Du traitement de mobilisation en pathologie nerveuse et plus particulièrement de son action sur la contracture et l'atrophie musculaire : deux exemples de méningite cérébro-spinale / par le Docteur Dagron.

Contributors

Dagron, Georges.
International Medical Congress 1900 : Paris, France)

Publication/Creation

Paris : Masson et cie, 1900.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/q8qdc342

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
PARIS, 2-9 AOUT 1900

SECTION DE NEUROLOGIE

Du traitement de mobilisation en pathologie nerveuse et plus particulièrement de son action sur la contracture et l'atrophie musculaire Deux exemples de méningite cérébro-spinale,

PAR

M. le Docteur DAGRON

PARIS
MASSON ET C^ie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

22500655859

XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
PARIS, 2-9 AOUT 1900

SECTION DE NEUROLOGIE

Du traitement de mobilisation en pathologie nerveuse et plus particulièrement de son action sur la contracture et l'atrophie musculaire. Deux exemples de méningite cérébro-spinale,

PAR

M. le Docteur DAGRON

PARIS
MASSON ET C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

303880
Cyriax Coll.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	wellMOmec
Coll. No.	pam
	WL 100
	1900
	D12t

XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
PARIS, 2-9 AOUT 1900

SECTION DE NEUROLOGIE

Du traitement de mobilisation en pathologie nerveuse et plus particulièrement de son action sur la contracture et l'atrophie musculaire. Deux exemples de méningite cérébro-spinale, par M. DAGRON (de Paris).

Lorsque les méthodes de mobilisation sont venues remplacer les appareils plâtrés dans la chirurgie des fractures, on put mieux étudier les symptômes, les analyser chaque jour, puisqu'on avait constamment sous la main les os et les tissus contusionnés, les uns et les autres subissant diversement l'influence du traumatisme. On put constater la cause véritable de la douleur, la contraction musculaire de défense s'étendant quelquefois sur des groupes très éloignés du lieu de fracture, mais toujours sous la dépendance de ces nerfs en rapport avec la région traumatisée. Puis le muscle subissait les dégénérescences qu'un tel état pouvait occasionner : si la contracture persistait il se rétractait et donnait lieu à des déformations des articulations voisines; s'il n'y avait plus de contracture et que le membre se reposât dans une gouttière, ou même sans gouttière, mais condamné au repos et à l'immobilité, il s'atrophiait, et quelquefois même était presque complètement annihilé.

Il fallait donc à ces tissus contusionnés voisins de l'os fracturé, rendre dès le début la confiance nécessaire pour que cette contracture cessât le plus vite possible; il fallait plus tard exercer ce muscle, le mobiliser passivement, puis le faire contracter physiologiquement pour qu'il pût conserver sa vitalité, sa force et son volume. Il fallait, de plus, qu'on n'oubliât pas que ce muscle, sous l'influence du système nerveux puisqu'il en recevait son impression, devait être rééduqué, car il avait conservé à la suite du traumatisme une sorte de folie passagère, il était comme retombé en enfance, et l'éducation consistait à exercer le malade à la préhension pour le membre supérieur, à la marche pour le membre inférieur. Les centres nerveux sont si intimement impressionnés dans les traumatismes que les ma-

lades conservent des craintes, des frayeurs souvent exagérées mais qui d'un téméraire font un timoré parfois ridicule. L'éducation musculaire réagit heureusement contre cette tendance, en rendant l'assurance avec l'adresse et la force, tout en combattant le souvenir de l'accident.

L'analyse des divers symptômes du traumatisme nous montre donc, en résumé, que le système nerveux est ici encore le grand facteur : il amène la contracture au début, il cause à la suite l'atrophie, comme il trouble la circulation (œdème) et répare plus ou moins vite l'os fracturé (troubles trophiques).

