

Docteur Raymond BRANLY

-----

# **L'OSTEOPATHIE RAISONNEE**

-----

Méthode NIROMATHE



L'ostéopathie fut très longtemps une méthode de guérison purement empirique, de la compétence des rebouteux puis des paramédicaux et de quelques médecins.

Seulement depuis une vingtaine d'années, la médecine scientifique, admettant son efficacité commence à s'en occuper sérieusement.

Aujourd'hui encore l'Ostéopathie reste pourtant très obscure pour la plupart de nos contemporains.

Elle va devoir trouver sa place au sein d'un arsenal thérapeutique, physique, chimique et chirurgical.

Cet ouvrage n'a aucune prétention. Il veut être un document de fraternité intellectuelle, un apport supplémentaire à la lutte contre la maladie.

R. B.

Je voudrais tout d'abord me présenter. Je m'appelle Raymond Branly. Je suis d'esprit cartésien ; j'ai d'abord réalisé des études de mathématiques avant de faire Médecine. J'ai ensuite été un brillant étudiant en médecine, un travailleur acharné puisque j'ai pratiquement toujours été major de ma promotion. J'ai d'ailleurs obtenu, de ce fait, le titre de lauréat de la Faculté de Médecine de Lille.

Je me suis installé en médecine générale en 1975 et très vite, j'ai été déçu par l'exercice de ma pratique. Je me suis aperçu que la médecine était surtout une science contemplative et que sur le plan thérapeutique, même si des progrès indéniables et fantastiques ont été réalisés, cela représentait bien peu par rapport au champ immense du domaine médical. Depuis, j'ai conservé l'habitude de dire en guise de boutade : la médecine c'est bien, malheureusement il y a les malades ! En médecine, d'ailleurs les mots parlent souvent d'eux-mêmes. Ne dit on pas guérir (gai rire), tumeur (tu meurs), morphine (mort fine)... Le mot patient se suffit à lui seul ! J'ai envie de rajouter que dans le mot pathogénie il y a le radical patauger.

J'ai été d'autant plus déçu, qu'un jour, est venu me voir au cabinet, un de mes voisins, fort sympathique, entrepreneur en menuiserie. Ce monsieur présentait un lumbago. Comme tous les médecins de France et de Navarre, je lui ai délivré l'arsenal thérapeutique de référence de l'époque : il s'agissait d'un anti-inflammatoire, d'un décontracturant musculaire et d'un antalgique. Trois jours plus tard il me rappelait : son état s'était aggravé, il était cloué au lit. J'ai fait semblant de maîtriser le problème et lui ai donné la même chose en injectable. La même chose bien sûr puisqu'il n'existait et qu'il n'existe d'ailleurs encore aujourd'hui rien d'autre, (même si les noms ont changé). Deux jours plus tard, je le croise dans la rue. Il se promenait gaillardement comme si rien ne s'était passé.

Fier de mon travail, je m'arrête, je l'interpelle et prend de ses nouvelles :

« Tu vois, me dit-il, parce que c'est toi, je vais te le dire : on m'a transporté chez un rebouteux, et j'en suis ressorti un quart d'heure plus tard, guéri ».

Encore un choc. Moi, médecin bardé de diplômes, je n'étais même pas capable de guérir un lumbago qui était guéri en un quart d'heure par un rebouteux qui n'avait même pas son certificat d'études.

D'esprit cartésien, j'ai voulu savoir si cette technique était bien reproductible. J'ai donc adressé dix patients chez cet homme et j'en ai vu ressortir six ou sept guéris ou nettement améliorés. Cette technique était bien reproductible. Il y avait donc beaucoup de choses que l'on ne m'avait pas apprises en Faculté, et pourtant, quel lavage de cerveau y avais-je subi !

D'esprit cartésien toujours, plutôt que de mépriser ce rebouteux comme le faisaient la plupart de mes confrères devenus suffisants (je ne vois vraiment pas pourquoi !) Je me suis rendu chez ce rebouteux et lui ai demandé de bien vouloir m'apprendre sa technique. Ses conditions étaient les miennes ; mais il a refusé. Il était suffisant lui aussi !

J'ai alors cherché une école et je me suis retrouvé à Rennes, à la Faculté de Médecine, avec Yvon Lesage, un homme d'une extrême gentillesse. Je m'y suis rendu pendant 3 ans bien qu'habitant le Pas de Calais et j'ai obtenu le diplôme de manipulations ostéo-articulaires. J'ai ensuite fréquenté le GETM de Lucien Grumholz, puis l'école de Raymond Richard à Lyon. J'ai appris la chiropraxie (technique Davenport), j'ai fréquenté l'école Sutherland à Saint Ouen, et j'ai appris la technique Moneyron avec Guy Pointud, le successeur de Jean Moneyron à Vichy. J'ai visité de nombreux ostéopathes à travers la France, rebouteux ou médecins.

Je retiens aussi Georges Fournier, Vétérinaire ostéopathe qui a bien voulu me dévoiler sa technique.

Je les remercie tous : ils m'ont apporté beaucoup.

J'ai par ailleurs, par curiosité passé un diplôme d'acupuncture et un diplôme d'homéopathie et lu, bien sûr, une quantité d'ouvrages se rapportant à l'ostéopathie.

Depuis 1978, je pratique exclusivement l'ostéopathie, d'abord la chiropraxie pendant huit à neuf ans, puis la technique Jones avec la méthode Wieselfish Giamattéo pendant huit à neuf ans également. Enfin la technique Moneyron et la méthode Niromathé.

L'ensemble de mes connaissances et un travail de recherche particulièrement fastidieux m'ont permis de mettre au point la méthode Niromathé qui optimise très nettement les résultats déjà fabuleux, obtenus avec la technique Moneyron.

C'est l'ensemble de ces connaissances que je veux vous exposer dans cet ouvrage.

L'ostéopathie a été pour moi une révélation. Elle n'est pas ésotérique mais bien cartésienne. Je vais m'efforcer de vous la faire connaître et je l'espère, vous faire partager mes convictions.

