, c'est impunément qu'on peut l'explorer et la manier. En même temps que cette douleur si vive, existant, spontanément, s'est atténuée d'abord, pour disparaître ensuite complètement, une détente s'est

(9) Là encore on est en droit de s'étonner de voir que l'auteur ne juge pas bon de communiquer sa source, en l'occurrence l'ouvrage de son père et le numéro de la page (33-34-35) selon Gallica) *Du massage précoce dans les traumatismes*, EO. par Joseph Fège Asselin et Houzeau, de 1899 TDM \*\*\* \* .

## Page 20

manifestée dans les tissus sous-jacents ; le **tégument** tendu plus ou moins se laisse déprimer sous les **doigts**. Un autre phénomène se passant du côté de la température de la région s'observe également.

« En général, la sensation de brûlure intense que ressentent les malades disparaît, au bout de quelques **instants**, une sorte de fraîcheur est ressentie par eux et leur procure un **bien-être** qui est constaté dans tous les cas ; bientôt après, les phénomènes ci-dessus s'accroissant, et la manipulation enfin pouvant s'adresser au système musculaire jusqu'alors rendu impuissant, on constate que spontanément les **mouvements** reviennent et il semble alors que l'organe a recouvré tout ce qu'il avait perdu.

« Si nous reprenons ce tableau, nous voyons que le **massage** précoce a agi sur le système nerveux de la région en l'anesthésiant, sur la circulation en l'activant et en hâtant la résorption de l'épanchement quelconque, cause du gonflement, de la tuméfaction ; a régularisé la température locale probablement par cette action, ou réflexe sur l'activité circulatoire, ou mécanique en supprimant la stase des liquides en enfin a réveillé la contractilité musculaire un moment enrayée par le traumatisme ou rendue impuissante par les obstacles même qui s'opposaient à son action.

« Tel sont les effets immédiats du **massage** sur le traumatisme récent. Mais la force agissante est le plus souvent disproportionnée avec la résistance de la région atteinte ; cette première intervention de la défense interrompt, l'organe, livré à ses propres moyens, subit

## Page 21

bientôt un retour offensif, et la douleur, le gonflement, l'épuisement nerveux et musculaire se reproduisent, mais déjà avec une modification appréciable et un certain degré d'atténuation. Après un certain temps, on se retrouve en présence des phénomènes primitifs d'où nécessité d'une nouvelle intervention qui se poursuit jusqu'à disparition des divers troubles observés.

« On conçoit que si le **massage** favorise d'une part la résorption des liquides épanchés en activant la circulation, d'autre part, la nutrition générale est en même temps entretenue dans de meilleures conditions et au grand avantage de tous les systèmes composant l'organe.

« Est-il besoin de démontrer l'importance de l'entretien de cette nutrition ? Particulièrement pour l'appareil musculaire, n'est-ce point capital ? Est-ce qu'un muscle qui, pour une raison quelconque, ne fonctionne pas, ne s'atrophie pas ? »

Ce long passage ne peut-il s'appliquer à l'arthropathie **blennorrhagique**. Rien ne s'y oppose maintenant. La nécessité du **massage** précoce dans les arthrites blennorrhagiques nous paraît donc bien établie par le raisonnement, par la physiologie, et confirmée par les faits que nous apportons.

## Page 22

---

### Revue des traitements actuels et discussion

---

Afin de nous assurer que nous faisons ici un essai profitable aux malades en proposant de **masser** précocement les arthrites blennorrhagiques, qu'on nous permette de passer en revue les différents traitements locaux employés jusqu'à ce jour.

Nous nous sommes adressé au *Nouveau traité de Chirurgie* Le Dentu-Delbet, dont l'édition des maladies des articulations où se trouvent exposés les arthrites blennorrhagiques et leur traitement, est assez récente, datant de 1909, pour que nous ayons de grandes chances d'y trouver les moyens les plus modernes et les plus efficaces.

De la lecture de ce chapitre, il résulte que la blennorrhagie articulaire est une affection grave au point de vue de la fonction ultérieure du membre atteint. De plus, l'unité thérapeutique n'existe pas ; chaque forme a son traitement ; il n'y a pas de spécifique contre les manifestations articulaires si ce n'est l'immobilisation et nous croyons que ce n'est pas là une thérapeutique idéale.

« C'est un traitement long et délicat que celui des arthrites blennorrhagiques ; mais je n'hésite pas à dire qu'on en peut obtenir les résultats les plus consolants à condition d'apporter à cette **cure** ingrate du temps, de la douceur, de suivre avec sollicitude la marche de la

## Page

23

maladie, d'en chercher et saisir les indications, de ne pas se laisser rebuter par ces malades que la douleur rend pusillanime, nerveux et acariâtres. Si l'on se contente de les mettre dans des appareils et de les oublier pendant des semaines, on n'arrivera point à restaurer les jointures profondément atteintes (1) ».

Pour l'arthralgie, forme bénigne, synovite à caractère subaigu, sans grande douleur, ni gonflement, sans impotence véritable, il est conseillé d'immobiliser en bonne position et dans une gouttière. c'est une sage conduite : mais quelque peu inactive.

Ici le **massage précoce** serait d'une efficacité plus grande et plus rapide que « les révulsifs et les **liniments** calmants, les vésicatoires **évolants** pansés antiseptiquement, les **pointes de feu** qui sont quelques fois ordonnés » mais sans résultats.

Rappelons que l'arthralgie **est** souvent un phénomène précurseur d'une des formes les plus sérieuses. Nous avons eu plusieurs malades qui atteints d'arthralgie ont vu, après sa guérison apparente, survenir une polyarthrite **subaiguë** ou une monoarthrite aiguë. Et cependant ils avaient été mobilisés ; ils avaient eu un traitement.

Nous pensons que **massés** dès leur arthralgie, les malades n'auraient pas été atteints, quelques temps après, d'autres manifestations plus graves.

D'ailleurs, l'intensité des phénomènes n'est pas telle que l'on ne puisse concevoir ici l'intervention précoce si on veut bien se rappeler ce que nous avons dit au chapitre précédent.

(1) **Morestins**, *Chirurgie générale des articulations*, p. 109.

Note du CFDRM, il s'agit de l'édition de 1907 <sup>TDM</sup> 

## Page 24

Ainsi nous n'aurions pas à traiter de l'hydarthrose blennorrhagique aiguë qui fait suite à une synovite subaiguë bénigne.

Nous avons ici des symptômes inflammatoires. Là il y a de l'importance qui donne lieu à une attitude vicieuse.

« L'évolution est lente, l'épanchement est tenace, récidivant... L'affection passe souvent à l'état chronique et dure des mois. Des poussées d'arthrite aiguë peuvent se greffer sur cette arthrite exsudative, et l'hydrarthrose récidive rapidement. (1). »

Cette forme est plus sérieuse, et cependant le traitement proposé est bien souvent impuissant à la guérir à tout jamais.

C'est encore l'immobilisation en bonne position mais dans un appareil plâtré et les révulsifs qui sont institués.

« La compression donne aussi dans ces cas de bons résultats (2) ». On emploie la méthode de Delorme , c'est-à-dire qu'un « bandage roulé de Baudens  est d'abords appliqué sur le membre ; puis rouleau très régulier d'ouate appliqué en fer à cheval sur les culs-de-sac synoviaux ; il est fixé par une série de tours de bande très serrés. Les jours suivants l'appareil est serré de nouveau. L'appareil total n'est enlevé qu'au bout de 9 jours pour une hydarthrose aiguë et 15 jours pour une hydarthrose chronique.

Les résultats de cette méthode sont excellents si l'appareil est fait avec soin. (3) ».

(1) **Mauclaire**, *Maladies des articulations*, p. 118. *Nouveau traité de chirurgie*.  
Note du CFDRM : il s'agit Mauclaire Placide (1863-1940) contributeur à cette collection et auteur du tome VII avec Ch Dujardier de 1909 <sup>TDM</sup> 

(2) In. *ibid*, p. 127.

(3) Mauclaire, *loc. cit.*, p. 10.

## Page 25

Nous ne croyons pas que la compression soit aussi efficace. C'est un moyen de produire la résorption de l'épanchement sans guérir l'articulation malade. Nous ferons remarquer d'ailleurs que « le **massage** peut agir comme une compression, par ses **pressions** manuelles, provenant d'une force active, vivante elle agit aussi comme les tissus sur lesquels elle agit ; le refoulement des liquides, des matières épanchées se fait se fait quand l'anesthésie a été produite par l'**effleurage**, et dans des conditions telles que les zones périphériques, où doit s'opérer la résorption facile à travers les régions les moins encombrées, soit perméables et toutes préparées à recevoir ce surcroît d'apport d'éléments. Toute autre est cette action de la précédente ; aussi les effets en sont-ils bien différents. On peut dire en effet que si une compression s'exerce et est nécessaire, c'est celle que produit le **massage**, celui-ci étant le mode de compression passagère le mieux approprié aux traumatismes ainsi traités » et à toute les réactions inflammatoires, telles que celles produites par la blennorrhagie articulaire. Si l'on fait marcher le malade, s'il s'agit du genou, 9 jours ou un mois après la compression seule, l'épanchement se reproduira, parce que l'état des tissus n'a été aucunement modifié, nous pourrions dire s'est aggravé du fait de l'immobilité et de la compression.

Nous ne trouvons pas non plus qu'immobiliser en bonne position dans un appareil plâtré soit un mode de traitement parfait.

« Certes, il faut reconnaître, dit **J. Fège**, que l'immobilisation fait naturellement partie du traitement que nous préconisons... Malgré l'intervention précoce, l'ensemble des premiers soins comprend l'immobilité.

## Page 26

« Cette immobilisation ne constitue qu'un moyen transitoire, que le **massage** précoce fait rapidement disparaître, et qu'il est nécessaire, pour la réussite finale, de supprimer.

« Tout doit tendre dans ce traitement à restituer le plus rapidement possible, dans le délai le plus court, les fonctions suspendues momentanément, et cela est tellement vrai, qu'ainsi que nous l'avons vu, le **massage** seul ne peut suffire sans s'adjoindre des **mouvements**.

« Mais si le **massage** seul dans les mouvements ou réciproquement, constitue un moyen incomplet, l'immobilisation simple, le repos seul sont impuissants à accomplir cette restitution.

« La physiologie nous apprend que l'arrêt du fonctionnement des muscles, des os, provoque l'atrophie. Les articulations sont faites pour se mouvoir au moyen des muscles ; si celles-ci sont mobilisées, sont privés de leur nutrition normale, même par l'absence simple de l'exercice, à plus forte raison, par une inflammation traumatique ou autre ».

On immobilise dans un appareil plâtré non pas pour guérir l'hydrarthrose aiguë, car ce n'est pas guérir qu'ankyloser, mais pour éviter les attitudes vicieuses qui pourraient se produire ; il est évident qu'il vaut mieux avoir un genou ankylosé en extension qu'en flexion, mais il est préférable encore de n'être pas ankylosé et puisque l'on peut l'éviter, pourquoi le chercher systématiquement.

D'autre part, si vous mettez un appareil plâtré, comment s'occuper de l'état de l'article, car l'emploi des révulsifs ne modifie en rien les tissus et n'a aucune

## Page 27

influence sur l'évolution ankylosante. La révulsion « ajoute aux douleurs et compromet des **téguments** déjà infiltrés par l'inflammation (1) ».

Voici donc un mode de traitement de l'arthrite **blennorrhagique** aiguë avec épanchement qui ne répond pas à la définition que donne **Litré** et Robin\* du traitement qui est « l'ensemble des précautions prises, des médicaments employés, des pratiques auxquelles on a recours pour déterminer ou hâter la guérison d'une maladie, diminuer le danger dont elle menace, atténuer ou dissiper les suites qu'elle peut entraîner ».

Nous espérons satisfaire à cette définition en appliquant la méthode du D<sup>r</sup> **J. Fège**. Quant à l'hydrarthrose chronique d'emblée, elle tendra à être plus rare si on applique cette méthode.

Marc Sée, Duplay , ont recommandé la compression avec bande élastique. Nous avons vu au chapitre de la physiologie qu'elle produisait l'hyperthermie passive par opposition à l'hyperthermie active du **massage** qui lui est supérieur. Nous acceptons que par l'immobilité, l'application de la bande élastique implique l'immobilisation, il y ait lentement résorption de l'épanchement. Mais celui-ci disparu, il se reproduira à la marche, à la fatigue de l'articulation dont la synoviale n'a été aucunement modifiée, dont les muscles sont atrophiés, mal nourris. Le malade se sert de son article une semaine et de nouveau il y a impotence, de nouveau application des mêmes moyens.

(3) Morestins, *loc. cit.*, p. 187.

Note du CFDRM : *Dictionnaire de médecine et de chirurgie, Robin étant le collaborateur de Émile Littré.*

## Page 28

Guérison apparente et reproduction du liquide trois semaines après. C'est l'hydarthrose récidivante.

Traité dès le début et aussi à n'importe quel moment de son évolution, par le **massage**, elle doit guérir, c'est-à-dire que les tissus modifiés par les manipulations seront aptes à remplir leur fonction.

Voyons encore ce que l'on préconise lorsque l'épanchement persiste. Gosselin indique la ponction. Mais modifiera-t-elle les tissus et le liquide ne pourra-t-il pas se reproduire par la suite ? Nous ne parlons pas d'infection, car à l'heure actuelle, il est entendu que l'on doit faire aseptiquement une ponction articulaire.

Schede ☐fait suivre la ponction de lavage antiseptique intra-articulaire. Rendu (1) injecte 5 à 6 centigr. de sublimé ☐au 1/4,000].

Nous pouvons que formuler les mêmes critiques et dire que l'hydrathrose chronique d'emblée se trouverait bien de la **massothérapie**.

L'arthrotomie ☐précoce suivie d'un badigeonnage de la synoviale au chlorure de zinc supprime la douleur et prévient l'ankylose. Sur 45 cas, on note 43 guérisons complètes avec retour des **mouvements** articulaires et 2 insuccès pour 2 cas d'arthropathie du **poignet** (3). Nous devons nous incliner devant les résultats obtenus.

Cependant voici quelques remarques qui nous ont

(1) Rendu, *Société médicale des hôpitaux*, 1893 ; – Philippi, thèse de Paris, 1893 ; – Gaillard, *Société médicale*, 1905 ; – F. Guyot, thèse de Paris, 1906 ; – Mongour, *Bull. méd.*, 1907, p. 391.

(2) Thiery, *Soc. anat.*, 1892 ; – Walther in Christen, thèse de Paris, 1893 ; – Hopenhendler, thèse de Paris, 1894 ; – Lasalle et Ténédat, *Montpellier med.*, 1894 ; – Spencer, *Sem. médi.*, 1894.

(3) Brés, thèse de Paris, 1897.

## Page 29

paru fort juste et que nous ne pouvons nous dispenser de citer ici :

« L'incision de la synoviale n'évacue que fort peu de chose ; la synoviale est infiltrée dans toute son épaisseur, et souvent le tissu cellulaire sous-synovial l'est aussi.

« Qu'on remarque d'ailleurs que les microbes sont ici peu nombreux et qu'ils ne demandent qu'à se détruire et à disparaître d'eux-mêmes, laissant seulement des traces d'ailleurs durables de leur passage.