Il est tellement vrai que les phénomènes intimes des suites de tout traumatisme sont sous l'influence du système nerveux que chaque malade apporte avec sa tare nerveuse des variétés pour chaque traumatisme : ce quon a décrit sous le nom d'hystéro-traumatisme n'est-il pas une contracture plus ou moins exagérée chez certains sujets s'adressant à des muscles situés dans le territoire de la fracture, quelquefois même dans des régions plus éloignées, mais n'étant toujours que des contractures de défense, réflexes ayant pour point de départ les nerfs déchirés ou simplement impressionnés de la région blessée?

Dans toute luxation, il existe deux facteurs : le premier est la violence qui a produit la désunion des surfaces articulaires, désunion qui peut même avoir été produite par une contraction musculaire désordonnée, folle; le second c'est la contracture musculaire de nature réflexe qui immobilise la luxation produite. Il semble que dans un excès de zèle bien intempestif les muscles périarticulaires veuillent protéger l'articulation nouvelle. Il suffit de mettre ces muscles en résolution pour que les surfaces articulaires reprennent facilement leurs rapports. Cette résolution s'obtient précisément avec des pressions régulières et très douces jointes à des mouvements dans le sens opposé de la contracture musculaire.

Si le traitement de mobilisation, tel qu'on le pratique aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu, lutte heureusement contre toutes ces conséquences des fractures, ne pourrait-il pas lutter avec avantage contre les divers symptômes souvent si pénibles de nos myélitiques? Sans arriver à empêcher l'évolution progressive d'une dégénérescence scléreuse, peut-être pourrait-il modérer sa marche ; certainement il calmerait les douleurs et les fatigues causées par les contractures. En dehors de ses douleurs fulgurantes, l'ataxique souffre constamment ; après une marche de quelques pas, il s'assied épuisé par les mouvements raides, violents et saccadés que lui commande son incoordination : ses mus-

cles sont durs, sensibles au toucher. Cet état persiste d'autant plus longtemps que le muscle aura travaillé. L'hémiplégique présente aussi des contractures variables en rapport avec la lésion centrale. Tous ces contracturés bénéficient du traitement de mobilisation tel qu'on le pratique pour les fractures des membres.

Et maintenant, si nous songeons à la longue liste des affections nerveuses qui se terminent par atrophie, nous verrons que de semblables malades gagnent aussi à suivre le traitement kinéso-thérapique. Lorsque les lésions sont progressives, il les modère, et rend les effets moins pénibles ; lorsqu'elles sont limitées, il gagne souvent quelques muscles, quelques groupes musculaires au futur paralytique, enfin il conserve toute la vitalité musculaire au paralytique de passage qui, par l'immobilisation ou l'absence de soins, eût perdu au bout de quelques mois l'usage des membres atteints. Il est bien certain qu'une hystérique atteinte de paraplégie gagnera à être mobilisée, à être exercée pour que la fibre musculaire sans mouvement ne meure pas dans sa gaine.

* * *

Il nous est arrivé bien souvent de voir les heureux effets du traitement de mobilisation sur diverses affections du système nerveux. Qu'il s'agisse de lésions dépendant des terminaisons nerveuses, du nerf lui-même, de ses racines, de ses origines, des centres nerveux ; en suivant les symptômes sensitifs, moteurs ou trophiques, on peut améliorer l'état du malade, le guérir, et souvent retarder l'évolution d'un mal progressif. C'est que, si le massage d'un muscle est fait avec douceur, tout en mobilisant la jointure à laquelle il correspond, on peut lutter contre une contracture et même la détruire. Rien de plus instructif que de voir un muscle contracturé céder peu à peu à la pression très douce pendant que peu à peu, *comme si on le surprenait*, on arrive à mobiliser l'articulation qu'il commande.

En pathologie de fractures, c'est ce que nous observons journellement. Un humérus est-il fracturé à sa région supérieure près du col chirurgical, le deltoïde, le grand pectoral, le biceps, le triceps sont rigides, contracturés et défendent l'épaule ; on ne perçoit aucune crépitation. Pour la percevoir, il faudrait forcer cet ensemble musculaire et lutter contre cette contracture douloureuse par elle-même ; ce serait réveiller une violente douleur. Il suffit de faire quelques douces pressions le long des faisceaux obliques et verticaux du deltoïde, de continuer ainsi sur le grand pectoral et les muscles du bras, pour que

la crépitation osseuse se fasse sentir, quelquefois très accentuée; le malade n'en souffre cependant pas tant, il est vrai que la douleur du fracturé tient surtout aux contractures, et il est possible à ce moment de faire mouvoir la scapulo-humérale, car le but sera d'en conserver toute la souplesse.