**Extrait du Journal : LA VOIX DU NORD du dimanche 31 août 2003**  
**Rubrique : « De Vive Voix » (courrier des lecteurs) :**

### ***L'ostéopathie, la Sécurité Sociale et moi.***

*Depuis plus de deux ans, je souffre de douleurs très fortes qui interviennent lors d'une marche, par exemple. Ces douleurs m'empêchaient d'exercer toute activité physique. En deux ans, j'ai consulté deux généralistes, trois spécialistes, sans résultat. J'ai aussi consulté un professeur de faculté, qui, au bout de dix minutes, m'a déclaré que j'avais de l'arthrose, ce que je savais depuis cinq ans ! A la suite de quoi, j'ai payé 91,47 euros et cette arthrose n'avait rien à voir avec mes douleurs.*

*En désespoir de cause, je suis allé consulter un ostéopathe, qui, après m'avoir posé une question, m'a manipulé pendant deux minutes. Je suis sorti de son cabinet guéri d'un mal que je traînais depuis deux ans !*

*D'où, on peut en conclure : il est dommage que les actes des ostéopathes ne soient pas remboursés par la Sécurité Sociale. De plus, est-il normal qu'un ostéopathe ait pu, en dix minutes, déterminer l'origine du mal, et le guérir alors que j'avais consulté de nombreux médecins ?*

*Cette affaire personnelle a coûté très cher à la Sécurité Sociale (consultations + kiné + médicaments), et la seule consultation qui n'a pas été remboursée a été celle de la guérison !*

*G. R. Lille*

Je voudrais faire 4 commentaires concernant cet article :

- 1) Un exemple n'a aucune valeur scientifique. Mais il ne s'agit nullement d'un exemple ou d'un cas isolé. Ce type de situation, je le rencontre personnellement une dizaine de fois par jour, lors de mes consultations.
- 2) L'auteur ne précise pas quel type de technique a utilisé l'ostéopathe.
  - Il existe des techniques peu performantes avec 20 % de guérison. Ce patient pouvait très bien faire partie des 20 %.
  - Il existe aussi des techniques très performantes où les taux de guérison voisinent les 80 %.
  - Ce patient aurait d'ailleurs aussi pu faire partie des 5 % de guérison (liés à l'effet placebo) d'une technique parfaitement nulle.
- 3) Ce patient présentait bien de l'arthrose, et il a été guéri de son arthrose (comme nous le verrons plus loin).
- 4) Il existe un fossé phénoménal et surréaliste entre le monde des ostéopathes et la communauté médicale scientifique. Ce fossé a selon l'expression consacrée, besoin d'être comblé. C'est en partie la raison de cet ouvrage.

**Pour qu'une méthode thérapeutique soit  
bonne, il faut qu'elle soit :**

- EFFICACE**
- INOFFENSIVE (Primum Non Nocere)**
- REPETITIVE.**

**L'ostéopathie, en particulier la Méthode  
Niromathé présente ces critères.**

## **CONSIDERATIONS GENERALES**

L'Ostéopathie existe depuis des millénaires. Des fresques égyptiennes nous rapportent des gestes manipulatifs.

Occultée, voire méprisée par la Médecine officielle, elle est restée longtemps l'apanage des rebouteux.

Sa reprise, au début du siècle dernier par des médecins américains (Still, Sutherland, Fryman, Magoun, Mitchell, Jones) n'a pas convaincu : pourtant, habituellement, tout ce qui vient d'Amérique est beau ! Ce n'est que très récemment qu'elle vient d'être introduite dans l'enseignement des Facultés de médecine.

Ceci tient à plusieurs raisons :

### **1<sup>ère</sup> raison : le versant thérapeutique a été délaissé.**

Les progrès extraordinaires réalisés par la Médecine l'ont été essentiellement, sur le plan des constatations. Le développement de la biologie, de la génétique, de l'imagerie médicale est fantastique.

On voit aujourd'hui à l'IRM des anomalies que le chirurgien ne voit pas à l'œil nu. Cela commence d'ailleurs à poser quelques problèmes : s'agit-il vraiment d'anomalies ? Vont-elles se développer ou rester à l'état quiescent ? Sont-elles en rapport avec les troubles fonctionnels que présente le patient ? Faut-il en réaliser l'ablation ? Les problèmes d'ordre fonctionnel, on le voit, n'ont toujours pas été résolus. A cela s'ajoute le fait que chaque individu est fonctionnellement différent de son voisin.

Surtout, les progrès dans le domaine thérapeutique n'ont pas suivi les progrès réalisés dans le domaine des connaissances et des technologies.

La plupart des diagnostics, des étiquettes collées aux problèmes ne débouchent sur aucune thérapeutique spécifique adaptée.

On marche sur la lune mais on ne sait toujours pas guérir un rhume. Souvent le volet thérapeutique n'est que palliatif : le sourire artificiel qu'apportent les anti-dépresseurs ne guérit pas le patient.

Or le bon médecin n'est pas celui qui constate, ni même celui qui soigne, mais celui qui guérit.

Cela me rappelle le film : « Manon des Sources » où un vieux paysan médusé répond au savant qui lui explique le pourquoi du comment : « Rendez nous notre eau, vous nous expliquerez après ».



## **2<sup>ème</sup> raison : à l'image de la société, la médecine est devenue beaucoup trop matérialiste.**

La médecine est devenue extrêmement technique.

A bon escient certes, très souvent. Comment dépister un diabète autrement que par la biologie ? Comment dépister un glaucome sans matériel ?...

Mais cet aspect matérialiste débouche aussi souvent sur ce qui me semble être des aberrations :

Un patient présente des vertiges... On lui prend sa tension et on la trouve trop élevée. On attribue les vertiges à l'HTA. En effet les vertiges représentent un signe fonctionnel. La tension artérielle elle, est prise avec du matériel : un manomètre, et c'est le matériel donc c'est la T. A. qui a valeur de causalité. Pourtant on pourrait penser aussi que les vertiges occasionnent de l'angoisse, angoisse qui favorise la montée tensionnelle. Ou encore, qu'une cause tierce favorise les deux symptômes. Ou encore que ces deux symptômes n'ont rien à voir entre eux.

De plus en plus, on fait entrer les troubles fonctionnels du patient dans des constructions intellectuelles où les anomalies biologiques, morphologiques, radiologiques ont valeur de causalité. Un patient consulte pour des douleurs lombo-sacrées persistantes. Le bilan radiologique objective une désaxation rotulienne. Est-elle vraiment pathologique ? Est-elle vraiment à l'origine du problème fonctionnel ? Nul ne sait, mais on la corrige chirurgicalement. On rééquilibre ? Cela n'était pourtant pas le motif de la consultation et le patient n'en demandait pas tant.

Dernière construction intellectuelle en date : l'ostéotomodensitométrie. Une patiente présente des douleurs. Systématiquement, elle a droit à une ostéotomodensitométrie. Une décalcification (bien naturelle avec l'âge) est mise en évidence. On soigne la décalcification. Cette décalcification n'a pourtant, comme nous le verrons plus loin, rien à voir avec les douleurs. Quantité de personnes ostéoporotiques, ne présentent d'ailleurs aucune douleur.

Toujours est-il que, cette hyper technologie est omniprésente.

**Difficile, dans ces conditions, d'imaginer qu'une simple pression cutanée va permettre la disparition des symptômes.**

### **3<sup>ème</sup> raison : La médecine s'est progressivement trouvée monopolisée par la chimie.**

Depuis les grandes découvertes chimiques du siècle dernier (vaccins, pénicilline, digitaline, Aspirine, antiarythmiques, cicatrisants...) découvertes, soit dit en passant, fantastiques, toute l'activité médicale s'est polarisée sur la chimie.

Les prix Nobel de médecine, d'ailleurs, depuis 20 ans ne sont plus attribués à des médecins au sens propre du terme, mais à des chimistes.

La biologie moléculaire est omniprésente.

Toute la recherche médicale est aujourd'hui axée sur la biologie moléculaire.

La réponse médicale à tout problème est essentiellement la prescription médicamenteuse.