« Les substances employées pour détruire les microbes sont moins nuisibles pour ceux-ci qu'aux tissus.

« Pour l'épaule, la hanche, ce sont de véritables interventions et l'on peut hésiter à entreprendre des opérations sérieuses contre une arthrite blennorrhagique simple dont le pronostic ne menace pas la vie, et après lesquelles il n'est pas démontré que l'avenir du membre soit beaucoup meilleur » (1).

Nous pensons donc pas « que la durée du traitement ait été plus courte » (2) et que l'efficacité de l'arthrotomie soit plus grande que celle du massage.

Nous en arrivons maintenant au traitement de la polyarthrite subaiguë « forme bénigne la plus commune du pseudo-rhumatisme blennorrhagique, forme oligoarticulaire, présentant une grande fixité dans ses localisations, disparaissant très lentement en laissant le plus souvent des traces de son passage. La résolution définitive est lente à se faire, et il persiste souvent des adhérences fibreuses donnant lieu à des raideurs articu-

(1) Morestins, *loc. cit.*, p. 190-191.

(2) Mauclaire, *loc. cit.*, p. 128.

## Page 30

liaires de l'ankylose ; celle-ci est très fréquente dans les petites articulations. L'atrophie musculaire est rapide; intense et rebelle aux différentes méthodes de traitement » (1)

A ce processus pathologique qu'oppose-t-on ? Si l'épanchement est peu abondant on indique l'immobilisation en bonne position, les révulsifs, le massage et l'électrisation musculaire. Nous savons ce qu'il faut penser de l'immobilisation simple, des révulsifs. L'électrisation musculaire est

utile, mais pas nécessaire, surtout si l'on emploie le **massage** qui n'est pas proscrit dans ce cas.

Si l'épanchement est abondant et persistant, on propose l'arthrotomie ou la stase <sup>(1)</sup>veineuse de Bier qui donnerait de bons résultats (2).

Pour nous, quand l'épanchement est abondant, il doit se résorber si l'on emploie le **massage** et dans ce cas, il se sera pas persistant. Mais nous pensons qu'en parlant de **massage**, on ne sait pas ce qu'il est en réalité et il ne semble pas alors plus efficace qu'un autre mode thérapeutique. Cependant nous constatons avec plaisir qu'il est indiqué.

Nous ne dirons ici rien de plus pour le traitement de la polyarthrite subaiguë, puisque on nous propose les mêmes moyens pour la monoarthrite aiguë.

« Cette forme grave est souvent une périarthrite phlegmoneuse. Il y a souvent une période prodromique <sup>(1)</sup>constituée par des arthralgies multiples pluri-articulaires ;

(1) Mauclaire, *loc. cit.*, p. 119.

(2) Hirsch, Berlin, Klin. Wochenschr. <sup>(1)</sup>, 1905, n° 39. t., p. 128.

## Page 31

puis caractérisant le début de la période d'état, survient brusquement une douleur très vive, tenace, plus marquée la nuit que le jour, se calmant peu par le repos, insupportable au moindre **mouvement**. La pression est douloureuse. Cette douleur soit spontanée, soit provoquée, est remarquable par son acuité et par sa persistance. Le gonflement est très marqué et occupe aussi et surtout les **parties molles** péri-articulaires, qui se dépriment en godets sous la **pression digitale**. La peau est rouge, chaude, oedémateuse... Il y a de la contracture musculaire... L'impotence fonctionnelle est absolue... La température locale et la température générale sont élevées ; l'insomnie est la règle... Le plus souvent l'épanchement est peu abondant, il est louche, pyoïde <sup>(1)</sup>, véritablement inflammatoire... Le membre prend bientôt une attitude vicieuse, qui a une grande importance au point de vue du pronostic fonctionnel ultérieur, cas souvent elle persiste » (1).

Telle se présente la monoarthrite aiguë. On la traite également par l'immobilisation en bonne position dans un appareil plâtré « et ce qu'il est important à signaler dans le traitement de cette forme comme des précédentes, c'est l'importance du **massage**, de la mobilisation articulaires et de l'électrisation musculaire *dès que les symptômes aigüs sont disparus* » (2).

Nous sommes heureux qu'on reconnaisse l'importance du **massage**, mais hélas ! on s'empresse

bien vite de la diminuer par cette restriction : *dès que les symptômes aigus sont disparus.*

(1) Mauclaire, *loc. cit.*, p. 120.

(2) Mauclaire, *loc. cit.*, p. 128.

## Page 32

Qu'on me permette de rejeter la discussion plus loin et d'en finir avec la revue thérapeutique, par le traitement des formes plastiques, ankylosantes sans épanchement, des formes noueuses. Ce sont les reliquats de la monoarthrite aiguë qui a revêtu un caractère de chronicité. « L'épanchement articulaire qui, en général, était peu abondant, se résorbe, les ligaments se rétractent, le cartilage et les extrémités osseuses augmentés de volume s'altèrent, se gonflent : des exsudats fibreux se forment dans l'articulation. Des atrophies musculaires rebelles, des **mouvements** de latéralité anormaux contribuent à augmenter l'impotence du membre, et une ankylose plus ou moins complète se produit, c'est l'arthrite plastique ankylosante de Brande <sup>[1]</sup>, Gosselin, **Nicaise**, etc... ou l'arthrite plastique disloquante, si les phénomènes destructifs ont été prépondérants. La résolution complète est donc exceptionnelle, car l'atrophie musculaire est très tenace et persiste souvent malgré le traitement » (1).

Ce tableau des suites trop souvent réalisées de la mono-arthrite aiguë serait beaucoup moins sombre ou mieux réduit à néant (2) si le **massage** était institué pendant la période aiguë de cette synovie grave. Pour cette forme ankylosante, on indique l'iodure de potassium <sup>[2]</sup>, le sulfate de quinine <sup>[3]</sup>, les injections sous-cutanées de sublimé <sup>[4]</sup>. Mais le meilleur traitement pour éviter les désastres de la terminaison de la forme ankylosante, c'est : « la mobilisation précoce dès que la phase aiguë

(1) Mauclaire, *loc. cit.*, p. 120-121.

(2) Voir obs. VIII.

## Page 33

est passée, et le **massage**, joint à l'électrisation des muscles, diminuera autant que possible cette tendance à l'ankylose ; quand celle-ci est définitive, il faudra recourir à la résection orthopédique » (1).

Ici nous comprenons très bien que l'on fasse une restriction et que l'on dise : « Mobilisation

précoce dès que la phase aiguë est passée ». Car la mobilisation est douloureuse en période aiguë.

Mais nous avons vu l'effet analgésique du **massage** précoce, et la mobilisation précoce sera supportable.

Quant à la pyarthrite **blennorrhagique** qui peut être l'aboutissant d'une mono-arthrite, nous ne pouvons ici discuter l'arthrotomie ☒ qui est le seul moyen thérapeutique.

En dehors des pyarthroses, nous pourrions instituer le **massage** précoce à toute les formes des manifestations articulaires et synoviales de la blennorrhagie. Or « si l'arthrite blennorrhagique est une affection grave par ses conséquences, il est remarquable qu'elle n'a généralement aucune tendance à la suppuration. Elle est essentiellement plastique et ankylosante. Cependant l'arthrite suppurée s'observe parfois, très rarement ! » (2)

L'arthrite blennorrhagique est une arthrite spéciale dans la pathologie, car son microbe a une réaction spéciale.

Un fait est certain, c'est qu'il n'y a généralement pas de suppuration gonococcique primitive. Le gonocoque

(1) Mauclair, *loc. cit.*, p. 129.

(2) **Morestins**, *loc. cit.*, p. 164.

## Page 34

produit le plus quand il est associé ; sa caractéristique est de déterminer une **exsudation** abondante particulière ; il y a surproduction de fibrine. Dans une articulation envahie par le processus inflammatoire dû au microscope de Neisser, il ne se produit de la suppuration que s'il y a infection secondaire, soit dans l'urétrite, soit souvent par ponction suspecte.

Le danger dans une arthrite blennorrhagique n'est donc pas le pus, mais l'exsudation fibrineuse qui est intense et sa déplorable tendance à s'organiser.

Et que fait-on actuellement ? Sinon d'en faciliter l'organisation ? Au lieu de combattre cette tendance, au lieu de prévenir l'ankylose, on cherche par l'immobilisation à faire prendre cette exsudation fibrineuse, à en faire un ciment qui ne cédera plus. On ankylose systématiquement.

Pourquoi donc ? C'est qu'il n'y a aucun moyen d'empêcher cette ankylose, on ne peut que lui permettre de se produire dans de bonnes conditions. mais si bonnes soient-elles, nous pensons qu'avoir le libre jeu de son articulation est encore mieux !

Le **massage** est un moyen efficace de lutter contre l'ankylose. Il est admis de **masser** les ankyloses. Les résultats sont lents, difficiles et souvent imparfaits.

*Prévenir l'ankylose serait donc préférable.*

Comment ? Par le **massage**. Oui, mais à quel moment **masser** pour ne pas réveiller les phénomènes aigus. Voilà la crainte : *les phénomènes aigus*. Eh bien ! qu'on nous laisse dire ici que, si l'on **masse** une articulation refroidie et déjà ankylosée, *la seule condition* pour lutter efficacement contre l'ankylose, c'est que, sous l'influence

## **Page 35**

des manipulations, il se produit une réaction des tissus, une phase *subaiguë, même aiguë*, où il y aura gonflement, douleur, chaleur.

Cette phase aiguë est, *l'indice de perméabilisation* des tissus sans laquelle on ne peut obtenir leur assouplissement qui permettra de mobiliser l'article ☒.

Étant donné ceci, qui est un fait clinique indéniable, quel temps précieux on a perdu puisqu'il faut produire une phase subaiguë et même aiguë pour être assuré que l'ankylose sera traitée avec une chance de succès. Quel temps on a perdu ! puisque, à un moment de l'évolution de la maladie, à son début, il y avait des phénomènes subaigus ou aigus, qu'on avait qu'à apaiser pour arrêter la tendance à la plasticité, pour prévenir l'ankylose. A ce moment, logiquement, en instituant le **massage précoce**, puisque pour la classer, on est obligé de produire une phase aiguë.

D'où notre idée, déjà formulée par **J. Fège** et appliquée par lui, il y a vingt ans, de **masser** précocement, voire immédiatement. Comment se fait-il qu'elle ne soit pas déjà depuis longtemps répandue et mise en pratique. C'est, dit-on, que des manipulations sur des tissus en processus inflammatoire, que le **massage** sur une articulation pathologique, peuvent amener la suppuration.

Jamais nous n'avons constaté ce fait. Le **massage thérapeutique**, tel que nous le décrivons, ne transforme pas une hydrarthrose aiguë blennorrhagique en pyarthrose.

Nous avons vu que ce n'était pas l'évolution spontanée de la blennorrhagie articulaire, que cette évolution

## Page 36

spontanée était l'**exsudation** fibrineuse tendant à l'organisation.

Connaissant bien l'action du **massage** sur les exsudations, il est logique de l'appliquer contre les exsudations, fussent-elles blennorrhagiques.

Par conséquent, nous **masserons** toutes les arthrites blennorrhagiques dès le début, *en pleine période aiguë* nous chercherons à faire résorber les exsudations et non à les laisser s'organiser. Notre tâche sera d'autant plus facile que nous aurons commencé précocement et nous rayons les conséquences de la blennorrhagie articulaire l'ankylose comme moyen de traitement. Notre malade, traité par le **massage** méthodique précoce pourra se servir de son articulation.

Il nous faut, avant de quitter ce chapitre, parler de ce qui est encore préconisé dans les traités médicaux, tel que le *Nouveau traité de médecine* Brouardel-Gilbert-Thoinot. On peut donner des médicaments internes, tel le salicylate de soude ☐ à forte doses et ses succédanés.

Ce traitement ne change rien à l'arthrite, il atténue la douleur.

Les narcotiques sont plus ou moins efficaces contre la douleur. Nous verrons qu'avec le **massage** précoce, on peut supprimer leur emploi, et personne ne contestera qu'il y a un avantage appréciable.

Les bains térébenthinés donnent de bons résultats.

Les injections locales de salicylate de soude sont aussi préconisés. Nous avons vu une malade traitée ainsi pour une synovite blennorrhagique du cou de pied.

La malade est restée une quinzaine de jours à l'hôpital. Nous sommes assurés qu'elle aurait pu le quitter, grâce

## Page 37

au **massage**, dans les cinq ou six jours. Nous pensons donc que l'injection locale est suffisante.

Des essais de vaccinothérapie et de sérothérapie ont été tentés. Il serait à souhaiter que de telles méthodes soient efficaces. Nous avons vu des malades soignés en médecine par la méthode des vaccins de Wright (Almroth ☐), et passés en chirurgie pour être mobilisés (1), car il y avait

ankylose et pas en bonne position.

L'air chaud (2) a donné d'excellents résultats ; il supprime la douleur et produit la résorption assez rapidement ; il n'empêche pas l'atrophie musculaire et on doit lui adjoindre le **massage**.

Les appareils et toiles radifères à sels collés furent appliqués sur des arthrites gonococciques ; ce sont des essais louables.

« Il existe une correspondance directe au point de vue topographique entre l'application des appareils et l'analgésie ☒. C'est ainsi qu'on peut analgésier complètement la moitié d'une articulation comme le genou, l'autre moitié restant douloureuse » (3).

Par le **massage**, on anesthésie toute l'articulation au même degré. De plus, il faut certaines précautions dans l'application du **radium** qui peut être dangereux s'il passe des rayons x qui produisent des brûlures.

Les boues **radio-actives** ou boues artinifères en pans-

(1) C Mainini, Action du vaccin gonococcique sur les arthérites à gonocoques.

(2) Grunspan (Mathilde), et Faroy (Georges-Louis), Traitement des complications articulaires de la blennorrhagie par l'air chaud, *Gasette des Hôp.*, 1910, N°26.

(3) Dominici et Gy, De l'application du radium au traitement du rhumatisme blennorrhagique. *La Clinique*, 1908, N° 4

## Page 38

ment atténuent la douleur après trois ou quatre applications, en trois ou quatre jours. Mais elles produisent de l'érythème, ce qui oblige à interrompre le traitement et alors la sédation de la douleur est un peu tardive. Il faut répéter assez longtemps le traitement pour avoir résultat plus ou moins définitif. Il n'y a pas davantage à pas davantage à employer ce traitement. Le **massage** agit plus rapidement.

On a enfin proposé l'injection péri-articulaire ou intra-articulaire de sels insolubles de radium (1) ; c'est la méthode de choix dans les traitements radio-actifs. La douleur cède rapidement, ce qui permet la mobilisation. Mais les injections sont douloureuses. Les observations sont intéressantes. Nous en notons une, où un malade traité par cette méthode le 9 mars 1910, sort de l'hôpital le 20 avril, soit une cinquantaine de jours. Nous montrerons que le **massage** a donné des résultats plus rapides.

Tout récemment, on a proposé le traitement électrique de l'arthrite blennorrhagique (2) ; théoriquement, il nous paraît être parfait. Cependant, quoique l'auteur en dise, on peut dans la période aiguë faire des manipulations de **massage** et nous pensons que celui-ci agit encore plus rapidement et plus sûrement.