En pathologie nerveuse, nous pouvons de la même façon agir sur les contractures récentes, tant que la fibre musculaire n'est pas dégénérée : si la rétraction était commencée, le traitement serait tout différent. — Nous pouvons diminuer cette contracture, et par suite la douleur souvent pénible qu'elle occasionne.

Ces pressions douces, bien en place sur ces fibres charnues, exécutées avec la mobilisation de l'articulation correspondante n'auraient plus leur raison d'être sur des muscles atrophiés en voie de paralysie; aussi de même qu'en cas de fracture nous conseillons après la période des contractures douloureuses de pratiquer des pressions plus fortes sur les corps musculaires pour les exciter sans cependant aller jusqu'à la douleur ou même à la pression désagréable, de même en pathologie nerveuse dans les cas d'atrophie, demandons-nous après des pressions assez accentuées d'exercer par des mobilisations passives, puis actives et par des conseils d'éducation musculaire, les régions qui ont tendance à l'atrophie, à la paresse, à la paralysie.

*
* *

Il est une maladie intéressante à ce point de vue, la méningite cérébro-spinale. Comme la paralysie infantile, souvent elle agit sournoisement pendant la période aiguë, ne laissant de dégâts qu'après la défervescence ; les lésions sont heureusement externes à l'axe cérébro-spinal et les cellules nerveuses n'étant pas détruites, on peut espérer le retour des fonctions en grande partie. Les troubles trophiques moins accentués ne laisseront pas, comme dans la paralysie infantile, un membre plus court que l'autre; il y a souvent faiblesse généralisée; quelquefois des contractures de certains groupes musculaires, qui, mal soignés, peuvent déterminer des déformations (pieds bots paralytiques, etc.).

Nous avons eu l'occasion de voir deux enfants atteints de semblable affection, deux petites filles âgées l'une de sept ans, l'autre de quatre ans. La première avait été atteinte deux années auparavant : le diagnostic du début avait été paralysie infantile, mais il fut bientôt relevé par un agrégé de cette faculté, très compétent sur la matière, et qui donna tout espoir à la mère pour l'avenir des deux membres infé-

rieurs de sa fille qui était d'ailleurs de constitution robuste. Plusieurs médecins consultés conseillèrent de faire de l'électricité, du massage, sans insister sur l'importance de soins judicieux et rationnels. L'électricité répartie sans ordre sur les groupes musculaires des membres paralysés passagèrement n'amena que de mauvais résultats, et la mère de cette enfant confia sa fille à une masseuse. Celle-ci, sans éducation spéciale, massa tous les muscles de la jambe comme elle eût frictionné une anémique quelconque. Au bout de quelques semaines, certains groupes, suivant les lésions centrales compressives, entraient en contracture, certains groupes restaient paralysés, et cependant notre masseuse massait également et machinalement les uns et les autres. Au bout de deux mois quelques muscles contracturés, d'autant plus qu'on les excitait chaque jour, déformèrent pieds et hanche ; l'enfant qui ne marchait pas antérieurement, par suite de ses muscles parésiés, ne put poser le pied à terre à cause des douleurs causées par les contractures du mollet qui mirent les pieds en équinisme. Quand la malade nous fut présentée, il y avait contracture des régions postérieures des deux jambes et des ~~membres~~ rotateurs internes de la hanche ; les autres muscles étaient atrophiés et ne réagissaient aucunement.

Notre conseil fut de cesser les massages désordonnés, de mettre les membres inférieurs au repos pendant quelques jours, puis de recommencer le massage rationnel cette fois, des membres inférieurs et de mobiliser passivement les jointures en attendant que l'enfant pût se tenir sur ses jambes. Quelque temps après, la mère nous demandait de faire ces massages : en quinze jours, presque toutes les contractures avaient cessé, un mois après, plusieurs groupes commençaient à se mouvoir bien faiblement, mais l'enfant pouvait se relever et se tenir debout en se tenant aux barreaux de son lit.