La sectorisation médicale accentue ce phénomène.

Le ministère de la santé et l'Académie de médecine s'inquiètent aujourd'hui de cette surconsommation.

Ce mode de pensée orienté sur la chimie a de toute évidence freiné le développement de thérapeutiques adjacentes.

### **4<sup>ème</sup> raison : La Médecine s'est normalisée dans un mode de réflexion « analytique » et ce qui est hors normes est suspect.**

On peut dire aujourd'hui que tous les cardiologues, pneumologues, dermatologues, endocrinologues, gynéco... sont des « clones » (ceci n'a rien de péjoratif), mais il faut reconnaître qu'ils font exactement la même chose, de Lille à Marseille. Cette normalisation qui s'est mise en place depuis quelques dizaines d'années vient d'être officialisée par les RMO. Elle est le résultat des échanges. La confrontation des idées et leur harmonisation sont sans conteste bénéfiques. C'est du choc des idées que jaillit la lumière ! Mais cette standardisation, cette robotisation devient en même temps inquisitrice. Aujourd'hui, le patient peut mourir à condition de mourir selon les règles. Cela a freiné et continue de freiner le développement de modes de pensée différents. Or, dans l'absolu, il faut bien être hors normes pour faire une découverte !

**C'est donc essentiellement la pression des patients, relayée par la médiatisation qui a permis l'éclosion de l'ostéopathie dans la médecine. La recherche d'économies par la Sécurité Sociale, la multiplication des recours médico-légaux, la prise de conscience de prescriptions médicamenteuses excessives devraient contribuer à son développement.**

**LE BON MEDECIN N'EST PAS  
CELUI QUI CONSTATE,  
NI MEME CELUI QUI SOIGNE,  
MAIS CELUI QUI GUERIT.**

# LES INDICATIONS DE L'OSTEOPATHIE

Tout d'abord une première question :

## A QUOI S'ADRESSE L'OSTEOPATHIE ?

*L'ostéopathie s'adresse exclusivement:*

- *Aux congestions ostéo-articulaires d'origine mécanique et à leurs conséquences : douleurs, impotence fonctionnelle ; qu'elles soient aiguës ou chroniques.*

- *Aux congestions viscérales d'origine mécanique et à leurs conséquences : douleurs, troubles fonctionnels, qu'elles soient aiguës ou chroniques.*

*La liste des indications est longue :*

### **- Congestions ostéoarticulaires aiguës :**

- *Cervicalgies (torticolis), dorsalgies, lombalgies (lumbagos), sacralgies, coccygodynies.*
- *Céphalées, migraines.*
- *Sinusites, douleurs faciales (voir le chapitre qui y est consacré).*
- *Tendinites quelqu'en soit leur localisation.*
- *Névralgies faciales, crâniennes, cervico-brachiales, thoraciques, abdominales, sacrées, crurales, sciatiques.*
- *Périarthrites, capsulites, bursites.*
- *Calcifications inflammatoires (ex : tendinites calcifiées du sus épineux ou du grand ligament plantaire).*

### **- Congestions ostéoarticulaires chroniques.**

*Le tableau ci-dessus peut être repris dans son intégralité. Le mot arthrose fait ici son entrée (voir le chapitre qui y est consacré).*

- ***Congestions viscérales aiguës et chroniques d'origine mécanique :***

*Quantité de pharyngites, œsophagites, gastrites, colites, cystites, congestions hémorroïdaires, troubles gynécologiques sont guéris grâce à l'ostéopathie (voir chapitre qui y est consacré).*

- ***De nombreux troubles fonctionnels en tirent également bénéfice :***

- *Insomnies.*
- *Vertiges (presque toujours liés au blocage de la 1<sup>ère</sup> vertèbre cervicale).*
- *Pleurs du nourrisson qui peut souffrir lui aussi, même s'il ne l'exprime pas verbalement.*

***Globalement 60 à 70 % des douleurs et des troubles fonctionnels***

- ***Sont d'origine mécanique.***
- ***Relèvent d'un traitement ostéopathique.***
- ***Et vont guérir avec celui-ci.***

*Deuxième question :*

**COMMENT UNE CONGESTION VISCERALE OU OSTEOARTICULAIRE QUI DURE DEPUIS 20 ANS PEUT ELLE GUERIR AVEC UN TRAITEMENT OSTEOPATHIQUE ?**

*Tout simplement parce que la lésion ostéopathique responsable de cette congestion est un phénomène VIVANT (même s'il est entretenu depuis 20 ans !).*

*La lésion ostéopathique (L. O.) est un SPASME :*

**SPASME MUSCULAIRE + TENDINEUX + LIGAMENTAIRE + FASCIAL.**

*Il peut durer 8 jours : cas aigus : lumbagos, torticolis.*

*2 mois : cas subaigus.*

*10 ans : cas chroniques (étiquetés arthrose lorsqu'ils concernent les articulations).*

*Ce spasme peut disparaître spontanément ; Dieu merci, sinon tout le monde serait arthrosé à tous les niveaux.*

*Ce spasme peut aussi disparaître très facilement grâce au travail ostéopathique.*

*Troisième question :*

## **A QUOI NE S'ADRESSE PAS L'OSTÉOPATHIE ?**

*L'ostéopathie ne s'adresse pas aux congestions ostéoarticulaires et viscérales d'origine :*

- *Traumatique : fracture, déchirure.*
- *Infectieuse : infections bactériennes, virales, mycosiques et parasitaires.*
- *Métabolique : ex : goutte articulaire, artériosclérose, processus thrombotique .*
- *Tumorale : tumeurs bénignes et malignes.*
- *Immuno-allergique, ex : Polyarthrite chronique évolutive, spondylarthrite ankylosante, maladies de système, allergies...*

*Je lance ici un cri d'alarme, non pas tant devant le manque de connaissances de non-médecins, mais aussi de médecins pratiquant l'ostéopathie (il suffit de les former), mais surtout devant la médiatisation et la diffusion d'images erronées concernant l'ostéopathie. Le phénomène de mode s'est emparé de l'ostéopathie. Des ostéopathes non-médecins touchés par les résultats extraordinaires qu'ils ont pu obtenir dans un grand nombre de domaines se sont mis à délirer, à faire et à écrire n'importe quoi. Le système médiatique avide de sensationnel les a rapidement relayés.*

*Toujours est-il qu'il ne se passe plus une journée sans que l'on me consulte pour guérir une alopécie, un asthme, un diabète, un eczéma, un enfant caractériel, une obésité, une artériosclérose !*

*Pour qu'une méthode soit efficace il faut qu'elle soit répétitive. Ceci est fondamental.*

*Ceci dit, je ne suis pas contre le fait qu'un chirurgien dentiste, une sage femme ou un kinésithérapeute exerce cet art. De même je soutiens l'esprit de recherche et d'initiative. Mais il est nécessaire que tout ceci soit régulé.*



*4<sup>ème</sup> question :*

## **QUELLE DOIT ETRE LA CONDUITE A TENIR ?**

**Le Médecin Ostéopathe doit toujours réaliser un diagnostic.**

Il doit s'assurer que l'étiologie est bien mécanique et éliminer par conséquent, un tassement ostéoporotique, traumatique, infectieux ou tumoral, une cause vasculaire (infarctus osseux), une cause infectieuse, métabolique, immunoallergique, tumorale, une cause intercurrente (phlébite, artérite, colique hépatique ou néphrétique, infarctus...).