Nous reconnaissons qu'il est peut-être plus délicat d'appliquer le **massage** selon les règles que de placer

### **Page 39**

deux électrodes convenablement ; mais ce n'est pas là ce qui peut lui enlever sa valeur.

Nous citons tous ces traitements pour être complet et impartial.

Avec le **massage**, nous n'agissons pas en aveugle. Il y a un contrôle incessant que les doigts exercent sur l'état des tissus et le degré de leur réaction.

Tout ce que nous savons maintenant du **massage** répond aux conditions exigées du traitement : « Sécurité dans son application, car jamais nous n'avons vu d'accidents imputables aux manipulations exécutées méthodiquement et dans les conditions que nous avons exposées : technique sûre, effets toujours les mêmes, constant dans tous les cas auquel le **massage** précoce est appliqué : tout concourt au même but.

Nous croyons pouvoir trouver réunis dans une méthode de traitement un plus grand nombre de facteurs comme garantie de l'efficacité.

Le **massage** est une méthode de choix à préférer aux autres méthodes de traitement encore à l'heure actuelle en honneur dans la **cure** » des arthropathies blennorrhagiques.

---

### Méthode proposée. – La massothérapie précoce

---

Ainsi « l'arthrite blennorrhagique aiguë typique est toujours une maladie grave pour l'avenir du membre.

« Nous avons vu que la maladie, passée la période inflammatoire, entrait dans une phase torpide ☞, désespérante par sa longue durée. Les tentatives de mobilisation amènent des retours offensifs, la maladie abandonnée à son évolution spontanée conduit à l'ankylose. Entre ces deux écueils la route est difficile ; le temps passe et la maladie ne finit point par guérir. C'est par mois qu'il faut trop souvent chiffrer sa durée. Enfin, les douleurs diminuent et cessent ; les tissus deviennent plus souples et l'on peut connaître exactement ce que la maladie a laissé de **mouvements**. Parfois l'ankylose est complète. On peut assurer que cette terminaison est très fréquente chez les individus qui n'ont pas été soignés ou l'on été négligemment ; qu'elle survient parfois en dépit des meilleurs soins... Chez d'autres plus heureux, l'ankylose est incomplète et les surfaces articulaires sont susceptibles de certains déplacements.

« Si restreinte qu'en soit la mesure, on peut fonder là-dessus quelque espoir pour l'avenir. On peut attendre beaucoup de l'exercice, de la mobilisation spontanée ou

chirurgicale, si le sujet est jeune, énergique, désireux de guérir. Il y a à cet égard une grande différence entre le malade pusillanime et douillet, et celui qui est courageux et patient. On arrive avec le temps chez ces derniers à augmenter dans les proportions considérables l'amplitudes des mouvements. Quoi qu'il en soit, il persiste chez un grand nombre de sujet des raideurs définitives qui diminuent beaucoup la valeur d'un membre.

« L'ankylose n'est pas la seule terminaison fâcheuse.

« Il arrive encore que la jointure, tout en gardant ses mouvements et en reprenant son apparence normale, conserve quelque craquements. C'est le début d'une arthrite sèche qui évoluera et augmentera avec le temps.

« Il est enfin des articulations qui guérissent mais restent pendant longtemps douloureuses, sans parler de l'impotence prolongée qui résulte chez beaucoup de ces malades de l'atrophie musculaire.

« Au pied, les douleurs peuvent s'éterniser et donner naissance à la contracture de certains muscles. C'est une variété de tarsalgie particulièrement rebelle, dont les conséquences sont désastreuses quand il s'agit d'ouvriers, de jeunes soldats, de pauvres gens obligés de travailler debout et de marcher.

« On le voit, les formes graves du rhumatisme blennorrhagique laisse presque toujours quelques traces permanentes de leur passage et parfois de pénibles infirmités.

« Mais même avec le retour apparent à l'état normal, il semble que l'articulation demeure chez certains sujet

## **Page 42**

un lieu de moindre résistance au point de vue des infections blennorrhagiques ultérieures.

« Il faut noter enfin que parfois la tuberculose vient se greffer sur ces articulations touchées et affaiblies par la blennorrhagie (1). »

Nous avons rapporté ce long passage parce qu'il dépeint mieux que nous n'aurions pu le faire, la marche, le pronostic et les conséquences du rhumatisme blennorrhagique qui a même été soigné. Pour proposer un traitement, il est nécessaire de connaître auparavant toutes les modalités de la maladie, de savoir ce qu'elle laissera après elle. La blennorrhagie articulaire est très pénible pendant son évolution est aussi redoutable par ses séquelles.

Pendant son évolution, c'est la douleur, c'est l'impotence fonctionnelle ; c'est le gonflement péri-articulaire et articulaire ; c'est la phlegmatie. Ensuite, ce sont les attitudes vicieuses, les raideurs, les douleurs, l'ankylose.

Ce qu'il faut, c'est lutter contre ces phénomènes ; c'est surtout atténuer la douleur pour permettre la mobilisation. C'est obtenir la résolution et la résorption pour éviter la fibrose et les raideurs.

Nous avons vu qu'à chaque forme, le traitement pouvait varier. Mais ce que nous voyons être préconisé comme entité thérapeutique, c'est l'immobilisation en bonne position dans une gouttière ou dans un appareil plâtré ; ce qui répond à deux besoins : diminuer la douleurs et empêcher les attitudes vicieuses.

Nous savons que malheureusement cette immobilité

(1) *Morestins, loc. cit.*, p. 169, 170, 171.

### Page 43

favorise l'organisation qui aboutit à l'ankylose, envisagée comme la guérison, et n'abolit pas les points douloureux profonds.

Aujourd'hui on se rend bien compte que la mobilisation est nécessaire, seulement faite tôt, elle est douloureuse et tard, elle est encore douloureuse. La crainte de la recrudescence des phénomènes aigus qui se produisent dès que l'on force un peu les **mouvements** empêche que cette mobilisation soit efficace. Nous savons aussi que l'immobilité ne lutte pas contre l'organisation des tissus ; nous avons déjà formulé qu'il était préférable de la prévenir. Et cela est possible.

Nous paraîtrions téméraires ou prétentieux si nous voulions faire table rase des traitements jusqu'ici employés. Cependant nous les avons discutés et nous pensons avoir persuadé qu'ils étaient souvent impuissants. Nous avons vu en effet l'aspect lamentable du malade atteint d'arthrite blennorrhagique qui, dans son plâtre, est laissé pendant des mois.

L'expectative ☒ peut être remplacée, croyons-nous, par la défensive et surtout par l'offensive **massothérapeutique**.

Nous déclarons impropre à guérir l'arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire à *rendre la fonction complète à une articulation touchée par la blennorrhagie* : l'immobilisation plâtrée, les révulsifs, les vésications ☒, les **pointes de feu**, les **liniments** calmants, la compression sous toutes ses modes.

Nous espérons une méthode qui nous semble devoir être plus rapide et satisfaire à toutes les exigences du traitement des phénomènes : douleur, phlegmasie, atrophie, ankylose : c'est *le massage précoce, immédiat*,

### Page 44

*l'immobilisation dans une gouttière et la mobilisation précoce.* Ce qui veut dire que l'on **massera** dès le début en pleine période aiguë, que l'on immobilisera dans l'intervalle des **séances** de **massothérapie** et que l'on mobilisera dès que la douleur atténuée permettra au malade quelques mouvements.

Nous reconnaissons que notre proposition est délicate à exécuter, mais nous espérons convaincre que cette thérapeutique est la seule rationnelle et est à elle seule suffisante pour mener à la guérison une arthropathie blennorrhagique.

Nous ferons exception, rappelons-le, pour la pyarthrite blennorrhagique, qui nécessite sans contestation l'intervention sanglante tout d'abord, et qui heureusement est exceptionnelle.

Tant qu'il n'y a pas de pus dans une articulation, il n'y a pas de contre-indication au **massage** méthodique.

Nous pensons avoir démontré au chapitre précédent (#) que la **massothérapie**, pendant les phénomènes aigus, apaise ces phénomènes et ne les exagérera jamais, que jamais, par conséquent, là où il n'y a pas de pus, il ne s'en produira par le fait des **manipulations** dont l'effet est l'atténuation certaine de ces phénomènes aigus. Cette crainte a vécu et ne peut être un argument contre la **massothérapie** immédiate.

Cette diversité des traitements employés ne prouve-t-elle pas leur insuffisance thérapeutique.

Il n'y a de spécifique contre l'arthropathie blennorrhagique, que l'immobilisation prolongée.

Pourquoi ?

## **Page 45**

Parce que, nous le répétons, elle empêche les attitudes vicieuses et atténue la douleur.

Mais aussi elle aboutit le plus souvent à l'ankylose ou l'impotence plus ou moins complète du membre.

Or contre l'ankylose, il y a la mobilisation.

Oui. Mais celle-ci, nous le savons, est douloureuse si elle est précoce, douloureuse également si elle est tardive et alors souvent inefficace.. Et c'est pourquoi nous avons tant d'estropiés par arthrite blennorrhagique.

Il faut avoir **massé** des arthrites blennorrhagiques en période aiguë, dès les premiers jours, pour être convaincu de ceci :

1° Soulagement immédiat du malade ;

Diminution considérable de la douleur ;

Sommeil au lieu d'insomnie ;

2° Abaissement de la température ;

Rétrocession des phénomènes généraux ;

3° Localement :

Disparition de l'hyperesthésie ☒;

Diminution de la tension péri-articulaire et articulaire ;

Perméabilisation des tissus ;

Abaissement de la température locale ;

Résorption de l'œdème ;

Conservation trophique ☒des muscles ;

Retour des mouvements spontanés ;

D'où la facilité des mouvements **passifs** ;

4° *Restitutio ad integrum* ☒de la fonction.

Et cela le plus rapidement possible, une quinzaine, pour les cas de moyenne intensité. Le **bien-être** est ma-

## Page 46

nifeste après la 1<sup>re</sup> séance ; le sommeil permet aux malades de reposer. La **détente** se produit du 4<sup>me</sup> au 8<sup>me</sup> jour le plus fréquemment et à ce moment les mouvements reparaissent progressivement ; même si cette détente peut être longue à se produire complètement on a au moins l'avantage de conserver la nutrition des tissus péri-articulaires. Le malade profite, et du **massage** par le bien-être qu'il procure, par l'anesthésie réelle, et aussi de l'immobilisation dans l'intervalle. Le malade ne souffre pas et il se défend en outre contre le processus inflammatoire et fibrosant par l'entretien de l'activité circulatoire.

Une monoarthrite aiguë ankylosante de l'épaule ayant débuté le 9 mars 1910, que l'on voulait mettre dans un appareil plâtré, est complètement guérie le 16 mai. Ce malade, entré à l'hôpital le 22 mars, a été **massé** par nous le 26 mars, au 7<sup>e</sup> jour, est sorti le 7 avril pouvant s'habiller seul ; nous avons voulu le quitter avec le retour parfait de la fonction de son articulation scapulo-hulérale. Nous lui avons donné 34 séances en tout. Nous estimons qu'à la 24<sup>e</sup> séance, il aurait pu se passer de nos soins.

Le 19 avril, un mois après le début de cette arthrite, tous les tissus avaient leur aspect normal.

Quand on a eu ces résultats, on ne peut songer qu'avec effroi à l'appareil plâtré, aux appareils plâtrés qui souvent se succèdent, enserrant de plus en plus l'articulation, atrophiant avec sûreté, immobilisant souvent sans retour.

Et cela est encore ce qu'il y a de mieux pour beaucoup. Parce que le **massage** fait par les **empiriques** est trop

#### Page 47

souvent néfaste et qu'il serait dangereux en effet de faire **toucher** des tissus en processus inflammatoire par des mains non médicales et inexpérimentées.

Mais le **massage** méthodique, tel que nous le comprenons, peut sans danger s'appliquer à des tissus pathologiques et inflammatoires : **Estradère, Luca-Championnière, Castex et J. Fège** sont là pour en témoigner.

« Les principes qui doivent toujours guider dans l'application du **massage** thérapeutique, étant la douceur, la légèreté, la rapidité dans les mouvements », la **massothérapie** nous apparaît comme le moyen seul efficace contre les manifestations de la blennorrhagie articulaire.

**Massage** précoce, en pleine période aiguë, immobilisation temporaire et mobilisation **active**, puis **passive** est pour nous le traitement de choix de l'arthrite blennorrhagique.

Que le lecteur se reporte au chapitre de la physiologie, puis aux **observations** qui terminent ce travail, il sera convaincu comme nous, car la théorie ne dépasse pas la pratique.

Un point important nous reste à traiter dans cette fin de chapitre. C'est le pronostic de l'arthrite blennorrhagique traitée par le **massage** immédiat, et la mobilisation précoce.

Nous pouvons assurer que **masser** précocement, l'arthrite ne sera plus « une maladie grave pour

l'avenir du membre ».

Dès que la période inflammatoire sera vaincue par le **massage**, nous n'aurons pas à craindre de « phase torpide ☐, pas de phase désespérante par sa longue durée ». La mobilisation faite au fur à mesure que l'atténuation des

## Page 48

phénomènes aigus le permet, ne produit pas de retours offensifs. Est-il nécessaire de rappeler que l'ankylose complète ou incomplète sera évitée, si la **massothérapie** a été instituée bien avant qu'elle se manifeste.

Elle ne survient pas « en dépit des meilleurs soins » si ces soins ont été ceux que nous préconisons.

Lorsque notre malade est guéri, il ne persiste pas « de raideurs définitives, pas d'impotence prolongée, pas d'atrophie musculaire ». La valeur du membre est conservée.

La durée se trouve notamment écourtée et la maladie finit de guérir.

Les formes rares de rhumatisme blennorrhagique soignée ainsi, ne doivent pas laisser « de traces permanentes de leur passage, ni de pénibles infirmités ».

L'articulation traitée par le **massage** aura moins de chance d'être un lieu de moindre résistance. Nous ne dirons pas que le **massage** donne une résistance préventive, mais nous avons eu des exemples de malades traités par la **massothérapie**, qui, à une nouvelle atteinte plusieurs années après, ne présentait aucun symptôme inflammatoire au niveau de l'arthrite antérieurement touchée et guérie.

Voilà donc un pronostic sensiblement meilleur que celui qui existe encore jusqu'ici. Espérons que l'emploi de la **massothérapie** le maintienne dans l'avenir tel que nous ne craignons pas de le présenter.

Voyons maintenant quelle technique nous devons employer pour réaliser un traitement qui nous semble bien être le plus rationnel et le plus efficace.

---

## TECHNIQUE

---

« Beaucoup d'auteurs, nous pourrions dire tous, ont voulu faire du **massage** leur monopole ; en dehors d'eux, il n'existe pas ! Les uns s'attachent à signaler les mouvements spéciaux d'un ou plusieurs **doigts** de la **main** ; c'est une position particulière du **pouce** ou de l'**index** droit, tandis que le gauche est ailleurs exécutant une autre évolution ; les uns vantent le **massage** fait avec une seule main, les autres, avec les deux ; telle manipulation leur convient mieux, c'est celle-là qui remplit toute la méthode et la rend originale !

« Il est certain que vouloir analyser toutes les phases; tous les temps d'un mouvement, les diverses combinaisons qui s'enchaînent les unes aux autres et provenant d'organes comme les doigts et la main pourrait être qualifié de folie.