Il était intéressant, pendant que les lésions centrales s'amélioraient, de voir chaque jour progresser tel faisceau musculaire; les péroniers latéraux seuls n'avaient encore rien donné, lorsque l'enfant fut arrêtée par une rougeole, et, malgré les progrès certains, nous ne la revîmes plus.

Le résultat avait donc été celui-ci : guérison des contractures par pression douce et confiance des jointures intéressées, réapparition progressive mais lente des mouvements dans chaque groupe musculaire sauf dans les péroniers.

Le second cas est encore plus frappant. La petite fille dont il s'agit n'avait encore jamais marché, lorsqu'on la présenta à un chirurgien de province qui diagnostiqua une paralysie infantile à cause de l'atrophie

de ses deux membres inférieurs coïncidant avec une absence complète de tout mouvement. Elle fut confiée à un masseur de la ville qu'elle habitait, qui reçut, pour toute indication, de masser les muscles des deux membres inférieurs. Chez cette petite fille, comme chez la précédente, il s'agissait de méningite cérébro-spinale : bientôt quelques groupes musculaires, par suite des lésions centrales, entrèrent en contracture, ce furent surtout les adducteurs et les rotateurs internes de la cuisse, les muscles de la région postérieure du mollet. Comme nous pouvons le remarquer il y avait quelque analogie avec le cas précédent. Le masseur massa davantage les muscles contracturés qui se contracturèrent davantage : les pressions étaient violentes et faisaient crier l'enfant qui redoutait son masseur; celui-ci, malgré les contractures, essayait de mobiliser les jointures et, malgré une grande force déployée, n'y parvenait pas; l'enfant venant à Paris avec ses parents suspendit ce traitement.

Nous le vîmes à l'Hôtel-Dieu, quelques jours après. Ses membres inférieurs en adduction forcée se croisaient et restaient en cette position ; les pieds étaient en équinisme très marqué des deux côtés. Les muscles adducteurs de la cuisse étaient durs et douloureux; il en était de même au mollet; il y avait pour elle impossibilité de se tenir sur ses pieds ; l'enfant ne touchait le sol que par la pointe et pleurait chaque fois à cause de la douleur que cela lui occasionnait. L'égalité des deux membres, l'absence de paralysie nettement localisée dans un membre ou segment de membre, la marche de l'affection nous montra qu'il s'agissait encore ici d'une méningite cérébro-spinale et que nous pouvions améliorer notre pronostic.

Le traitement fut changé complètement.

Pour calmer les douleurs généralisées du système musculaire et qui s'étendaient jusqu'aux muscles de la région dorso-lombaire, l'enfant fut d'abord mise au repos pendant une huitaine de jours; puis elle fut massée rationnellement. Dans une première partie de la séance, on faisait prendre confiance aux groupes musculaires contracturés, en les massant à peine et en faisant exécuter des mouvements d'abduction et de rotation en dehors. Cette contracture était si marquée que ce ne fut qu'au bout de quinze jours qu'on obtint quelque résultat. Du côté du mollet celui-ci fut plus manifeste, car on put redresser le pied au bout de huit jours, et on commença à faire marcher l'enfant. La plus grande sévérité était recommandée à la mère dans ces exercices de marche : l'enfant devait faire peu de pas, mais bien les exécuter sans claudication, en cadence, sans chevauchement des deux pieds, comme cela avait lieu au début.

Les muscles paralysés au contraire furent exercés et massés avec plus de vigueur.

Au bout du premier mois, l'enfant se tenait debout : fait intéressant à noter, bien qu'elle fût de la campagne et qu'elle habitât Paris, son état général devint meilleur; de maussade, coléreuse, elle devint douce et obéissante et comme elle était intelligente, elle progressa rapidement. Les séances de massages étaient un plaisir pour elle, puisqu'elle n'en ressentait aucune douleur; nous étions loin des frayeurs du massage brutal.