S'il estime que l'origine est mécanique et si la symptomatologie persiste au delà de la 3<sup>ème</sup> séance, il doit reprendre son bilan diagnostic.

Inversement, un patient porteur de métastases osseuses peut en même temps présenter des lésions mécaniques, et bénéficier d'un traitement ostéopathique. Il sera alors parfois considérablement amélioré (ce traitement ne sera certainement pas manipulatif). Un traitement classique des lésions métastatiques sera associé.

C'est le rôle du praticien de faire ce discernement.

## Quelques exemples :

### A - L'ARTHROSE

L'arthrose est communément rapportée à l'usure, à des modifications dégénératives visualisées par la radiographie :

- pincement articulaire
- micro géodes
- ostéophytes.

Cette usure est en fait un phénomène naturel lié au vieillissement.

Cette usure, pas plus d'ailleurs que l'ostéoporose, n'a aucun rapport avec les signes fonctionnels c'est à dire congestion, douleurs et raideurs que présente le patient.

#### *Exemples classiques :*

1) Monsieur X, 60 ans, se plaint de douleurs et raideurs des genoux. Le bilan radiographique objective des signes d'usure importants. On lui dit que ces symptômes sont liés à l'usure. Il se rend en vacances en Provence. Ses douleurs disparaissent alors totalement pendant son séjour : il peut courir, marcher sans problème, faire des kilomètres sans symptôme. Or l'usure n'a pourtant pas disparu. Une radiographie effectuée sur place serait absolument identique à celle qu'il possédait auparavant.

Que s'est-il donc passé ?

Du fait du changement de climat, d'environnement, les spasmes se sont levés !

C'est ce travail que réalise l'ostéopathe (avec certaines techniques telles que la méthode Niromathé). Il est bien évident que l'on ne guérit pas l'usure. Mais l'on fait disparaître raideurs et douleurs.

Le patient ne demande rien de plus.

2) Monsieur Y, 75 ans, présente des radiographies désastreuses : il est « rempli d'arthrose ». Pourtant il ne ressent aucune douleur et il court « comme un lièvre ».

3) Monsieur Z présente manifestement des douleurs de type arthrosique. Pourtant les radiographies sont absolument normales.

**Il n'existe en effet aucune corrélation entre, d'une part, les signes radiographiques d'ostéoporose ou d'arthrose et, d'autre part, les douleurs et raideurs que présente le patient.**

**La douleur c'est quelque chose de « vivant ». Ce n'est pas une entité morphologique.**

**La douleur mécanique est un spasme.**

**Un spasme musculaire, tendineux, ligamentaire et facial. Un spasme persistant.**

**L'usure par contre, est un phénomène naturel, asymptomatique.**

## **B - LES SINUSITES, OTITES (aiguës, subaiguës et chroniques).**

8 fois sur 10, elles sont secondaires à un blocage des os du crâne et du visage.

Comme nous le verrons plus loin, les os se mobilisent avec la respiration, pas seulement les côtes, tous les os, en particulier les os de la boîte crânienne.

Le blocage engendre une immobilisation des os du crâne. Cette immobilisation engendre à son tour une congestion locale : les conduits d'évacuation (trompe d'Eustache, canaux sinusiens) se congestionnent. Les cavités ne sont plus drainées. On peut étiqueter cette situation :

- Céphalée, si elle concerne le sphénoïde ou les os de la voûte crânienne.
- Sinusite si elle concerne les os propres du nez, l'ethmoïde et le maxillaire.
- Otite si elle concerne le vomer, le rocher et le sphénoïde.

Cette congestion peut favoriser secondairement un développement bactérien, viral ou mycosique, mais celui-ci n'est pas à l'origine des troubles.

L'origine, c'est le blocage.

Je traite systématiquement otites, sinusites, céphalées... avec mes doigts... avec des résultats spectaculaires.

Le même schéma peut s'appliquer au petit bassin. Souvent, après avoir traité une lombalgie, les patients signalent une disparition de leurs hémorroïdes ou de leur cystite récidivante.

Il existe bien évidemment d'authentiques sinusites, cystites, otites liées à une infection virale ou bactérienne, à une pathologie immuno-allergique, à une pathologie tumorale ! C'est le rôle du médecin de poser un diagnostic.

Mais il n'en demeure pas moins que l'origine mécanique représente la cause majeure ; a fortiori lorsque ces troubles sont chroniques ou récidivants.

### **C - LES DOULEURS VISCERALES**

Pharyngites, oesophagites, gastrites, entérites, colites, cystites... peuvent avoir une origine infectieuse, immuno-allergique, psychique, métabolique, tumorale.

Souvent pourtant, surtout si elles sont chroniques ou récidivantes, elles ne sont que le reflet d'une compression des nerfs trophiques, rachidiens ou crâniens.

Le blocage rachidien ou crânien est responsable d'une névralgie qui génère une congestion viscérale.

C'est encore une fois le rôle du médecin de poser un diagnostic et de faire la part des choses, entre ce qui est mécanique et ce qui ne l'est pas.

Il n'en demeure pas moins que le traitement ostéopathique devrait être systématiquement entrepris dans le cas de lésions chroniques ou récidivantes.

### **D - LA HERNIE DISCALE**

L'apparition avec l'âge de hernies discales est un phénomène naturel lié au vieillissement.

En vieillissant, l'on perd quelques millimètres. Avec l'âge, les plateaux vertébraux se rapprochent. Le disque intervertébral s'élargit et il fait naturellement saillie, débordant de part et d'autre.

Les 3/4 des patients de plus de 60 ans présentent des hernies discales sans symptomatologie fonctionnelle rachidienne.

Inversement, nombre de patients présentent une symptomatologie rachidienne sans hernie discale.

Ici encore, l'aspect radiographique, n'a aucune corrélation avec la symptomatologie fonctionnelle.

Le spasme, lorsqu'il se produit, est à l'origine

- du blocage qui génère douleurs et impotence.
- et de la hernie discale qui apparaît ou qui se majore.

La levée du spasme ramène la hernie discale à son état antérieur et fait disparaître la symptomatologie.