« La plupart de ces mouvements sont exécutés instinctivement, sans qu'on en ait conscience et

l'on se surprend, pour peu que l'on s'observe, à des combinaisons fort compliquées, impossible à décomposer, si l'on veut s'en rendre compte.

« Il est impossible de fonder là-dessus une **méthode** propre ni lui donner une extension générale.

« Il faut s'attacher avant tout à étudier les manipulations fondamentales, celles qui constituent les différents

## Page 50

mode de **contact** possibles avec les **téguments**, exécutées suivant un ordre déterminé, dans des conditions d'intensité de rythme, de durée réglées par l'observation ».

Nous aurons ainsi des données simples sur la technique, grâce auxquelles tout médecin qui les suivra, sans être spécialisé dans cette branche de la thérapeutique.

En appliquant les diverses manipulations telles qu'elles sont décrites dans **J. Fège**, on pourra faire une séance de **massothérapie** utile et surtout *non nuisible*.

Ces manipulations fondamentales se groupent en trois catégories :

1° **Effleurage** ;

2° **Pressions** ;

3° **Tapotement** ;

Nous devons ajouter que le quatrième élément d'une séance de **massage** est le **mouvement**. Devons-nous rappeler que la direction à donner aux **manœuvres** de **massage** est celle de la voie **centripète**, de la circulation de retour.

N'est-il pas superflu de dire que ces **manœuvres** s'exécutent avec la main, et qu'il est plus avantageux de s'habituer à l'usage des deux mains.

1° **Effleurage**. – L'**effleurage** consiste à exécuter avec les mains et les doigts des **frôlements** sur la peau, d'abord très léger ; peu à peu le **contact** s'établit jusqu'au **frôlement** et constitue une **manoeuvre** qui permet de la qualifier de profonde. On peut donc le diviser en *effleurage superficiel* et *effleurage profond*.

« Dans l'**effleurage** superficiel, les mains passent rapidement et alternativement au-dessus de la peau, bien étalées, s'il s'agit d'une surface plane, légèrement arrondies pour s'adapter à la région, si c'est une surface courbe qui est **massée**, recherchant à peine le **contact** ; parvenues au terme de leur course, elles se soulèvent et reviennent au point de départ, sans **toucher** le **tégument**. A mesure que les **manoeuvres** se répètent, le rapprochement avec la surface entamée se fait de plus en plus et le frôlement, de léger et superficiel qu'il était, devient plus adhérent, ne quitte plus pour ainsi dire la région **massée**, qu'à sa limite extrême du côté centripète. La rapidité de cette **manoeuvre** en assure néanmoins la légèreté. Malgré le degré de **contact**, cette dernière doit être toujours exécutée tangentiellement à la surface de la peau ; on ne doit jamais exercer de forte **compression** avec la main ou de serrement avec les doigts quand on pratique cet **effleurage**. Dès qu'à un certain moment on arrive à de véritables **frottements**, il faut veiller à ne pas prolonger au-delà de l'apparition de la rougeur de la peau.

« L'**effleurage** a pour but d'obtenir l'insensibilisation de la peau et des points douloureux profonds, en même temps qu'il suscite déjà un commencement de résorption dans les parties superficielles de la région soumise à son action. Mais sa grande efficacité se produit sur le phénomène douloureux ».

Mettons en garde d'une erreur possible. Souvent on parle de **friction** ; ce n'est pas une manipulation faisant partie du **massage**. Elle consiste en mouvements de va-et-vient plus ou moins rapide, agissant dans tous les directions.

Elle est donc différente de l'effleurage et ses effets sont tout opposés à ceux de celui-ci.

2° **Les pressions**. – Ces pressions comprennent un certain nombre de manipulations. « Elles se font perpendiculairement à la direction du membre ou de la portion du membre **massé**. Ce sont : la **pression manuelle** simple, la **pressions digitales** simple, les **pressions vibratoires**, le **pétrissage**, le **pincement**.

« Pour pratiquer la **pression manuelle simple**, on saisit à pleines mains la partie à **masser** ; on exécute tout d'abord des mouvements plus rapides et très peu étendus de **flexions** et d'**extension** des doigts ; en même temps les avant-bras se déplacent dans le sens centripète de l'organe **massé** qui se trouve **pressé**, serré d'une manière progressive dans toute son étendue. A la limite supérieure de la course, les mains abandonnent leur position et

viennent se replacer au point de départ.

« A mesure que ces **pressions**, dite simples, s'exécutent, on doit en augmenter la rapidité et en graduer la force ».

La **pression manuelle simple** comprend les mêmes **manoeuvres** répétées avec la **pulpe** des doigts réunis agissant seule ; on limite ainsi les points où la **pression** doit être exercée, les interstices musculaires par exemple. Le pouce est toujours en opposition, séparé des autres doigts par l'épaisseur des tissus saisis.

Si les mêmes mouvements sont exécutés avec une très grande rapidité, réalisant une véritable **trépidation**, ils constituent les **pressions vibratoires**.

Le **pétrissage** est aussi *digital* et *manuel*.

## Page 53

Le **pétrissage** digital est *superficiel*. « Les téguments sont seuls saisis entre deux doigts et pétris. Cette action très limitée est utile pour obtenir très rapidement la résorption de collections sous-cutanées, de l'œdème ayant envahi des zones plus ou moins étendues. L'emploi en est plutôt réservé au **massage** des articulations, de la surface dorsale du pied et de la main, en un mot, des régions peu fournies en **parties molles** ».

« Le **pétrissage** manuel est *profond*. C'est le vrai **pétrissage**, proprement dit. Il s'exécute avec une certaine force, mais qui est loin d'être brutale, en **malaxant**, en tordant de sens divers, suivant la position, les masses musculaires, soumises à cette action. C'est, on peu le dire, en générale, une manoeuvre de la dernière heure. En tous cas, on ne peut l'employer que lorsque la résorption complète est presque obtenue et que tous les tissus ont recouvré en partie leur souplesse, qu'il complète et achève, en même temps qu'il tonifie les muscles, ou il excite une grande activité circulatoire ».

Enfin nous décrivons une autre forme de **pression** qui est le **pincement**. Il consiste à soulever « une masse musculaire saisie entre le pouce et les autres doigts réunis, et détachée ainsi de sa partie profonde. Après une légère et rapide traction exercée de bas en haut, pour l'attirer vers soi, on laisse retomber cette masse. Rien n'est mieux fait pour exciter et réveiller la contractilité du muscle ainsi traité. Encore faut-il ici que les parties profondes soient encore dégagées de tout ce qui les encombrait au début du traitement.

On peut lui associer la *torsion* de la masse musculaire, qui produit l'élongation du muscle, favorable au réveil de sa contractilité.

## Page 54

3° **Tapotement**. – « L'action de donner de petits coups répétés à plusieurs reprises, est un *tapotement*. Les mouvements rappellent ceux de *hacher*, sont exécutés avec le bord cubital des mains, les doigts étendus ou fléchis à moitié, et même complètement (poings fermés) si on veut donner plus d'énergie à cette manipulation ; les choses se répètent, données perpendiculairement ou parallèlement à la direction des fibres musculaires ; ils se succèdent avec rapidité et souplesse... Ces hachures ne doivent pas être douloureuses ».

Le **tapotement** ne sera naturellement pas employé pendant la période aiguë.

Il est usité seulement à la fin du traitement, dans les dernières séances de la *cure*, alors que les parties **massées** ont récupéré leur souplesse ; l'*ébranlement* moléculaire profond provoqué par cette manipulation excite les filets nerveux, *sensitifs*, produit d'abord de la douleur, puis l'action continuant, celle-ci disparaît ; les filets nerveux sont également excités, d'où contradictions musculaires.

« Telles sont rapidement exposées et débarrassés de la production excessive de descriptions méticuleuses, les manipulations fondamentales, dont nous faisons usage ».

4° **Mouvements**. – « Les mouvements, compléments indispensables de tout séance de **massage**, sont *actifs* ou *passifs*.

Les *mouvements passifs* sont ceux que le médecin lui communique.

Disons tout de suite que l'arthrite blennorrhagique,

## Page 55

pendant la période aiguë ou nous instituons le **massage**, les mouvements sont impossibles, car très douloureux ; ce sera le malade et par conséquent le degré de la douleur qui commandera le début des mouvements.

On commencera par voir ce que peut faire seul le malade ; on ne fera pas des mouvements passifs qu'ensuite, de façon à être sûr de ne pas dépasser ce qu'il est permis au malade de faire.

Avec ces données, on peut être utile à un malade qui souffre.

« Il est une chose que personne ne peut prétendre posséder, dès le premier moment, c'est l'expérience acquise, notre meilleur guide dans cette pratique.

« L'habileté manuelle s'acquiert encore assez rapidement, l'expérience des faits ne s'acquiert qu'avec le temps. Combien elle est nécessaire pour arriver strictement au résultat proposé !

« L'éducation du **tact**, dont la finesse se développe peu à peu, est à faire pour le débutant.

« Une foule de renseignements fournis par les **sensations tactiles** font varier la rapidité, l'intensité, la durée des manipulations — telle manoeuvre fera les frais de toute une séance — telle autre viendra s'ajouter dans une certaine mesure et prendre, à un moment donné, la prépondérance que la première lui aura cédée. Tout cela ne peut s'enseigner, ni par l'exemple, ni par la démonstration ; il faut pratiquer, pratiquer toujours, donner toute son attention à ce que l'on perçoit ; il faut toujours chercher à se rendre compte des phénomènes qui

## Page 56

se déroulent sous les yeux, mettre en action enfin tout ce que notre profession exige de nous savoir, en énergie, en conscience pour l'accomplissement de notre devoir ».

Nous avons déjà dit que les principes que l'on doit toujours avoir présents à l'esprit, quand on applique « *la Méthode française de massage*, qui est avant tout « respectueuse de la douleur », sont : la douceur, la légèreté, la rapidité dans les mouvements.

Rappelons que le médecin se place du côté qu'il doit **masser**, par conséquent en dehors de la région atteinte ; que jamais il n'est besoin de se servir d'instruments ; que le **talc** pulvérisé est seul employé pour faciliter le glissement des mains ; cette poudre onctueuse est propre et permet « de conserver toute la netteté des sensations si précieuse, et toute la sûreté dans la palpation si nécessaire pour la parfaite exécution des manipulations. »

En possession de ces éléments, nous pouvons faire notre séance de **massage** à notre

malade atteint d'arthrite blennorrhagique, à la phase aiguë, du 1<sup>er</sup> au 5<sup>e</sup> jour par exemple.

Ce malade souffre beaucoup au moindre mouvement ; il ne peut supporter le poids du drap. Son article est chaud, tuméfié, ses muscles sont **contacturés**.

Plaçons-nous commodément, du côté du malade ; il faut que rien ne nous gêne dans nos mouvements ; il faut aussi supporter sans souffrir nos premiers **attouchements**. Point n'est besoin de plaques radifères appliquées tout d'abord pour insensibiliser et permettre les manoeuvres de **massage** ensuite, au médecin qui

## Page 57

sait rendre son contact insensible et faire fuir la douleur sous ses doigts.

Pour cela, nous commençons à **masser** au-dessus de l'article enflammé, en dehors des tissus pathologiques ; à, le malade ne se plaint pas.

Nous employons l'**effleurage** superficiel, très léger : ce doit être un souffle **caressant**, s'exécutant loin du foyer douloureux tout d'abord, pour gagner ensuite vers les lésions.

On obtient ainsi l'insensibilisation et l'on prépare les voies de résorption.

« Petit à petit, à mesure que l'action s'accroît, que l'anesthésie se produit et qu'une certaine activité circulatoire se développe dans la région saine, on se rapproche et bientôt on peut attaquer directement la lésion. » A ce moment, soyons délicat et très léger, afin de ne pas réveiller un peu la douleur.

Le malade est tout étonné de voir vos mains passer au niveau de son articulation douloureuse : il ne souffre pas et sent la douleur s'atténuer progressivement ; un **bien-être** se produit.

Si cet effet se manifeste lentement, en une vingtaine de minutes, et que les tentatives d'**effleurage** profond ne soient pas acceptées sans douleur, on doit en rester là pour la première séance.

Mais souvent, dans les cas moyens, cet effet se produit plus rapidement, en une dizaine de minutes, et l'on peut tenter de passer insensiblement à l'**effleurage** profond.

Le mieux est de revenir à la région saine, pour approfondir ses **manipulations** et les

rendre indolores au

## Page 58

niveau de la zone pathologique. Une insensibilisation plus profonde augmente le bien-être du malade et permettra de passer aux pressions légères digitales et manuelles que l'on exécute sur les tissus sains ; ces **manipulations**, « en **pressant** progressivement sur ces parties, produisent une espèce d'aspiration centripète tendant à dégager les parties périphériques engorgées. » On graduera les effets de ces **pressions** en revenant au niveau des régions enflammées qui pourront les supporter ; alors on refoulera, mais toujours avec légèreté, en se guidant sur la réaction douloureuse, qui doit être nulle, les liquides épanchés à travers ces tissus pathologiques, très susceptibles de douleur, on les dirigera vers la limite où les voies de la résorption sont toujours prêtes. Remarquons que si ces **manoeuvres** provoquaient la moindre sensibilité, on peut toujours reprendre quelques secondes **l'effleurage** léger et rétablir l'anesthésie jusqu'à ce que la détente déjà manifestée une première fois se reproduise.

Lorsque le soulagement est complet; lorsque les tissus sont un peu souples, il faut laisser le malade sous l'impression de ce bien-être.

Une première séance peut comprendre que de **l'effleurage** superficiel. Mais le plus souvent nous pouvons la mener à bien, telle que nous avons essayé de la décrire.

On remettra l'article  en immobilité, dans les meilleures conditions. Le malade s'**endormira** souvent après cette **séance**.

Dans les premiers jours, ayant surtout la douleur à combattre, on peut faire deux séances, une le matin et

## Page 59

une vers huit heure du soir pour permettre une nuit de repos.

On ne cherchera pas à faire des **mouvements actifs**, ni **passifs** : ce n'est pas le moment.

« La **durée** des séances est très variable ; il faut tenir compte des difficultés rencontrées selon la gravité des cas ; les malades eux-mêmes offrent des conditions plus ou moins favorables. Mais en moyenne vingt **minutes** de **massage** suffisent pour obtenir cette **détente** bienfaisante. L'effet utile de la séance ne demande pas plus de temps à se produire. Nous verrons aux cas spéciaux s'il y a des modifications à apporter à cette formule générale. »

Ainsi en moyenne vingt minutes de détente et autant pour l'effet utile. Il faut compter une trentaine de minutes en générale. Au début, cela suffit amplement.

On devra surtout se guider sur ses **sensations** personnelles et sur celles du malade, pour la durée de la séance. Il faut que le malade soit très soulagé, ressente un bien-être très appréciable ; il faut que le médecin sente les tissus assouplis et plus maniables, grâce à leur perméabilisation.