Nous ne pûmes la suivre que pendant trois mois; à la fin de cette époque, il n'y avait plus de muscles absolument paralysés, les péroniers étaient encore faibles; les articulations du pied et du genou fonctionnaient normalement, il existait encore un peu d'adduction à la hanche. C'est que dans ces affections qui nous sont confiées, quelquefois trop tardivement, la contracture a fait place à la rétraction et la fibre musculaire dégénérée ne nous donne plus la facilité de récupérer la fonction complète.

Voilà donc deux malades qui nous ont présenté toutes deux contractures et atrophie; nous en avons vu les résultats avec massage brutal et nous avons pu juger les effets du massage rationnel. Or nous pensons que tous les malades qui sont sous l'influence des contractures et en souffrent, pourraient être ainsi améliorés par la mobilisation après pression douce des corps musculaires. De même suivant les diverses maladies, la kinésithérapie guérira ou améliorera les conditions d'existence des myélitiques aigus ou chroniques.

Si nous avons cité à peu près *in extenso* dans ses parties intéressantes ces deux observations, c'est qu'à elles seules elles nous démontrent à la fois l'utilité de varier ses manœuvres dans la même région, et presque dans le même moment suivant l'indication du symptôme contracture ou du symptôme paralysie, c'est que nous trouvons dans la même maladie les deux symptômes dans des groupes musculaires ou des muscles voisins, qu'un muscle atteint de contracture aujourd'hui pourra être paralysé demain et réciproquement, c'est qu'ici plus que partout ailleurs l'initiative médicale a une énorme importance.

* * *

Nous pourrions de la même façon mettre sous les yeux les résultats et les histoires cliniques et thérapeutiques des ataxiques que nous avons soignés. Le malade, qui a bien voix au chapitre, aime la séance de massage, parce qu'elle est suivie d'une période de calme, parce

qu'il remarque qu'il marche avec moins de peine, qu'il est moins maladroit, qu'il peut aller plus longtemps ; tel de ces malades attendait les jours de massage pour aller rendre visite à sa mère, parce qu'il faisait alors avec plus de facilité le trajet qui le séparait d'elle et qu'il ne voulait pas se servir de véhicule, persuadé que s'il ne s'exerçait pas, il perdrait rapidement l'usage de ses jambes. Nous n'avons pas la prétention d'ajouter, comme je l'ai lu, que les douleurs fulgurantes cédaient au massage ; je ne vois pas comment on pourrait expliquer cet effet de la kinésithérapie.

L'ataxie locomotrice est plus tolérable pour les malheureux qui en sont atteints. L'atrophie et toutes les myélites des cornes antérieures bénéficient de la kinésithérapie à un autre point de vue. Nous ne possédons qu'une seule observation d'atrophie musculaire, et encore est-elle incomplète, en revanche nous avons eu l'occasion de voir, d'examiner, de soigner beaucoup d'enfants atteints de paralysie infantile ; le tableau clinique ici est toujours le même. Il s'agit de muscles paralysés et de troubles trophiques ; nous ne trouvons pas les variétés du tableau de la méningite cérébro-spinale que nous avons choisie comme exemple. Mais nos résultats sont ici plus précis, parce qu'il nous est arrivé de conserver à la vie quelques muscles par notre persévérance et parfois ces muscles correspondaient à une fonction fort importante. Ici c'est une enfant de six ans qui nous est amenée impotente de tout le bras droit, on ne voit, on ne peut réveiller aucun mouvement, aucune contraction depuis le muscle pectoral et le trapèze jusqu'aux interosseux de la main. La lésion ne doit pas être ancienne, la différence de squelette des deux bras est peu marquée, dans le sens de la longueur (un 1/2 centimètre à l'avant-bras, 1 centimètre au bras). L'atrophie est telle que les os sont recouverts tout juste par la peau. Nous prions la mère de nous ramener l'enfant et nous cherchons sur les limites du mal, à l'épaule ou à la main, si nous ne pouvons obtenir quelques mouvements à la suite d'excitation massothérapique. Au bout d'un mois, il existait quelques faibles mouvements d'écartement des doigts, d'adduction du pouce, de flexion et d'extension des doigts. Ce début nous encouragea et au bout de six mois, la force était suffisante pour qu'on pût admettre que l'enfant se servirait de sa main droite pour prendre et saisir les objets ; comme elle savait jouer avec cette main, elle saurait plus tard s'en servir pour travailler. Les autres muscles de l'avant-bras et du bras qui président aux mouvements de flexion, d'extension, de supination et de pronation, étaient absolument dégénérés et leur fonction était perdue.