# **PHYSIOPATHOLOGIE DE LA LESION OSTEOPATHIQUE**

## **4 Notions fondamentales :**

- **LA RESPIRATION ARTICULAIRE**
- **LA NOTION DE GLOBALITE**
- **L'ORIGINE DU SPASME**
- **L'ORIGINE DE LA PERSISTANCE**

# **LA RESPIRATION ARTICULAIRE**

## LA RESPIRATION ARTICULAIRE

### Corrélations anatomo-cliniques

Le corps peut se diviser en 3 grandes zones. Ces 3 zones sont semblables, symétriques et superposables :

- la zone lombo-sacrée
- la zone cervico-thoracique.
- La zone crânienne.

a) La zone lombo-sacrée comporte :

- 7 vertèbres libres : les 2 dernières dorsales et les 5 vertèbres lombaires.
- 10 vertèbres soudées : 5 sacrées + 5 coccygiennes prolongées latéralement par les ailerons sacrés et coccygiens.
- De chaque côté : ailes iliaques et ischions.
- Qui s'étendent vers l'avant par les branches pubiennes.
- A leur union, le cotyle et le membre inférieur.
- En avant : la symphyse pubienne.
- Tendue en travers : le diaphragme pelvien (plancher du petit bassin).

b) La zone cervico-thoracique comporte :

- 7 vertèbres libres : les vertèbres cervicales.
- 10 vertèbres soudées : les 10 premières vertèbres dorsales, prolongées latéralement par les côtes.
- De chaque côté : les fosses sus et sous épineuse de l'omoplate.
- Qui s'étendent vers l'avant par les clavicules.
- A leur union la glène et le membre supérieur.
- En avant : le sternum
- Tendue en travers : le diaphragme thoracique.

c) la zone crânienne comporte :

- L'occipital qui peut s'apparenter au sacrum.
- Au centre, articulé sur l'occipital, un axe libre : sphénoïde, ethmoïde, vomer, os propres du nez, frontal, maxillaire supérieur.
- De chaque côté les temporaux et pariétaux.
- Qui s'étendent vers l'avant par les mandibules.
- A leur union, le conduit auditif externe et les oreilles.
- En avant : la symphyse mentionnière.
- Tendue en travers : le diaphragme crânien (tente du cervelet).

**La respiration articulaire :**

Se présentent donc 3 zones superposables qui vont se comporter de manière analogue et synchrone lors de la respiration.

**A L'INSPIRATION :**

- Les diaphragmes pelvien, thoracique et crânien s'abaissent.
- Le bassin, le thorax et le crâne s'élargissent
- Les courbures rachidiennes s'atténuent, l'individu grandit.
- Les membres supérieurs et inférieurs se positionnent en abduction – rotation externe.

**A L'EXPIRATION :**

- Les diaphragmes pelvien, thoracique et crânien s'élèvent.
- Le bassin, le thorax et le crâne se rétrécissent
- Les courbures rachidiennes augmentent, la taille diminue.
- Les membres supérieurs et inférieurs se positionnent en adduction – rotation interne.

**Conséquences :**

- 1) C'est ce mouvement respiratoire qui active le mouvement du LCR et de la lymphe : le mouvement respiratoire primaire (MRP) de Sutherland (?). Celui-ci bat au même rythme que la respiration (12 à 16 cycles par minute) mais de manière décalée.
- 2) Une éventuelle lésion ostéopathique bloque ce mouvement des os lors de la respiration. Ceci génère une congestion locale.
- 3) La respiration de ces 3 zones s'effectue de manière synchrone. Les grands désordres résultent souvent d'un décalage rythmique global (fibromyalgie généralisée).



## Commentaires :

1) Le spasme musculo-tendineux, ligamentaire et fascial provoque un blocage articulaire.

- Les os ne peuvent plus se mouvoir :

- Lorsque l'individu bouge.
- Et surtout lorsqu'il respire.

C'est cette hypomobilité ou cette immobilité qui est responsable de la congestion locale et des douleurs.

Ex : Il n'existe pas de mobilité active des os du crâne. Mais une L. O. de la boîte crânienne compromet la mobilisation respiratoire. Ceci engendre les céphalées.

2) En même temps que s'installe la L. O., se produit « une déprogrammation » de points Réflexes plus superficiels : périostés, musculaires, tendineux, ligamentaires, fasciaux, sous-cutanés.

Ces points deviennent « gluants », « collants », réalisant un véritable captage de la lymphe, s'opposant à une libre mobilisation des tissus.

Ils ont fait naître la théorie fasciale de Sutherland.

Ces points peuvent être matérialisés par un test très simple : celui de Lasègue :

- Lorsqu'un patient présente une sciatique, l'élévation du membre inférieur tendu est limitée et douloureuse.

Longtemps ce signe a été attribué à un étirement du nerf sciatique. On l'attribue classiquement aujourd'hui plutôt à un étirement des chaînes musculo-tendineuses. En fait, une douleur tout à fait identique, peut être reproduite par un simple étirement de la peau, le membre restant posé sur la table.

La libération de ces points spécifiques, superficiels (technique Moneyron), au niveau de la sacro-iliaque, de l'ischion, des articulations tibio-péronières et du cuboïde par exemple, fait céder la douleur de manière immédiate et disparaître la signe de Lasègue.

Pour Sutherland, coexistaient donc une respiration articulaire classique rythmée par les poumons et une respiration « lymphatique » sous-cutanée interdépendantes.

## **LA GLOBALITE DU CORPS HUMAIN**

## LA GLOBALITE DU CORPS HUMAIN

Toutes les articulations sont interdépendantes.

Il existe un équilibre tensionnel permanent. Celui-ci est constamment remis en question en fonction du positionnement du centre de gravité.

On mesure ici, l'impact des cicatrices, notamment des cicatrices chirurgicales.

Le corps peut être comparé à un voilier avec des cordages. Ceux-ci sont tendus et réglés au millimètre, dans les 3 plans de l'espace :

- Flexion, extension.
- Inclinaison latérale.
- Rotation.

TOUT EST LIE.

Des exemples quotidiens viennent étayer cet état de fait :

- Une intervention sur une dent de sagesse ou sur une diplopie pourra faire disparaître une sciatique.
- La correction d'un blocage des os du pied pourra amener la suppression de migraines.
- Une correction chirurgicale (superflue ou nécessaire) pourra faire apparaître ou disparaître des désordres ostéopathiques à distance.
- Quelquefois c'est un hémicorps complet qui est bloqué. Le patient présente des névralgies étagées : crânienne, faciale, cervicobrachiale, thoracique, abdominale et sciatique parfaitement latéralisées.

Une articulation bloquée entraîne un travail en porte à faux des tendons, muscles, ligaments et fascias. Ce travail inadapté se répercute sur les articulations voisines ou éloignées.

Certains auteurs ont d'ailleurs essayé d'identifier des « lignes du corps humain », des chaînes d'atteinte musculo-tendineuses et fasciales.

Comme nous l'avons vu précédemment, les 3 diaphragmes battent simultanément au sein de cette toile d'araignée parfaitement tissée.

**1<sup>ère</sup> conséquence pratique.**

Un problème ostéopathique ne devra jamais être traité localement (que ce soit avec un bistouri, avec une infiltration et même avec les mains).

**2<sup>ème</sup> conséquence pratique.**

Toute perturbation de cet équilibre parfaitement dosé risque d'avoir des conséquences particulièrement péjoratives, locales, régionales ou à distance.

Une cicatrice, à fortiori une cicatrice ostéo-articulaire va laisser des traces définitives, irréparables. Elle va désorganiser l'équilibre tensionnel.