Dans l'intervalle des premières séances, il y a afflux d'exsudation et l'on retrouve aussi tendu, à la deuxième séances, des tissus qui l'étaient moins à la fin de la première : il y a une apparence de poussée offensive de la part des tissus. Nous avons toujours observé ce fait dans les 4 ou 5 premières séances au plus. C'est que la production de sérosité infiltrante est plus considérable que la résorption n'est rapide. Par les premiers **massages**, il y a bien une détente, mais elle est surtout superficielle, car il est

## **Page 60**

difficile d'atteindre immédiatement les masses profondes. Celles-ci sont encombrées et ne servent pas encore de voies de résorption. Les voies de résorption superficielles ne suffisent plus, quelque temps après la séance, à évacuer l'exsudation surabondante. Et celle-ci l'est d'autant plus qu'il y a, par l'effet du **massage** initial, une activité circulatoire plus grande, une perméabilité superficielle, alors que profondément l'activité circulatoire n'a pas été très modifiée et que la perméabilité est à peine ébauchée à ce niveau.

Mais qu'on ne voit pas là matière à critiquer le **massage** précoce (les mêmes phénomènes se passeraient si l'on avait affaire à des tissus refroidis), au contraire c'est une preuve qu'il agit efficacement.

D'ailleurs l'équilibre va s'établir, souvent dès la cinquième séance : c'est le moment de la vraie détente, de la crise. Les tissus profonds auront été modifiés et perméabilisés ; ils ne feront plus barrage à la résorption, qui hier prenait les voies superficielles, les seules libres, mais trop étroites : d'où inondation et gonflement stationnaire. Les voies profondes maintenant s'ouvrent, et alors, à la 6<sup>e</sup> séance, on constate une diminution du gonflement.

Donc systématiquement : premières séances = anesthésie et activité circulatoire superficielle : gonflement stationnaire : aucun progrès apparent.

6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> séance = activité circulatoire profonde s'ajoute à la superficielle = résorption plus rapide : chaque jour maintenant il y a diminution du gonflement.

Les cinq ou six premières séances diffèrent peu de la première.

## Page 61

Cependant peu à peu, on s'aperçoit que les manipulations peuvent être plus profondes, que la période d'insensibilisation est plus courte, que les tissus se dégorgent plus facilement et plus vite, qu'ils sont moins infiltrés.

Déjà aux 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> séance, la douleur atténuée et le début de détente permettent au malade des tentatives prudentes de mobilisation actives de son article.

Le retour des mouvements prouvent l'amélioration des muscles ; eux aussi se perméabilisent. Le retour de la contractilité est dû, croyons-nous, à une sorte de nettoyage des muscles par l'activité circulatoire profonde qui se manifeste du 5<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> jour du **massage**. Ne se produit-il pas là une sorte d'élimination, de chasse des produits toxiques qui contribuaient à la contracture musculaire ? à la sidération des tissus ?

Nous tenons à mettre en relief que c'est le malade qui doit faire les premiers mouvements. Ainsi, on ne risquera pas, si attentif soit-on, de dépasser la limite permise par l'état de la sensibilité préarticulaire. Le malade mobilisant son article ne se fera pas mal et ses petits mouvements seront très utiles, et pour la résorption de l'épanchement intra-articulaire, et aussi pour réparer les muscles à récupérer leur contractilité.

« Les plus grandes difficultés de la méthode résident dans les premiers jours de traitement, car il faut prévenir l'organisation de l'épanchement et les inconvénients dus à l'immobilité forcée. »

Dans l'arthrite blennorrhagique, nous sommes donc heureux de constater le retour de ces **mouvements actifs** ; il est rare qu'ils ne reparassent pas vers le 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>

## Page 62

jour. Lorsque ces mouvements actifs sont apparus, le médecin peut mobiliser l'articulation, mais jamais il ne doit forcer : il doit faire autant que le malade, mais jamais plus. La douleur sera son guide.

« Ce n'est que lorsque toute trace d'inflammation articulaire a cessé, que nous faisons des mouvements forcés. Nous conseillons dans ces cas de ne jamais oublier le précepte de **Malgaigne** : dans la flexion ou l'extension des articulations, ne pas aller au-delà de la douleur tolérable...

« Tant qu'un mouvement d'une articulation est douloureux, même s'il est parvenu à sa limite physiologique, on ne doit pas considérer le malade comme absolument guéri. Le traitement doit cesser, lorsque la sensibilité est devenue nulle. »

Ainsi, dans les premières séances 1, 2, 3, 4 : insensibilisation ; obtenir l'anesthésie est le premier but : **effleurage** superficiel exclusivement ; obtenir l'anesthésie est le premier but : **effleurage** superficiel exclusivement, auquel on associe, souvent efficacement, l'**effleurage** profond manuel et digital plus spécialement sur la circulation.

De la 5<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> séance, généralement grande détente, qui permet d'ajouter les **pressions** manuelles et **digitales**, le **pétrissage**, la mobilisation **active** précoce ; on peut se préoccuper de l'infiltration des tissus, de lutter contre la tendance à l'atrophie, aux raideurs articulaires.

Vers la 10<sup>e</sup> séance, on ajoute la mobilisation passive précoce.

A partir de la 15<sup>e</sup> séance : retour du fonctionnement de l'articulation. Il ne faut pas encore, à ce moment,

## Page 63

abandonner son malade : il n'est pas guéri ; nous avons toujours à éviter le retour de phénomènes offensifs qui pourraient à ce moment se produire.

Mais quel avantage nous avons, puisqu'il y a déjà un léger fonctionnement. Il faut préserver encore et faire du **pétrissage** profond, explorer toutes les parties périarticulaires, l'article lui-même : il faut aller à la recherche des points douloureux profonds et les faire

disparaître.

Les progrès sont manifestes ; la fonction revient de plus en plus ; les douleurs sont très rares, ne se produisent qu'à un mouvement passif maximum.

Nous sommes conduit ainsi à la 25<sup>e</sup> séance.

Mais notre malade n'est pas guéri ; parachevons notre oeuvre. Les mouvements forcés à l'extrême limite donnent encore une douleur qui s'atténue de jour en jour. La fonction active est complète : mais tant qu'une douleur existera au mouvement forcé, gardon notre malade.

On fera bien vers la 25<sup>e</sup> séance, quelquefois avant, d'espacer les **massages**. Nous verrons notre malade que tous les 2 jours, pendant une semaine par exemple, puis tous les 3, 4, 6, 8 jours.

Lorsque tous les points douloureux profonds, insertion des ligaments, gaines tendineuses, sont abolis à la **pression**, que les muscles ont récupéré leur tonicité, que les mouvements actifs et passifs sont indolores à l'extrême flexion ou extension, que le malade n'éprouve aucune fatigue de l'usage de son membre, qu'il se présente à nous après une quinzaine tel que nous l'avions laissé, il est guéri.

## **Page 64**

Il nous a fallu 30, 35 séances, quelquefois moins, quelquefois plus. Mais qu'importe le nombre des séances devant un bon résultat !

Être guéri d'une monoarthrite de l'épaule, pas tout à fait 2 mois après son début et 34 séances, n'est-ce pas mieux que la demi-raideur de l'ankylose qui se serait produite par tout autre traitement classique.

On nous permettra de faire remarquer que la rapidité des résultats est subordonnée à l'expérience du **massothérapeute**. Cependant nous sommes certains qu'un médecin pourra être utile, et jamais nuisible à son malade, s'il applique la méthode que nous exposons ; peut-être que la détente ne sera pas aussi précoce, mais elle se fera toujours et par cela même la mobilisation active pourra être tentée sans crainte ; le médecin aura évité à son malade les inconvénients des traitements que nous avons discuté.

Nous pensons convaincre maintenant le lecteur. Nous pouvons lui assurer les meilleurs résultats possibles par le meilleur traitement possible.

Voyons maintenant quelques indications particulières à quelques types d'articulations (1).

**Massage de l'arthrite, de la synovite blennorrhagique de la tibio-tarsienne, du cou de pied.** — Le malade doit être couché, le pied reposant sur le plan du **lit** ou mieux sur un **cousin** de balle d'avoine, et plus élevé que le reste du membre, la jambe allongée parallèlement au bord du lit.

(1) Ce qui suit est pris quant au fond et souvent quant à la forme, dans **J. Fège**.

## **Page 65**

L'opérateur doit se placer du côté du membre atteint et il aura avantage à s'asseoir. On prend le **talc**, placé dans une soucoupe, du bout des doigts, au fur et à mesure des besoins ; on ne doit jamais saupoudrer toute la région à **masser** avec des quantités véritablement exagérées de **poudre**, comme nous l'avons vu faire bien souvent.

Les règles générales du **massage** doivent être suivies ponctuellement. On débute au-dessus du cou de pied, au 1/3 moyen de la jambe, pour gagner peu à peu, après insensibilisation, les régions pathologiques. L'anesthésie produite, les manipulations insisteront, quand le degré de détente le permettra, surtout au coup de pied, à la région antérieure, pour sauvegarder les gaines des extenseurs ; il faudra refouler les produits épanchés vers la gouttière rétro-**malléolaire** interne, et tous les exsudats existant au niveau du creux calcanéo-astragalien seront poussés du côté externe vers l'espace rétro-malléolaire ; les doigts ou les pouces contournent les malléoles et **pressent** en remontant les **parties molles** de cet espace rétro-malléolaire. On insistera davantage du côté interne à cause de la présence des vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs : cette région est celle où, dans la suite, la douleur peut se faire sentir.

Lorsque la disparition de la douleur, le dégonflement le permettent, que les mouvements actifs et passifs sont récupérés, vers la quinzième séance, il faut songer à faire lever son malade.

Voici un moyen de savoir s'il pourra porter le poids de son corps, et celui-ci nous a toujours réussi, dans les cas où il s'est agit de commencer la marche après un plus

## **Page 66**

ou moins long séjour au lit (blennorrhagie articulaire, entorses, arthrite traitées d'abords par l'immobilité, la compression, et fractures) : prendre la plante du pied à pleine main, dire au malade d'étendre tout son membre inférieur, et de résister à la **pression** que nous exerçons, de bas en haut, perpendiculairement à l'axe du membre ; si cette **pression** n'est pas douloureuse, on peut faire lever le malade. Après un essai également indolore de station debout, la marche méthodique est commencée. Le malade doit poser franchement le pied à terre, le talon le premier, la pointe relevée le plus possible ; il présentera successivement au sol toutes les parties de la plante des pieds, servant de base d'appui. A ce moment le poids du corps doit être porté sur le pied opposé, en inclinant légèrement la tête et le tronc en avant, on détache le talon et le pied est fléchi sur le talon antérieur ; il suffit de détacher celui-ci à son tour, de ramener la jambe en avant, en élevant le genou à l'horizontal, de descendre ensuite la jambe en ayant soin de la porter un peu en avant, en relevant la pointe du pied, de manière à présenter de nouveau le talon en premier et l'on relevant comme précédemment. C'est le premier pas fait ; c'est lui qui coûte le plus.

Quand le malade a fait quelques pas, la douleur, qui au premier moment a pu se faire sentir, tend à disparaître. Si elle persistait, il faut remettre au lit le malade et terminer par l'**effleurage** superficiel et profond.

Pendant les premiers jours de marche, le malade ne marchera pas qu'en la présence du **massothérapeute** ; il peut se produire une légère réaction, mais il ne faut pas

## **Page 67**

arrêter ce qu'on a commencé : tout rentre dans l'ordre en deux jours ; il est entendu qu'il ne faut pas abandonner son malade, mais continuer à ce moment à le masser chaque jours.

Quatre ou cinq jours après le début de la marche, on permettra au malade de se lever plusieurs fois ; quand il est fatigué, il se couche et recommence plus tard ; lui recommander de bien articuler, de ne pas marcher avec raideur, ni de ne pas dépasser la fatigue, ce qui retarderait la guérison.

Le stationnement debout doit être interdit, car dans les premiers essais de marche, la stase sanguine peut avoir trop de tendance à se produire dans le pied et pourrait donner lieu de l'oedème. Seuls les malades, qui ne suivent pas ces prescriptions à la lettre, éprouvent les inconvénients signalés par les auteurs parlant de retour offensif. En ce qui nous concerne, nous n'observons jamais pareils faits ; car nous tenons fermement la main à ce que nos conseils soient suivis.

Les points douloureux à surveiller plus particulièrement, sont, du côté externe, aux faisceaux antérieur et postérieur péronéo-astragaliens, et au moyen péronéo-clacanéen, dans le creux péronéo-astragalien à l'insertion du ligament en Y ; au côté interne, à la gouttière rétro-malléolaire. A la fin du traitement, pousser à fond les mouvements d'extension et ramener du côté de la flexion le plus possible jusqu'à ce que toute douleur disparaisse.

**Massage du poignet.** — Rien de spécial à signaler au point de vue des manipulations. On placera l'avant-

## Page 68

bras sur un coussin, la main plus élevée (cette position est également préférable dans l'intervalle des **massages**. Au poignet comme au pied, une légère élévation empêche à la stase sanguine de s'ajouter au processus inflammatoire).

C'est surtout la localisation de la douleur qui est intéressante ; elle existe aux deux extrémités de l'interligne radio-cubital carpien ; à la face dorsale, deux points articulaires, l'un radial ☐, l'autre cubital ☐; enfin le plus tenace de tous est fixé au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce. Celui qui est perçu du côté externe, au fond de la tabatière anatomique ☐, cède assez rapidement ; le plus sensible est du côté interne.

Quand le malade peut commencer les mouvements actifs, il faut lui faire faire d'abord ceux de jouer du piano, pour les doigts, puis extension et flexion du poignet.

Le dégonflement se fait très rapidement au poignet ; l'oedème persiste davantage à la face dorsale de la main et très souvent se localise au niveau du quatrième espace interosseux dorsal.

**Massage du genou.** — La description du **massage** de cette articulation peut servir de modèle pour les autres articulations importantes.

La position n'a rien de changé, toujours se placer du côté où est l'articulation malade. Les principes généraux se changent pas davantage.

L'**effleurage**, les **pressions** doivent commencer au-dessus de l'articulation sur la région antérieure et postérieure de la cuisse. Le point délicat, c'est le **massage**

## **Page 69**

de l'articulation elle-même. Procéder toujours de la même façon, s'attacher d'abord à obtenir l'insensibilisation, exactement comme si on procédait sur une autre région. Dès que ce résultat est atteint, il faut agir sur l'épanchement intra-articulaire ; il faut se reporter au souvenir des expériences de **Mosengeil** et de **Castex** pour se rendre compte de ce qu'il y a à faire pour actionner ce travail. Il faudra avoir recours aux **pressions** digitales et manuelles, au **pétrissage** digital exercé au-dessus de la saillie faite par le cul-de-sac supérieur. C'est là d'abord qu'il faut concentrer ses efforts : peu à peu les doigts s'avancent du côté latérales de la rotule ne présentant plus les dépressions normales. Les faces interne et externe sont ainsi abordées ; toujours dans le sens centripète, les doigts remontent en **pressant** et en contournant les saillies plus ou moins proéminentes des cul-de-sac latéraux auxquels fait suite le supérieur ; on ne **presse** pas sur cette poche tendue et douloureuse. Dès que ces manœuvres commencent à produire une détente, il faut aller plus en bas, au-delà du sommet de la rotule et attaquer les saillies débordant le ligament rotulien, qui presque toujours est difficile à atteindre.