Nous avons gagné une main ici, là c'est une épaule, ailleurs nous

avons retrouvé par notre persévérance les muscles de la hanche, (rotateurs et biceps de la cuisse); l'enfant, aidé d'un appareil, pourra marcher. Il ne faut plus, en examinant un paralytique infantile, limiter les fonctions aux muscles qui vivent; on est en droit d'espérer que sur les limites de la lésion, l'éducation musculaire, aidée de la mobilisation, pourra régénérer quelque centre moteur. Ce sera peu de chose.... Nous venons de voir à l'instant que ce peut être une main.

Il est encore une autre classe de maladies où notre traitement aura son indication bien précise; nous voulons parler des compressions, qu'il s'agisse des cordons nerveux, des centres nerveux, de la substance corticale ou de la substance blanche centrale. Le symptôme, avant le diagnostic, nous commande : il y aura suivant la force de la compression, suivant sa localisation, contracture, paresse, paralysie. Suivant le symptôme nous mobiliserons, avec pression douce pour calmer la contracture et ses effets douloureux, avec excitation plus forte pour exercer muscles et articulations, en attendant que les causes de la compression disparaissent, qu'il s'agisse d'une disparition d'exsudats (hématomes) ou de produits inflammatoires (abcès, méningite, etc.), soit qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale (ouverture d'abcès) excision de tumeurs, ablation de corps étrangers et d'exostoses, redressement des arcs des vertèbres, etc.).

Dans ces divers cas, il ne faut jamais interrompre la gymnastique des muscles et des articulations en amont de la lésion, car l'atrophie sous ses diverses formes guette les tissus qui ne vivent pas pour leur fonction, et lorsque le malade se décidera même très tard à une intervention, lorsqu'il n'existera plus de compression sur le nerf, la moelle ou le cerveau, il assistera au retour à la vie de son appareil moteur si celui-ci a été entretenu; sinon la fibre musculaire a fait place à la graisse ou au tissu fibreux, la souplesse articulaire a cédé le pas à l'ankylose complète ou partielle.

En pathologie nerveuse, comme en chirurgie, la mobilisation doit donc être de règle dans la plupart des cas pour conserver aux tissus, où viennent s'épuiser les terminaisons nerveuses, leur vitalité et leur fonction, quelle que soit la nature de la lésion du système nerveux, comme l'ont démontré les deux exemples que nous avons signalés.

Mais si ces deux cas sont instructifs comme indication générale, ils nous montrent surtout que le premier venu ne peut pas exercer ces pressions de massage sur des malades aussi délicats; il est nécessaire que ces manœuvres soient exécutées par des personnes compétentes, des médecins surtout. Nous avons essayé à l'Hôtel-Dieu d'encourager

chaque chirurgien à soigner lui-même ses blessés par le massage, nous lui avons offert à ce propos tous nos conseils; le chirurgien se retranche derrière cette excuse, le temps lui manque pour exécuter semblable besogne. Elle serait pourtant exécutée par lui bien plus judicieusement que par tout aide sans instruction médicale. Peut-être serons-nous plus heureux en conseillant aux neurologistes de soigner leurs malades en les mobilisant et les massant eux-mêmes, suivant les symptômes qu'ils présenteraient; certes les malades en bénéficieront... et surtout la science kinésithérapique.

14648. — Imprimerie Labure, 9, rue de Fleurus, à Paris.