Je viens encore, à l'instant où j'écris ces lignes, de voir sortir un malheureux âgé de 40 ans. Cet homme est porteur d'une plaque cervicale depuis 2 ans. Il se plaint de douleurs particulièrement vives dans les mollets et les pieds. Il ne dort pas plus d'une heure par nuit. Ces douleurs se sont installées depuis 6 mois. Il a été mis à 2 reprises sous morphine. Et en plus les douleurs cervicales sont toujours présentes. Ces plaques sont vraisemblablement la cause des douleurs du bas du corps, de leur déclenchement et de leur pérennisation.

Elles vont en outre considérablement gêner mon travail de rééquilibrage.

Non seulement le chirurgien n'a rien réglé localement, mais il a aussi provoqué des lésions à distance (ce dont il n'a malheureusement pas conscience).

Ceci est grave parce que ces séquelles sont définitives.

Ceci est grave parce qu'un simple travail ostéopathique aurait permis de faire disparaître les douleurs cervicales (motif initial de consultation).

Cet exemple est malheureusement multi-quotidien.

**3<sup>ème</sup> conséquence pratique**

**Notre traitement est uniforme** (méthodes Moneyron, Niromathé, Sutherland).

Nous traitons de la même manière une gonalgie et une sciatique.

Si vous examinez correctement votre patient qui se plaint de gonalgie, vous verrez que, 9 fois sur 10, il présente aussi quelques douleurs plus superficielles certes, mais néanmoins authentiques au niveau du dos, de la fesse ou du pied, quand ce n'est pas au niveau cervical ou au niveau crânien.

Une gonalgie, avec notre schéma de raisonnement n'est jamais qu'une sciatique tronquée.

De même, une périarthrite d'épaule s'accompagne volontiers de douleurs de l'avant bras et du poignet.

Un canal carpien est exceptionnellement isolé ; 8 fois sur 10 l'autre membre et la région cervico-dorsale sont touchés.

Nous ne faisons donc pas de différence entre névralgie cervico-brachiale, syndrome de la traversée thoraco-brachiale , canal carpien, périarthrite scapulo-humérale, épicondylite... Toute ceci est affaire de SPASMES, spasmes plus ou moins étagés, plus ou moins généralisés.

**De toutes manières, même si c'est une douleur du petit orteil, TOUT sera traité.**

Ceci simplifie notre tâche. Notre raisonnement est global.

Exemple :

Un patient me consulte pour une sciatique hyperalgique. Il ne peut se déplacer qu'en position couchée. Lors de la première séance, difficile à réaliser dans un tel cas de figure, je ne traite que la région dorso lombaire et le membre inférieur.

Je le revois huit jours plus tard. L'amélioration est insignifiante. D'emblée, je cherche d'autres points et je commence par lui traiter le crâne. Au cours même de mon intervention sur le crâne, le patient me signale qu'il sent sa sciatique disparaître. J'interromps volontairement la séance. Je lui demande de se lever et de marcher ; ce qu'il fait sans problème. Comme par miracle\*, la sciatique a disparu. Je n'ai pourtant touché ni le dos, ni les lombes, ni le membre inférieur de mon patient.

Il s'agit ici d'un exemple caricatural.

Mais ce type de constatation, sans être aussi poussé, je le rencontre tous les jours.

La notion de globalité est donc bien fondamentale.

\* Un véritable miracle, à mon sens, consisterait à voir le bras d'un amputé repousser.

## **ORIGINE DU SPASME**

## ORIGINE DU SPASME

Lorsqu'un individu a peur, surtout de manière brutale, il se blottit, il se recroqueville, il se renferme, il se spasme.

Lorsque, inconsciemment, le corps a peur, il fait la même chose.

Le spasme se déclenche lorsque le corps est surpris et n'est pas prêt au mouvement :

- soit dans l'espace : le sujet pense soulever 5 kg, mais c'est 50 kg qu'il soulève. Inversement, il croit devoir soulever 50 kg mais c'est 5 kg qu'il soulève.

- soit dans le temps : le sujet somnole, allongé à la Récamier sur son divan. La sonnerie du téléphone retentit ; il se soulève brusquement, trop vite. Ou encore, il travaille dans son jardin en position recroquevillée pendant de longues minutes. On l'appelle. Il se redresse brusquement, trop vite. Ou encore, un traumatisme le projette ; il n'a pas le temps de s'adapter.

**Le corps qui n'est pas prêt au mouvement, dans le temps ou dans l'espace réagit en se spasmant. C'est ce que l'on appelle communément le faux mouvement.**

Celui ci se produit volontiers pendant une période de fatigue physique ou intellectuelle : le sujet a fait une longue route, il a bêché son jardin, il a joué au bûcheron... activités dont il n'a pas coutume. Pendant la semaine qui suit il est fatigué, courbattu. C'est pendant cette période de fragilité que va se produire le faux mouvement.

Ce faux mouvement peut se produire à l'occasion d'un effort violent, mais il peut survenir aussi lors d'un « effort » minime : tousser, éternuer, ramasser une allumette. Quelquefois aussi il est déclenché la nuit, et bien évidemment le sujet n'en a pas conscience. Il se retrouve bloqué, le matin au réveil.

Dans un nombre de cas plus restreint, le spasme se produit à la suite d'un coup de froid. Rouler avec le carreau de sa voiture ouvert, est une cause fréquente de torticolis.

Qu'il soit ressenti ou non, le faux mouvement déclenche le spasme musculotendineux, ligamentaire et fascial.

Ce spasme peut être localisé en n'importe quel endroit du corps (crâne, tronc, membre).

Il peut durer 8 jours, 1 an, 10 ans ou 50 ans.

Il peut rester localisé au niveau de l'atteinte initiale ou s'étendre à d'autres articulations (globalité).

## **ORIGINES DE LA PERSISTANCE**



## **ORIGINES DE LA PERSISTANCE.**

Il est remarquable de constater que, lorsqu'un patient présente des lésions récidivantes, ces lésions se situent volontiers dans les mêmes régions.

Certains patients se débloquent très vite spontanément. D'autres voient leurs lésions se pérenniser et passer à l'état chronique.

Il existe incontestablement des facteurs favorisant la survenue, la récurrence et la pérennisation des lésions ostéopathiques.

### **Le 1<sup>er</sup> de ces facteurs est incontestablement l'AGE :**

Les personnes de 60 ans sont plus nombreuses en consultation que les enfants de 10 ans.

Pourtant les enfants se bloquent eux aussi, souvent, mais ils se débloquent spontanément très vite dans la grande majorité des cas.

On rencontre pourtant d'authentiques lombagos, d'authentiques torticolis, d'authentiques sciatiques chez les enfants. Les classiques douleurs de croissance ne sont en fait que des lésions ostéopathiques. Elles cèdent habituellement très facilement avec le traitement ostéopathique.

### **Les autres facteurs favorisants sont multiples :**

Il en existe une cinquantaine.