Après avoir ainsi côtoyé la périphérie, utilisant tous les moyens favorisant le rapide dégonflement intra-articulaire, nous arrivons à la région centrale, condylienne ou rotulienne, si l'on veut, et à l'interligne fémoro-tibial. En règle générale absolue, *il faut jamais **presser** directement sur la rotule.*

On aura donc toujours soin de **masser** les faces latérales de l'articulation au moyen des doigts réunis et des

## **Page 70**

pouces, main fléchie de manière à former un véritable pont au-dessus de la rotule. Aussi les

pulpes digitales réunies et les pouces participent seuls à l'**effleurage** bilatéral de la rotule, aux **pressions** plus ou moins profondes, sans jamais choquer cet os. Ici encore, le **pétrissage** avec la pulpe des doigts est une excellente manœuvre bien appropriée à cette région et réussissant merveilleusement pour la résorption rapide et l'empatement et de l'œdème péri-articulaire, que l'on doit toujours refouler vers la partie postérieure, c'est-à-dire vers le **creux poplité**. Il est indispensable également de **masser** cette région, qui est une voie importante de résorption.

Nous avons insisté sur ce point, si important pour toute articulation, à savoir d'arriver à la débarrasser de tout ce qui l'encombre intus et extra et qui, pour le genou, acquiert un intérêt plus grand encore. Dès que ces premiers résultats sont acquis, on voit revenir peu à peu le pouvoir fonctionnel ; il faut d'abord se contenter des petits mouvements actifs que le malade peut faire. Quand l'impotence du membre a disparu, quand les points douloureux internes et externes n'existent plus ; lorsque le malade peut supporter les mouvements passifs, jusqu'à l'angle droit et que l'extension forcée n'est pas douloureuse, qu'on a essayé le moyen déjà préconisé plus haut pour mesurer la résistance à la **pression** du membre, on fera lever son malade. Ce sera souvent pas avant le 15<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> jour de traitement ; dans les cas graves, on ne pourra le faire que vers le 30<sup>e</sup> jour, comme nous l'avons vu quelquefois.

Pour maintenir commodément le membre dans l'immobilité des premiers jours et ne pas le déranger pour les

## Page 71

séances de **massage**, nous avons recours à la gouttière du Dr **J. Fège** (1), à valves mobiles, grâce à laquelle toutes les conditions du traitement peuvent être remplies.

Lorsqu'enfin le membre ainsi traité aura recouvré sa puissance musculaire fonctionnelle, lorsque les points douloureux au ligament latéral interne ou au niveau de l'interligne auront disparu, que les mouvements auront atteint une certaine amplitude et qu'on aura constaté après deux ou trois essais que la transmission du poids du corps au genou ne détermine plus de douleur, on pourra commencer la marche.

Le moment est venu d'initier le malade à la marche méthodique, exécutée comme pour l'arthrite du pied. Il faut insister davantage sur l'élévation de la cuisse à l'horizontalité. Pour commencer, le mouvement ne peut pas être aussi complet ; le malade doit s'efforcer d'élever le membre le plus possible.

Les mêmes particularités que pour le pied s'observe ; douleur d'abord, puis peu à peu cessation à mesure que la marche s'effectue ; cependant ici, la marche doit être dosée plus sévèrement au début. Il faut toujours s'attendre à une légère reprise de « l'hydrarthrose fonctionnelle, que nous regardons comme nécessité par l'accomplissement de la fonction : nous la nommons hydrarthrose fonctionnelle, non pathologique à ce moment ; la synoviale ne résorbe pas encore avec activité l'excédent de liquide nécessaire au jeu de l'articulation. C'est sa fonction physiologique du moment. Plus tard, à mesure

(1) Cette gouttière à valves mobiles est décrite dans *Du massage précoce dans les traumatismes*, de F. Joseph (EO. Asselin et Houzeau, de 1899 <sup>TDM</sup> \*\*\* \*  ), page 262.

## Page 72

que la guérison avance et que le malade marche, cette hydrarthrose disparaît complètement.  
»

L'entraînement progressif de l'articulation à l'exercice de sa fonction normale demande la plus grande surveillance. Les mêmes observation que pour le pied sont applicables pour cette marche. Il ne faut pas que le malade s'attarde dans la station debout. Levé, il doit marcher et faire sa **gymnastique** méthodique, pendant le temps qui lui est assigné, cinq, dix, quinze **minutes** pour commencer. Il faut savoir que dès le début, une certaine fatigue se fait sentir : il est utile de conseiller après la marche méthodique, quelques minutes de marche ordinaire. Dans ce cas, cette marche s'accomplit sans la moindre boiterie, même pour un malade qui se lève pour la première fois et qui est préparé à la marche dans les conditions que nous avons énoncés, restrictions faite pour les cas très graves, où d'ailleurs les précautions ci-dessus déjà très minutieuses sont redoublées. Quand les mouvements forcés d'extension et de flexion ne déterminent plus de douleur, on peut considérer la guérison comme obtenue, c'est-à-dire que le malade peut être abandonné à lui-même.

**Massage du coude.** — Le malade étant couché, le bras droit doit être placé sur un coussin de balle d'avoine, assez résistant, la partie antérieure plus élevée ; si le malade est levé, même position que pour le **massage** du poignet. Se placer en dehors de l'articulation.

Au début, il faut insister sur le **massage** du bras, au-dessus de la lésion, en arrière et à la face interne, voie normale de résorption.

## Page 73

On pratique l'**effleurage** général superficiel du bras aux faces antérieure, postérieure et interne au-dessus de l'article, puis l'**effleurage** profond, et **pressions** : une deuxième phase est consacrée à la limitation des manœuvres par groupe musculaire.

Peu à peu on arrive aux abords de l'articulation : ainsi préparée, elle sera soumise aux mêmes manipulations en avant, en arrière et au niveau de ses deux bords, externe et interne. Ce **massage** demande du soin, quoique moins de délicatesse que pour celui du genou. Nous recommandons dans cette partie du traitement le **pétrissage** digital, en insistant au niveau de la face interne du coude où siège le maximum de l'empâtement. Le **massage** de la région antérieure se fait sans difficulté et est aussi nécessaire, à cause de la contracture du biceps, dont le tendon fait corde au pli du coude. Il faut encore savoir qu'il y a à redouter du côté de l'expansion aponévrotique de ce même muscle, une rétractation difficile à prévenir en raison même du tissu fibreux qui la compose ; à un moment donné cette rétractation peut devenir un obstacle à l'extension de l'avant-bras.

Pour les premières séances, le **massage** peut se borner à cette simple application. Le **massage** de la région postérieure ne peut être appliqué méthodiquement ; il faut à ce moment déplacer le membre le moins possible et se contenter de faire le **massage in situ** ☐. Après quatre ou cinq séances, quelquefois plus, la douleur a en partie disparu, la tension, l'œdème, la tuméfaction ont beaucoup diminué ; déjà quelques mouvements spontanés sont possibles ; le malade déplace

## Page 74

son bras sans difficulté, on peut alors procéder à ce **massage** particulier de la région postérieure. La position que nous indiquons est simple et naturelle, facile à prendre pour les malades, ne leur occasionne aucune gêne ni douleur. Si le malade est assis, on l'invite à placer sa **main** à plat sur la **cuisse**, de manière à présenter en dehors, devant l'opérateur placé du même côté, la face postérieure du bras, l'avant-bras en demi-flexion à angle obtus et en **pronation** ; la flexion exigée pour prendre cette position n'est jamais supérieure à celle que le malade peut exécuter. Nous ne saurions mieux comparer le **massage** de cette région qu'à celui pratiqué au genou, l'olécrâne ☐ représentant ici la rotule, mais avec cet avantage que, n'étant pas mobile, il peut être touché et manipulé sans inconvénient.

Il faudra toujours suivre les mêmes principes. Commencer par l'**effleurage** au-dessus de la cavité olécrânienne et parcourir les divers modes de manipulations dans leur ordre d'action

physiologique, pour ainsi dire.

Dès que peu à peu la région a été insensibilisée, et que le gonflement commence à diminuer, aborder le coude, faire l'**effleurage** digital des parties latérales de l'olécrâne, puis des éminences inférieures constituant en dedans l'épitrachée ☐, en dehors l'épicondyle ☐; ensuite les prescriptions, le **pétrissage** de ces régions doivent être fait soigneusement du côté de l'articulation huméro-radiale plus accessible en arrière et en dehors ; y insister tout particulièrement à cause de l'infiltration existant à ce niveau.

En avant, entre la saillie du long supinateur ☐et le brachial ☐antérieur, dans la branche du V du pli du coude, se trouve situé profondément le nerf radial, qui peut être

## Page 75

exposé à un processus de périnévrite ☐; on doit donc s'arrêter à ce point et y pratiquer un **massage** attentif destiné à dégager cette région susceptible.

Plus en arrière se trouve également la gouttière épitrachéo-oléocrânienne logeant le nerf cubital : il faut avoir soin encore de dégager cette région, car on est exposé à laisser, dans ce canal ostéo-fibreux, les matériaux épanchés s'y organiser, amener des rétractations dans les tissus, enserrant des adhérences que le mouvement révélera plus tard, en décelant les douleurs que la traction produira sur le nerf : d'où obstacle nouveau au mouvement, en face d'une névrite ☐ou tout du moins d'une périnévrite constituée !

Après avoir rempli toutes ces particularités, le résultat commençait à devenir appréciable ; les manipulations s'exercent maintenant au niveau de la région malade sans difficulté ; on peut alors faire du **massage** du membre un tout homogène et relier dans une dernière manœuvre générale toutes les parties qu'il avait fallu aborder en détail. On régularise ainsi et on répartit sur une surface plus considérable le travail de défense et réparateur qui n'en est que plus activé. Quand le **pétrissage** à pleines mains du muscle est terminé, ce qui se fait sans que l'articulation malade soit incommodée, quelques **tapotements** rapides achèvent de donner du tonus aux muscles dont il excite la **vitalité**, ce qui combattra l'atrophie. (Rappelons qu'on fera cette manœuvre, au milieu du traitement, dès que l'état inflammatoire aura disparu).

Les mouvements, d'abord très limités, sont exécutés

## Page 76

par le malade dans la limite du possible ; mouvements passifs ensuite, augmenté graduellement et parallèlement aux mouvements actifs.

Quand on arrive au terme du traitement, on a soin de forcer jusqu'à l'intégrité, en se conformant à l'indice de la douleur. L'extension et la flexion faite ainsi, reviennent assez rapidement ; la **pronation** et la **supination** sont moins atteintes ; il faut cependant s'en préoccuper. On engagera le malade, après le retour des mouvements, à se servir le plus possible de son bras, avec repos fréquent.

**Massage de l'épaule.** — Le **massage** de l'épaule ne présente pas de difficulté. La **position** la plus naturelle à donner au membre est de le laisser pendre le long du tronc, l'avant-bras fléchi à angle droit et appuyé sur un coussin. cette région présente une masse musculaire plus ou moins développée, formée par le muscle deltoïde ☐. D'autre part elle présente des parties accessibles de l'articulation scapulo-humérale ☐aux manipulations du **massage**. On peut avoir une certaine action directe sur les lésions intra-articulaires. On sait, en effet, qu'en déterminant en avant la saillie de l'apophyse coracoïde ☐que l'on rencontre dans le sillon delto-pectoral, déterminé par la position indiquée ci-dessus, en sent en dehors d'elle la saillie de la tête humérale ☐; en arrière, on trouve la dépression sous-acromiale ☐.

Si on place le pouce immédiatement en dehors de la coracoïde, si l'index plonge en arrière de la dépression sous-acromiale, on saisit et on mobilise la tête

## Page 77

humérale. Ces dispositions anatomiques connues, le **massage** est bien simplifié.

Il faut se placer devant la face externe du bras, aborder la surface du deltoïde avec les deux mains étendues, embrassant le moignon ; l'**effleurage** se pratique de bas en haut, à partir du bras : les mains doivent suivre la direction des fibres du deltoïde se rendant à leurs insertions claviculaire, acromiale et à l'épine de l'omoplate. Les mains exécutent ainsi des mouvements divergents, réunis à leurs points de départ au-dessous du V deltoïdien par exemple : elles divergent l'une en avant, l'autre en arrière de la région.

Pour l'**effleurage** du cou faisant suite à cette région, il ne présente rien de particulier.

On agit ainsi sur une surface très étendue ; aussi vient-on à bout très rapidement de la douleur. Celle-ci est toujours très vive en avant.

On procède alors au **massage** des parties accessibles antérieure et postérieure (de la 4<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> séance) ; on fera l'**effleurage** digital, circulaire, ces points étant peu étendus. Dès que l'on sentira la tension diminuer, on reprend alors les groupes musculaires ou les faisceaux de muscles. On ne manquera pas de **masser** la partie supérieure de l'épaule, le trapèze, ainsi que la région antérieure sus-claviculaire : on aura toujours une certaine action sur les vaisseaux et les nerfs sous-claviers et du plexus brachial, ce qui favorisera la résorption et la disparition de la douleur.

Insister aussi sur les manipulations en avant et en arrière pour agir sur l'extravasation  $\square$  séreuse  $\square$ , plus acces-

## Page 78

sible en ces endroits. Il ne faut pas négliger les insertions coracoïdiennes, la coulisse bicapitale  $\square$ , recevant les tendons de plusieurs muscles, pouvant devenir le siège de ténosites  $\square$  (tendinite), cette région étant facilement envahie par les exsudats. **Masser** également l'**aisselle** dont la paroi externe renferme tant d'organes importants.

La tuméfaction de l'épaule disparaît encore assez vite ; les points douloureux y sont très tenaces ; ils ne doivent pas retarder le début précoce des mouvements exécutés par le malade.

L'écharpe ne doit pas être maintenue, lorsque les mouvements sont apparus. Entre le 10<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> jour, on peut souvent laisser toute liberté au bras.

L'épaule est sans contredit l'articulation pour laquelle les mouvements actifs et passifs doivent être exécutés avec le plus de rigueur.

L'importance de cette progression dans les mouvements nous a préoccupé et nous avons établi ainsi une échelle progressive qui nous sert de direction pour les mouvements actifs et passifs.

1° *Mouvements de va-et-vient*, très limités d'abord, puis augmentés peu à peu ;

2° *Écartement du coude du tronc*, l'avant-bras fléchi. *Rotation dans cette position* d'arrière

en avant et réciproquement. *Circumduction, l'avant-bras en flexion. Elevation du coude à la hauteur de l'épaule* (abduction) avec flexion de l'avant-bras cherchant à atteindre le sommet de la tête. Tous ces mouvements sont répétés à un degré plus élevé, le bras allongé ;

3° *Mouvements de rétroduction avec flexion de l'avant-bras*, la main étant derrière le dos dans cette position,

## Page 79

l'avant-bras exécutant des mouvements de flexion, de demi-supination et pronation ;

3° (probablement 4°) *Action forcée de l'avant-bras à demi fléchi*, la main saisissant le moignon de l'épaule du côté opposé.

« Ces mouvements ainsi présentés ont l'avantage de procéder du simple au plus complexe et de favoriser le rétablissement dans le membre ».