Ils sont représentés par tout ce qui va créer un pôle de déséquilibre, une asymétrie dans ce voilier aux innombrables cordages ultrasensibles que représente le corps humain.

Citons :

- une scoliose.
- une jambe courte.
- un niveau d'implantation inégal des cotyles.
- un défaut d'horizontalité des plateaux vertébraux.
- une héli-sacralisation.
- un genu varum ou un genu valgum asymétrique.
- un pied creux ou un pied plat.
- un trouble de l'articulé dentaire, un appareil de prothèse dentaire.
- un trouble oculaire (diplopie, trouble de l'accommodation).
- des désordres auditifs (hypoacousie unilatérale).
- une hypertrophie musculaire localisée congénitale ou acquise.

- des suites d'intervention chirurgicale (ablation d'un organe, matériel d'ostéosynthèse, désaxation osseuse, cicatrice ostéoarticulaire, musculotendineuse ou même cutanée).
- le fait tout simplement d'être gaucher ou droitier.
- des facteurs externes : contraintes sportives ou professionnelles.
- Des facteurs généraux tels qu'une obésité, une maigreur, une hypolaxité, une hyperlaxité, une hypotrophie musculaire, une hypertrophie musculaire, le stress, le climat...

**Le problème est complexe pour plusieurs raisons :**

1) Il existe volontiers plusieurs facteurs favorisants.

Certes, il arrive quelquefois (rarement) qu'il n'en existe qu'un. L'ablation d'une dent de sagesse amènera par exemple la disparition d'une périarthrite d'épaule. Mais le plus souvent on se trouve confronté à 4, 5 ou 6 facteurs favorisants, chez un même sujet.

Comment les trouver ?

6 facteurs sur 50 possibles, cela rappelle le loto.

2) Les facteurs favorisant ne s'expriment pas automatiquement. Comment identifier leur expression ?

- Ce n'est pas parce qu'un patient présente une scoliose, que celle ci constitue un facteur favorisant la lésion ostéopathique. Quantité de sujets scoliotiques ne présentent pas de lésions ostéopathiques.
- L'ablation d'une dent de sagesse n'amène pas systématiquement la disparition des périarthrites.
- On peut vivre sans douleur avec une jambe courte ou un genu varum.

Chacun des facteurs cités peut ou peut ne pas s'exprimer !

Que de fois n'ai-je vu et entendu les tableaux suivants :

- Maigrissez, vous n'aurez plus mal aux genoux. Le patient perd 20 kg mais garde ses douleurs. Il y a d'ailleurs des gens maigres me dit-il qui ont aussi mal au genou.
- Muscliez vous, tout ira bien. J'ai soigné voici 15 jours le champion des Flandres de natation ; un véritable Rambo. Il se plaignait d'une sciatique. Les sportifs hyper musclés sont d'ailleurs légion dans mes consultations.
- Faites du yoga, c'est l'assurance tous risques. Or, je soigne régulièrement des professeurs de yoga.

Comment savoir qu'un facteur qui existe s'exprime et a un effet de causalité ?  
Je n'ai encore jamais rencontré la solution.

3) La correction de ces facteurs n'existe pas aujourd'hui.

Quand bien même l'on parviendrait à répertorier ces facteurs favorisant ; il n'existe malheureusement pour 90 % d'entre eux aujourd'hui, aucune solution véritable permettant de les faire disparaître et de permettre une restitution ad integrum de l'organisme.

Comment faire disparaître une cicatrice ? Comment corriger une scoliose, une jambe courte, une hypertrophie musculaire ? ...

Toutes les interventions à ce niveau me paraissent fantaisistes.

Je n'ai jamais rencontré de méthodes ni de règles dignes de ce nom. Certaines donnent ici et là des résultats, mais ces résultats ne sont jamais répétitifs. Ils aboutissent même très souvent à des situations inverses, désastreuses, notamment lorsqu'il s'agit de corrections intempestives de type chirurgical (Revoyez ces patients une ou deux années plus tard !).

Toutes les constructions intellectuelles aujourd'hui mises sur le marché (semelles proprioceptives ou non, méthodes d'orthodontie, tests de posturologie, aimants, oreillers anatomiques...) me paraissent tout simplement fantaisistes. Certes, la recherche doit exister. Mais avant de les présenter, j'allais dire de les commercialiser, il faudrait d'abord apporter la preuve de leur efficacité. J'ai rencontré beaucoup de chercheurs, mais pas encore de « trouveur ».

Nos contemporains, tout à fait humainement d'ailleurs, recherchent naturellement, « l'assurance tout risques ». A leurs questions : « que puis je faire pour ne plus (jamais) me bloquer ? », je réponds volontiers, en guise de boutade : « revenez dans 500 ans ! ».

4) Ce qui est vrai pour l'un n'est pas obligatoirement vrai pour l'autre.

Notre mode de pensée bien trop matérialiste voudrait nous assimiler à du matériel. Or rien n'est plus faux sur le plan fonctionnel. Certaines personnes sont améliorées par une sieste, d'autres sont aggravées. Un lit dur conviendra à un patient mais pas forcément à son voisin... Comment établir des règles dans ces conditions ?

Les seuls conseils que je préconise, sont des mesures de bon sens.

J'ai constaté (c'est malheureusement le seul constat préventif que j'ai pu faire après 25 ans de métier), qu'une activité physique excessive était préjudiciable. Les sportifs (en particulier les sportifs âgés) et les travailleurs manuels, constituent indéniablement les gros bataillons de nos consultations. Je recommande donc des principes de modération physique. Le sport, comme le vin est excellent pour la santé, mais seulement pour le bien être, sans en abuser.

Le confort est aussi sans doute un élément de prophylaxie. Un lit spacieux tout simplement par exemple, qu'il soit dur ou mou ! Chacun dort comme il le veut, comme il se sent bien. C'est la meilleure prophylaxie. Il n'y a pas de règles à imposer.

Je me contente de débloquent mon patient. Je lui fais disparaître ses douleurs. Ce n'est déjà pas si mal.

La récurrence ? Peut-être ? A l'occasion d'un faux mouvement. Dans 1 mois, dans 1 an, dans 10 ans ou jamais ?

Le déblocage en soi a quand même une action préventive, puisqu'il harmonise les structures.

Je ne vais pas en amont. Tout simplement parce que je ne sais pas le faire. Quand on fait quelque chose, il faut être efficace, ne pas nuire et savoir ce que l'on fait. Il faut être cartésien certes, mais cartésien jusqu'au bout.