**Massage de la hanche.** — L'opérateur prend ici deux positions différentes, car la séance comprend deux parties :

**Massage** de la région antérieure de la cuisse.

**Massage** de la hanche et de la région postérieure de la cuisse.

1° *Massage de la région antérieure de la cuisse.* — Dans les arthrites de la hanche la douleur siégeant au niveau du genou, et à la base du **triangle de Scarpa**, exige qu'avant de commencer le **massage** de la hanche, proprement dite, on **masse** la région antérieure de la cuisse. On pratique l'**effleurage** rapide, suivi de **pressions** manuelles. On **pétrit** à certain moment les masses musculaires ; dans l'aire du triangle de Scarpa, nous conseillons l'**effleurage** profond, le **pétrissage** digital et les **pressions vibratoires** devant avoir raison de l'empâtement et de la douleur. On refoule ainsi les exsudats vers le pli de l'aîne et dans le sillon de séparation du pectiné ☐ et du premier adducteur ☐. On peut ensuite exécuter le **pétrissage** à pleines mains des masses musculaires considérables de la cuisse. Le **tapotement** est utile ici.

2° *Massage de la hanche et de la région postérieure de la cuisse.* — Ce **massage** comprend toutes les masses musculaire

## Page 80

postérieure jusqu'au pli fessier. Il faut savoir que les infiltrations exsudatives peuvent descendre vers le **creux poplité** qu'elles viennent infiltrer. On remarque souvent dans cette région un oedème appréciable. Il faut donc pas négliger le **massage** de la région postérieure. On exécutera les mêmes manœuvres, y compris le **tapotement** ; de ce côté en général, pas de douleur à signaler. Cependant importance du **massage** de cette région par la présence du nerf sciatique.

3° *Le massage de la hanche* ne peut s'exécuter directement dès les premiers jours, dans un certain nombre de cas. Lorsque, après deux ou trois séances, le déplacement est possible, on fera mettre le malade couché sur le côté opposé à l'arthrite, en le calant, si cela est nécessaire, avec des coussins. La région fessière se présente ainsi par son bord externe qu'il faut s'efforcer peu à peu de faire incliner jusqu'à l'horizontale. L'oedème et le gonflement siège surtout au niveau du creux ischiatique, au grand trochanter aux points correspondant à la cavité digitale où viennent s'insérer les muscles pelvi-trochantériens. L'insertion fémorale du grand fessier présente de la douleur, du gonflement. C'est donc sur ces diverses parties que porteront surtout les diverses manipulations qui d'ailleurs ne présentent aucune difficulté d'exécution. Rien de délicat en effet dans ce **massage** de larges surfaces, avec loges ou groupes musculaires épais, en général bien fournies.

**Effleurage**, **pressions** profondes, **pétrissage** à pleines mains, **tapotements** (toujours autant que l'état d'amélioration permette de le faire), trouvent ici leur application facile.

## Page 81

Les mouvements seront commencés le plus précocement possible et forcés progressivement, mais plus tôt que dans les autres articulations. Cette articulation de la hanche malade immobilise à elle seule tout mouvement du membre inférieur.

La marche n'offre rien de particulier dans l'exécution des mouvements déjà indiqués. «A ce sujet nous ajouterons que jamais nous ne permettons l'usage des béquilles à nos malades, qui doivent s'exercer dès le début à s'appuyer sur leur membre, en se tenant auprès de leur lit pour exécuter les premiers exercices. Ils reprennent peu à peu l'équilibre, et à mesure que les effets du **massage** progressent, ils arrivent à faire la marche méthodique : il faut aider les malades au début, les soutenir, de manière à leur donner confiance ; en trois ou

quatre jours, il peuvent s'aventurer seuls. » Mais la restitution intégrale des fonctions et des mouvements n'apparaît pas avant trente jours de traitement : Cependant la guérison est quand même obtenue.

---

Fège.

**Page 82** (blanche)

**Page 83**

## OBSERVATIONS

---

**Obs. I (J. Fège).** — *Synovite blennorrhagique double des gaines des extenseurs des pieds.* — Intervention au 10<sup>e</sup> jour, à droite ; au 4<sup>e</sup> jour, à gauche. — Guérison après six séances de *massage*.

Le nommé C..., 17 ans, journalier, entré le 3 janvier 1890, dans le service du Professeur **Le Fort**, salle **Malgaigne**, n° 10, hôpital **Necker**.

Blennorrhagie il y a un mois. Actuellement goutte purulente au **méat**.

Il y a 4 jour, en marchant, il a senti tout à coup sur le dos du pied une très vive douleur. — Gonflement rapide du pied : rougeur intense, peau brillante et tendue. Il lui fut impossible de continuer la marche.

3 janvier. — Actuellement rougeur de la face dorsale du pied droit ; léger empâtement, douleur de toute cette région. Les limites de la lésion s'étendent depuis l'articulation médio-tarsienne jusqu'à la racine des orteils. Quand on fait mouvoir l'articulation, la douleur reste à peu près stationnaire ; mais elle est exaspérée par les mouvements spontanés des orteils et siège principalement au niveau des tendons.

8. — Le malade est au repos depuis son entrée. La douleur a bien diminuée. Mais il y a trois jours, il a remarqué que le pied gauche lui faisait mal, à la partie symétriquement placée à celle du pied droit.

En effet, du côté gauche, on remarque une rougeur, un gonflement de la face dorsale, affectant les mêmes caractères que du côté droit : mêmes limites : très vives douleurs.

9. — Rien de changé. Du côté gauche, le gonflement et la douleur

#### Page 84

ont augmenté. Rougeur plus vive en arrière de la racine des 3 ou 4 derniers orteils.

Le **massage** est commencé ce jour.

Le malade se trouve très bien après la séance. Le pied gauche qu'il ne pouvait redresser sans souffrir, est remué sans difficulté et redressé.

10. — A été bien dans la journée du 9 jusqu'à 6 heure du soir : à partir de ce moment a commencé à souffrir jusqu'à minuit. A dormi une partie de la nuit.

Aujourd'hui rien de particulier au pied droit.

Le pied gauche paraît plus rouge, plus gonflé : il est plus sensible au toucher.

Le **massage**, après quelques minutes, fait disparaître cette douleur ainsi que la rougeur. Le malade a le sentiment de rafraîchissement de la région qui dure autant que le **massage**. Après la séance une réaction se manifeste : couleur rosée de la peau : le malade sent une chaleur modérée, pas de douleur.

Du côté droit, tout est bien : la douleur est bien atténuée et limitée seulement aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> métatarsiens.

11. — A moins souffert hier soir. Le pied gauche et moins rouge et moins gonflé ; commence à mobiliser mieux les orteils. Encore de la chaleur. On peut faire quelques **pressions** sans que le malade accuse la moindre sensibilité. L'empâtement est bien moindre.

12. — Pas de séance.

13. — Pied droit très bien.

Le pied gauche n'est plus douloureux, encore de l'empâtement et du gonflement. La rougeur et la chaleur ont disparu. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> orteils seuls restent pris ; les autres remuent. En appuyant sur la gaine des tendons des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> orteils, on détermine une légère douleur. Les autres tendons explorés sont indolores.

14. — Pas de séance.

15. — Pied gauche ; gonflement et empâtement disparus. Plus de douleur, sauf gaine du tendon du 5<sup>e</sup> orteil ; mais pas de trace de travail inflammatoire.

Pied droit. — Bien..

#### Page 85

16. — Le pied gauche est tout à fait normal ; seul le 5<sup>e</sup> orteil est encore douloureux.

Pied droit également très bien.

Le malade marche bien et sort en très bon état.

**Obs. II (J. Fège).** — *Monoarthrite blennorrhagique du poignet. Synovite du dos de la main.* — Insertion au 6<sup>e</sup> jour. — Guérison presque parfaite en 20 séances.

La nommée X..., 19 ans, blanchisseuse, entre dans le service du D<sup>r</sup> Le Dentu, salle Huguier, n<sup>o</sup> 20, hôpital Beaujon ☒, le 9 mai 1890.

Vaginite ☒ blennorrhagique : écoulement jaune verdâtre.

Le 6 mai, la malade ressent des douleurs dans le poignet droit qui gonfle : le lendemain, la malade fait péniblement son travail, mais la douleur augmente ainsi que la tuméfaction. Le 8, le gonflement, la rougeur, la douleur ne peuvent lui permettre d'achever sa journée.

12. — Empâtement considérable du dos de la main : douleurs vives à l'essai de mobilisation spontanée des doigts et du poignet : rougeur, gonflement. Température du soir : 38°.

2<sup>e</sup> séance de **massage** à une heure d'intervalle. La malade peut remuer les doigts et le poignet sans douleur vive.

13. — A dormi pour la première fois. Mieux : il y a moins de tension. Température du matin : 37°.

Gonflement s'étend jusqu'au pli du coude : empâtement léger de l'avant-bras qui est douloureux.

14. — A moins bien dormi.

15. — Nuit bonne. La même tension du dos de la main, surtout de la région postéro-externe. Après le **massage**, comme toujours, sensation de fraîcheur ; tension moindre ; diminution de la douleur.

16. — Nuit bonne. Moins de chaleur et de douleur. Tension diminuée. Les doigts remuent et sont très dégonflés.

17. — Diminution très notable de la tension de la main. L'avant-bras a repris l'aspect et la consistance normaux. La douleur ne s'y fait plus sentir : c'est à partir du poignet qu'elle existe.

Après le **massage** (7<sup>e</sup> séance), on peut faire mouvoir le poignet

## Page 86

presque sans douleur ainsi que les doigts. A mesure que l'on continue les mouvements, la gêne diminue ainsi que la sensibilité. Mieux très sensible.

23. — Phénomènes inflammatoires tombent tout à fait. A moins souffert le soir. Douleur en voie de disparition complète.

24. — Un deuil de famille nous force à ne plus nous occuper de la malade.

29. — Les phénomènes douloureux, *par suite de la cessation du **massage***, devenant plus intenses et le gonflement augmentant, M. Le Dentu ordonne l'immobilisation dans l'appareil plâtré.

1<sup>er</sup> juin — Appareil plâtré.

19. — Enlèvement de l'appareil. le **massage** est repris. Phénomènes inflammatoires complètement disparus. Dos de la main est gonflé ; les gaines envahies par du tissu fibro-plastique. Plus de douleur.

1<sup>er</sup> juillet. — Après 12 **massages**, tout empâtement est résorbé. La malade remue les doigts et le poignet. Part au Vésinet ☒. Mais il n'y a pas encore tous les mouvements parfaits.

**Obs. III (J. Fège).** — *Arthrite blennorrhagique des genoux.* — *Guérison en une quinzaine de jours de traitement.* — *A droite, 15 massages ; à gauche, 8 massages.*

Le nommé W..., Rémy, 41, charpentier, entre dans le service du D<sup>r</sup> Guyot, salle Sandras, n° 20 hôpital Beaujon ☒, le 7 juin 1890.

Depuis 5 semaines, blennorrhagie. 8 à 10 jour avant son entrée, a senti quelques douleurs voyageant dans les doigts de pieds et dans les mains des deux côtés. Gonflement du dos du pied à ce moment. A la suite d'une fatigue (marche forcée), le genou gonfle subitement : douleur assez vive. Mais pas de rougeur, la douleur s'exaspérant la nuit à la chaleur du lit.

12. juin. — Gonflement et tension assez fortes de l'articulation du genou droit. Hydarthrose. Atrophie considérable de la cuisse. Cul d sac supérieur très épaissi. Pas de douleur ou presque pas.

Mouvements de flexion encore assez étendus.

## Page 87

Circonférence de la cuisse à 15 cent., du bord de la rotule : 41 cent., ; cuisse saine : 44 cent.

Au genou, on trouve :

A la pointe de la rotule. ....;..... 32 1/2

A la partie moyenne de la rotule. .... 35

Base de la rotule. ....;.....;..... 34 3/4

19. — Après 7 séances, l'épanchement a presque totalement disparu. On ne constate plus cette saillie du cul de sac supérieur au côté externe.

Par contre, le genou gauche est le siège d'un épanchement assez considérable. **Massage** de ce genou est fait à partir de ce jour.

Mensuration..... G. D.      G. G.

Pointe de la rotule.....33      33

Base de la rotule.....;.....33      34

Partie moyenne de la rotule 34      34 3/4

Circonférence cuisse droite 34 .....;....41 1/2

— — gauche 34 .....;....40

Le genou droit continue à être **massé**.

20-21. — Séances.

22. — Pas de séances.

23. — L'épanchement du côté gauche a complètement disparu. Du côté droit, légère augmentation sur les jours précédents. Néanmoins, rien dans l'articulation, seul le côté externe du cul-de-sac supérieur est un peu saillant.

Mensuration du genou gauche

Pointe de la rotule. ....;..... 33 cent.

Base de la rotule. ....;.....;..... 32 2/3

Milieu de la rotule. ....;.....;..... 34

Le malade essaie de se lever et de marcher/

24. — Séances.

25. — Séances. L'épanchement du côté droit, qui paraissait augmenter dès le premier jour de la marche, a déjà bien diminué. A gauche il n'y a rien.

29. — Genou droit sans épanchement. Léger gonflement du pied gauche (tibio-tarsienne). Le malade a fatigué et son genou contient encore un peu de liquide.

## Page 88

3. *juillet*. — A gauche, plus de gonflement au cou de pied, plus de liquide dans le genou.

A droite, également disparition de l'épanchement. Il persiste encore de l'épaississement des culs-de-sac, mais qui diminuent tous les jours.

Le malade sort de l'hôpital. Il doit revenir suivre le traitement ; mais ne vient pas. Nous apprenons qu'il a repris son travail.

**Obs. IV (J. Fège).** — *Arthrite blennorrhagique du poignet droit.* — *Intervention au 4<sup>e</sup> jour.* — *Guérison en 9 séances.*

La nommée Hubertine C..., âgée de 26 ans, femme de ménage, entre le 2 juillet 1895 à **Necker**.

Leucorrhée ; tache en jaune sa chemise. Opérée d'un rétrécissement du rectum.

La maladie actuelle a débuté samedi dernier, 29 juin, coïncidant avec la non apparition des règles que le malade attend depuis deux jours. Début par des douleurs très vives sans gonflement apparent, au niveau du poignet droit. La rougeur n'a pas paru de suite.

Aujourd'hui, 2 juillet, la région dorsale du poignet est rouge, tendue et douloureuse. Cette douleur est très vive à l'interligne radio-carpien. Impotence des doigts et du poignet. Pas de mouvements provoqués, sans douleur intense. Mouvements de l'avant-bras également impossibles. Supination et pronation très douloureuses.

Pas de synovite des graines tendineuses. Contracture très marquée du grand palmaire, dont le tendon fait une forte saillie.

La malade perd en jaune. Vaginite blennorrhagique ; a eu des douleurs vésicales pour lesquelles elle aurait été soignée il y a deux ans.

Souffre beaucoup le soir. Pilule d'opium pour la nuit.

3 juillet. — Premier **massage**. Après quelques minutes, la malade supporte l'**effleurage** superficiel, et la douleur diminue. Après la séance, la malade se sent très soulagée.

## Page 89

4. — Nuit du 3 au 4, meilleure ; la malade a pu se passer de la pilule d'opium. La rougeur et la tension ont diminué. Douleur profonde bien moins vive.

5. — Le mieux continue. Détente très marquée. Des petits mouvements spontanés des doigts sont tentés sans grande souffrance.

La nuit se passe assez bien : Le sommeil n'est pas encore continu.

6. — Dos de la main dégonflé. La douleur est encore vive aux insertions ligamenteuses internes. Sort et reviendra lundi.

8. — La détente est très accentuée.

Samedi dernier, la journée a été très bonne. Peu de douleur. La nuit, le sommeil a été plus tranquille.

Dimanche 7, pas de séance ; le mieux s'est néanmoins constitué. Quelques douleurs le soir. A essayé de faire son ménage.

Lundi 8, la main se meut avec assez de facilité. Les doigts remuent sans douleur. Les mouvements du poignet, flexion et extension, sont possibles. Va essayer de se servir de sa main, mais avec précaution. Les mouvements actifs à exécuter dans l'intervalle des **massages** sont ceux de jouer du piano. La malade est très bien après cette séance.

10. juillet. — Amélioration très notable. Les mouvements sont facile. La pronation et la supination peu douloureuses ; la flexion et l'extension également. Les doigts ont plus de facilité dans les mouvements. A pu se servir de sa main. Les nuits sont bonnes.

12. — Se sert assez bien de sa main : coupe sa viande. Encore légères douleurs à la **pression** des insertions ligamenteuses internes. Mouvement presque normaux.

15. — Malgré les deux jours sans **massage**, la malade se trouve très bien, se considère comme guérie.

20. — La malade se sert très bien de sa main. Ne souffre plus. Nous lui conseillons de revenir, au cas où elle souffrirait. Un mois après, nous revoyons la malade qui va très bien, ne se sent plus de rien et a repris toutes ses occupations.

**Obs. V (J. Fège).** — *Arthrite blennorrhagique du poignet gauche.* — *Intervention au 5<sup>e</sup> jour.* — *Guérison en 15 massages.*

La nommée Marie P..., cuisinière, âgée de 33 ans, se présente le 19 décembre 1896, à la consultation de Necker et nous est adressée.

Il y a 5 jours, a ressenti de la douleur au poignet gauche qui se mit à gonfler. Rougeur, tension, chaleur au niveau du dos de la main. Impossibilité de remuer les doigts. Fluctuation très nette dans les gaines des radiaux et de l'extenseur du pouce. Etat aigu. Pertes blanches ; douleur en urinant depuis 3 semaines ; tache le linge en vert.

**Massage** commencé immédiatement le 19 décembre. La malade ressent soulagement L'avant-bras est mis dans une écharpe.

20. *décembre.* — La nuit a été meilleure. Le gonflement, la tension ont diminué. Mouvements impossibles. Après le **massage**, quelques petits mouvements, mais douloureux.

21. — La douleur est très atténuée ; La malade dort assez bien. Encore du gonflement du dos de la main. Encore du gonflement du dos de la main. Petits mouvements encore impossibles sans douleur.

22. — Il y a évidemment résorption du liquide des gaines des radiaux. Mais il y a encore de la tension. La malade souffre peu, même la nuit.

23. — Diminution de la sensation de fluctuation si nette la première fois. Les mouvements spontanés sont encore limités, mais la douleur est très diminuée.

24. — Détente très marquée. Gonflement disparu sur le dos de ma main. Les mouvements de flexion des doigts sont plus faciles. La malade doit entretenir cette mobilisation par des mouvements semblables à ceux de jouer du piano. A très bien dormi.

23-26. — Flexion et extension du poignet assez faciles. Supination et pronation incomplètes et douloureuses.

27. — L'échappe est enlevée. La malade doit essayer de se servir de sa main. Les doigts remuent assez bien.

28. — La malade a pu faire usage de sa main gauche. Les gaines des radiaux et de l'extenseur du pouce sont normales, non doulou-

reuses. La supination et la pronation ne sont pas encore complètes ; mais presque indolores.

29. — La malade a pu éplucher des pommes de terre, assez facilement. Les doigts remuent mieux, la flexion est à angle droit.

30. — Mouvements de flexion et d'extension du poignet complets presque sans douleur.

31. — La supination et la pronation sont complètes sans douleur appréciable. La malade se sert assez bien de sa main. Elle ne peut pas fermer tout à fait la main.

1<sup>er</sup> janvier 1897. — Pas de séance.

2. — La malade remue bien l'avant-bras, le poignet et les doigts. S'en est servi très bien, presque comme auparavant. Nous lui conseillons de venir le surlendemain.

3. — La malade est parfaitement bien. Elle a repris son travail complètement. Elle ne revient plus.

**Obs. VI (J. Fège).** — *Arthrite blennorrhagique du poignet droit aiguë.* — *Synovite des gaines des extenseurs.* — *Intervention au 15<sup>e</sup> jour.* — *Guérison en 17 séances.*

La nommée Augustine A..., âgée de 18 ans, domestique, entre le 15 février 1897, salle Lenoir, n° 30, hôpital Necker.

Début de l'affection, il y a 10 jours, par douleur dans le poignet droit qu'elle vit enfler petit à petit, d'abord au niveau des tendons extenseurs et des abducteurs du pouce, puis aux autres gaines de la région. Rougeur, tension, chaleur.

Enveloppement et mobilisation dans un appareil ouaté : *la douleur a toujours persisté quand même.*

20 février. — Gonflement considérable du poignet et de la main dont la face dorsale est oedématiée, rouge, tendue, très douloureuse. Gaines de l'extenseur de l'index, des radiaux et du long abducteur et extenseur du pouce sont très gonflées. On perçoit nettement une fluctuation au niveau de ces gaines. **Pression** très douloureuse. Le gonflement remonte jusqu'au 1/3 inférieur de l'avant-bras ; une zone très nette tranchée à ce niveau présente l'aspect normal.

## Page 92

Impotence fonctionnelle des doigts. Mouvements provoqués très douloureux.

Atrophie des extenseurs.

Etat aigu.

Le **massage** est commencé immédiatement, 20 février. Soulagement de la malade. Elle éprouve un véritable **bien-être**, dit-elle. Repos au lit. Avant-bras placé sur un oreiller.

21. — La malade qui a mal dormi ou pas dormi depuis 15 jours dit avoir passé pour la première fois une nuit moins mauvaise. S'est trouvée bien hier jusqu'à 5 heures du soir.

22. — Un peu de sommeil. Gonflement moins tendu. Rougeur et chaleur atténuées. Pas de mouvements possibles.

23. — Nuit meilleure, même bonne. Douleur bien atténuée et très supportable. Diminution du gonflement de l'avant-bras et du dos de la main. Tentative de mouvements spontanés des doigts douloureux.

24. — La malade dort bien. A pu faire purement quelques petits mouvements des doigts ; douleur supportable. Supination et pronation impossibles. Essai de flexion et extension encore très douloureux.

25. — Résorption de l'épanchement des gaines appréciable. Gonflement minime. Douleur supportable en remuant un peu plus les doigts.

26. — Très bonne nuit. Pas souffert. Dégonflement. Mouvements de supination et de pronation s'ébauche sans souffrance. Détente. Peut remuer les doigts et le poignet beaucoup mieux.

27. — La malade se lève. Se promène avec le bras en écharpe.

28. — En bonne voie.

1<sup>er</sup> mars. — Peut rester quelque temps sans avoir le bras en écharpe. Essaie de se servir de sa main. Peut prendre son gobelet sans trop de maladresse.

2. — Supination et pronation complètes bien que douloureuses. Extension et flexion faciles. Plie bien les doigts. Ne ferme pas encore la main.

3. — Aspect normal du membre. Les extenseurs ont repris. Il y a encore une différence avec le côté gauche. Encore de la douleur à la **pression**. Mais non excessive.

### Page 93

4. — Ferme la main assez facilement. S'en sert bien. Aide au nettoyage de la salle sans grande gêne.

5. — Les mouvements passifs sont encore douloureux. lorsqu'on les fait à fond. Les doigts remuent avec assez de souplesse.

6. — Mouvements spontanés normaux. Presque pas douloureux lorsqu'on force.

7. — Aucune douleur n'est réveillée par aucune manipulation. Pas de raideur. Pas de gonflement.

8. — La malade se sert très bien de sa main. Tous les mouvements sont normaux. Reprend son travail.

Nous avons revu cette malade quelques mois après. Elle n'a jamais plus rien ressenti depuis son traitement.

**Obs. VII** (Personnelle). — *Arthrite blennorrhagique du coude gauche à l'état aigu, chez une malade atteinte de myopathie* [?] *type d'Erb* [?]. — *Intervention au 7<sup>e</sup> jour. — 16 massages ont fait disparaître toute manifestations inflammatoires.*

La nommée Fernande..., âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital Cochin [?], dans le service du Professeur Quénu [?], le 9 juillet 1908, salle Richet, n° 9 bis.

7 juillet. — Douleurs dans l'avant-bras et le coude gauche : puis gonflement.

Perte blanches. Douleurs à la miction [?].

A noter une myopathie de type juvénile d'Erb [?] intéressant l'épaule et le bras gauche. Scapulum alatum [?] et amyotrophie [?].

A son entrée, moitié inférieure du bras tuméfiée ainsi que le coude, l'avant-bras et la main. Chaleur, tension, rougeur de la peau.

Douleur à la **pression**. Douleur très vive. Insomnie. Temp. : 38°4 (axillaire).

Coude en flexion. Impossibilité des mouvements qui sont très douloureux.

Pendant 4 jours, on hésite à faire le diagnostic de blennorrhagie articulaire.

**Page 94**

14. — Malgré la temporisation, le **massage** est commencé, le 7<sup>e</sup> jour de l'affection.

La malade supporte très bien l'**effleurage** léger qui la soulage beaucoup.

15. — 2<sup>e</sup> séance. La malade a souffert l'après-midi, mais beaucoup moins que les jours précédents où elle était dans une gouttière.

De plus la température est à 37°8 (axillaire).

La malade peut remuer ses doigts. Ce qu'elle ne faisait pas.

La nuit du 14 au 15 a été meilleure que les précédentes. Cependant la malade n'a pas eu de morphine comme précédemment.

16. — La malade se trouve enfin mieux. Après le 2<sup>e</sup> **massage**, sensation de chaleur l'après-midi. Mais pas douloureuse.

Il y a encore de l'œdème, de la rougeur, de la chaleur, à la moitié inférieure du bras, de l'avant-bras et à la main.

17. — Temp. : 36°8.

Les douleurs spontanées sont diminuées. Bonne nuit.

Mobilisation active tentée. Mais trop douloureuse. Nous n'insistons pas.

18. — Le bras est dégagé. Détente. La douleur se localise à l'avant-bras sur les bords radial et cubital. La nuit est très bonne. Pas de température.

19. — Essai de mouvements. Flexion du coude, mais encore douloureuse.

20. — Beaucoup moins douloureux. les mouvements limités sont faciles.

La main est beaucoup moins tuméfiée.

21. — 8<sup>e</sup> séance. Progrès de la flexion.

22. — Le **massage** peut se faire plus profondément sans douleur.

Disparition de l'œdème.

23, 25, 26. — Mouvements stationnaires.

27. — Souffre encore pour la pronation et la flexion du poignet.

28. — A mal dormi. Le **massage** plus léger calme complètement toute douleur.

29. — Bonne nuit. On met l'avant-bras surélevé sur un coussin. Il était jusqu'ici dans une écharpe, ce qui produisait un œdème

de stase, étant donné la mauvaise circulation de l'épaule et du bras frappés d'atrophie.

30. — Le dégonflement est très net. La nuit a été très bonne. Les phénomènes aigus ont disparu. Étant donné l'infirmité de malade, nous ne cherchons pas à acquérir des mouvements qu'elle ne faisait pas auparavant. Nous la suivons, car elle reste dans le service : elle aide et porte des objets avec sa main gauche. Nous ne pouvions espérer mieux.

**Obs. VIII** (Personnelle). — *Monoarthrite aiguë de l'épaule gauche.* — *Intervention au 7<sup>e</sup> jour.* — *Restitutio ad integrum* ☒ *en 34 massages.*

Le nommé Assan A..., âgé de 20 ans, étudiant, entré dans le service du Professeur Widal ☒, à l'hôpital Cochin ☒, salle Josias, n° 26, le 22 mars 1910, pour une monoarthrite aiguë gonococcique de l'épaule gauche

Voici l'histoire de la maladie. Le 14 février 1910 : blennorrhagie, écoulement pendant deux semaines.

Le 1<sup>er</sup> mars au matin, après avoir fait des excès, sensation de faiblesse dans les membres inférieurs. Fatigue, frisson, courbature généralisée. Repos au lit 1<sup>er</sup>, 2 mars.

4. — Le malade ressent des douleurs aux pieds, chevilles droite et gauche, puis au bras droit, à la main gauche et au genou gauche. Temp. : 39°2. Récidive de l'écoulement. Un médecin ordonne du salicylate de soude ☒ et des **frictions**. En somme, crise d'arthralgie blennorrhagique polyarticulaire. Repos au lit pendant 5 jours, les 4, 5, 6, 7 et 8 mars.

Le 9. Le malade se lève, sort et il va assez bien pendant une semaine environ.

Le 16. nouvelles douleurs sous la plante du pied droit, aux cuisses droite et gauche, au genou droit. Même traitement.

Le 17. — Douleurs musculaire dans l'avant-bras gauche, et au niveau du coude.

Le 19. — Début des douleurs plus vives à l'épaule gauche. Le

même traitement ne réussit pas. Salicylate de méthyle sans résultat.

Le 22. — Entre à Cochin. Douleurs très vives exacerbées par le moindre mouvement : Temp. : 38°9, 38°, 39°. Morphine, aspirine. Enveloppement de salicylate de méthyle.

Le 26. — Nous voyons le malade qui nous est confié. Nous constatons :

Malade appuyé sur son épaule droite. L'épaule gauche est tuméfiée, augmentée de volume. La peau est tendue, luisante, chaude et rouge, oedémateuse. Douleur aux insertions desloïdiennes, claviculaires et acromiales. Douleurs de la coulisse bicipitale.

Impotence fonctionnelle. Impossibilité d'écartier le bras du corps, ni de faire monter l'avant-bras sans douleurs très vives.

Nous constatons l'atrophie musculaire, assez prononcée au niveau du deltoïde.

Gonflement du creux **axillaire**. Douleur très vive au sommet de l'**aisselle**. Contracture musculaire de tout le moignon de l'épaule.

1<sup>er</sup> **massage**. — Le malade se trouve très soulagé malgré son appréhension ; il n'a pas du tout souffert des **manipulations d'effleurage** qu'il dût subir. On ne lui remet pas de pansement au salicylate de méthyle. N'aura pas d'aspirine ni de morphine si possible.

27. — Le malade a été bien l'après-midi d'hier. Il a pu se passer d'aspirine ni de morphine. N'a pas dormi véritablement, mais a pu reposer pour la première fois. N'a pas souffert beaucoup.

Temp. : 38°5.

28. — A un peu souffert, mais a dormi. Essai de mouvements actifs très prudents de va et vient du bras.

Temp. : 38°.

29. — Beaucoup moins de tension. Après le **massage**, sensation de **bien-être**. Encore essai de mouvements.

Temp. : 38°2.

30. — Mieux, bien qu'avant un peu souffert des essais de mobilisation passive tentée hier. Temp. : 37°9.

31. — Dort bien. Dégonflement. Peau non oedémateuse, non luisante. Détente. Insertion supérieure du deltoïde très peu douloureuse ; le maximum de la douleur siège en avant dans la coulisse bicipitale et symétriquement en arrière.

Saisie bénévole par **Alain Cabello** pour le **CFDRM** de Paris terminée le : mercredi 30 novembre 2016, 11:52.