## **RESUME**

**La lésion ostéopathique (L. O.) se produit à la suite d'un faux mouvement. Celui ci survient habituellement au décours d'une période de fatigue.**

**La L. O. cède habituellement spontanément dans un délai d'une dizaine de jours. Le corps possède en effet les potentialités qui lui permettent de faire disparaître la L. O..**

**Il est remarquable de constater que le changement de climat et d'environnement accroît notablement ces possibilités réactionnelles.**

**Pourtant, de temps en temps, la L. O. persiste et se pérennise. Elle peut rester localisée, s'étendre à d'autres régions, quelquefois à un hémicorps complet, quelquefois à l'ensemble du corps (fibromyalgie, terme aujourd'hui à la mode).**

**La survenue de la L. O., sa récurrence, sa pérennisation, sont favorisées par le vieillissement et les multiples facteurs générateurs d'asymétrie sur lesquels il est illusoire d'intervenir aujourd'hui.**

**La L. O. est un phénomène DYNAMIQUE, puisque c'est un SPASME PERSISTANT.**

**La levée de la L. O. amène la guérison du patient.**

**COMMENT LEVER CE SPASME ?**

**C'EST TELLEMENT EXTRAORDINAIRE  
DE POUVOIR GUERIR QUELQU'UN  
PAR L'ACTION DE SES SEULES MAINS,  
SANS ARTIFICE.**

## L'OSTEOPATHE OU LES OSTEOPATHES ?

### **Il existe une vingtaine de techniques et méthodes ostéopathiques.**

- (Apparemment) très différentes les unes des autres.
- Certaines sont dangereuses, d'autres inoffensives.
- Certaines sont très efficaces, d'autres d'un rendement médiocre.
- Certaines demandent dix minutes, d'autres une heure pour leur réalisation.
- Certaines sont douloureuses, d'autres indolores.
- Certaines sont brutales, d'autres sont très douces, certaines même semblent « sulfureuses » : on touche à peine le patient.
- Certaines sont d'effet immédiat, d'autres d'effet retardé.

### **Il existe un polymorphisme extrême dans cette discipline.**

Pratiquée par des médecins, des dentistes, des vétérinaires, des chiropracteurs, des kinésithérapeutes, des sages-femmes, des rebouteux ...

Ajoutez à cela qu'elle vient d'être déremboursée par la Sécurité Sociale lorsqu'elle est pratiquée par des médecins (octobre 1998) et que paradoxalement elle vient d'être reconnue par l'Académie de Médecine, et commence à être étudiée en Faculté de Médecine.

### **Pourtant, malgré toutes ces disparités, tous ses acteurs s'intitulent Ostéopathes.**

Comme s'il s'agissait d'une même « science » monolithique à l'image de la dermatologie, de la pneumologie, de la cardiologie !

Comment s'y retrouver ? Il y a de quoi s'y perdre. Je comprends le désarroi de l'opinion publique, des journalistes et du monde médical.



Un dénominateur commun relie pourtant tous ces acteurs : travailler avec les mains.

Un but commun les réunit : lever le SPASME.

Un récent décret ministériel permet que cette discipline soit pratiquée par des non médecins :

- sans préciser toutefois qui pourra la pratiquer, kinésithérapeutes ? dentistes ? sage femmes ? chiropracteurs ? infirmiers ?
- sans préciser les modalités de l'enseignement : qui pourra enseigner l'ostéopathie ? A qui ? Qu'enseignera t'on ?
- se pose aussi le problème de l'harmonisation européenne.

Les médecins qui ont longtemps négligé cette discipline commencent à se l'approprier. Mais dans les facultés de médecine ne sont aujourd'hui enseignées que les manipulations ostéoarticulaires (sous un aspect particulier), la technique de Mitchell (myotensifs), et de manière sporadique, la technique de Jones. Or cela ne représente qu'une infime partie de l'ostéopathie.

Que fera t'on des autres facettes de cette discipline ? Je pense aux méthodes Sutherland, Reiki, Randolph Stone, Lyson... quelquefois proches de la radiesthésie, en totale contradiction avec le mode de pensée analytique qui prévaut aujourd'hui dans la Médecine occidentale.

Qui fera un diagnostic permettant d'éliminer un zona, une phlébite, une ostéonécrose de la tête fémorale, une ostéolyse d'origine tumorale... ?

Certes, la plupart des pratiques ostéopathiques sont inoffensives et ne risquent pas d'aggraver le patient, mais un retard au diagnostic peut néanmoins lui être préjudiciable : une phlébite peut développer une embolie et amener le décès du patient si elle n'est pas traitée à temps !

C'est un chantier immense et particulièrement complexe qui attend le législateur.

Nous allons passer en revue une vingtaine de techniques et méthodes ostéopathiques. Nous allons les présenter, les analyser, les critiquer. Nous verrons qu'elles n'ont pas le même rendement, les mêmes indications, les mêmes inconvénients.

En fin d'ouvrage, (méthode Niromathé), nous ferons la synthèse de ces différentes techniques. Nous verrons qu'elles réalisent en fait, le même travail : agir sur des capteurs sous-cutanés, des points réflexes, des « points de colle », des éléments modulateurs du système tensionnel ; ceci avec des approches très différentes.

**REPertoire DES DIFFERENTES TECHNIQUES ET  
METHODES OSTEOPATHIQUES.**

## **REPERTOIRE DES DIFFERENTES TECHNIQUES ET METHODES OSTEOPATHIQUES.**

**La classification que nous vous proposons est totalement artificielle, mais pratique parce que symbolique.**

**La vérité est simple, souvent imagée.**

**Nous analyserons successivement les techniques et méthodes :**

- **osseuses**
- **musculaires**
- **ligamentaires**
- **fasciales**
- **cutanées**
- **tendineuses.**

## **LES TECHNIQUES OSSEUSES**

Pour le « grand public », y compris la plupart des médecins, elles représentent à elles seules l'ostéopathie, dans une équation simple :

Ostéopathie = Manipulation = Craquement = Remise en place.

Toujours le fruit de notre mode de pensée matérialiste.

-----

Citons A. T. STILL (1828-1917) fondateur du premier collège de chiropraxie à Kirksville dans le Missouri, classiquement représenté comme le précurseur de l'ostéopathie.

En fait, les grands noms et les grandes écoles, tout en étant de plus en plus scientifiques, resteront toujours tributaires de l'héritage qui nous vient de la nuit des temps. Malheureusement, l'homme qui devrait avoir 3 000 ans d'expérience, retourne en enfance à chaque génération.

### **A) LE PRINCIPE DES TECHNIQUES OSSEUSES :**

Ajuster des facettes articulaires désaxées, en inhibant les textures périarticulaires antagonistes qui ont provoqué et maintiennent une portion articulaire même infime en mauvaise position.

Le principe est purement BIOMECANIQUE.

Le retour à la normalité doit passer par une phase posturale en ordre inverse de la construction de la lésion.

Une vertèbre par exemple est déplacée et bloquée en Flexion, Rotation gauche et Inclinaison droite. L'exagération de la Flexion, de la Rotation Gauche et de l'inclinaison droite de cette vertèbre aggrave la symptomatologie.

Au contraire, la mise en Extension, Rotation droite et Inclinaison gauche de cette vertèbre amène le confort du patient.

Un thrust, c'est à dire une pression vive et de courte durée majore cette situation de confort et permet un repositionnement de l'articulation. On inverse en fait les paramètres.

Le point de contact, l'impact, le niveau d'action sont osseux ; c'est pourquoi nous avons utilisé le terme de techniques osseuses.

De nombreux problèmes se posent :

- 1) Cette vertèbre est-elle mal positionnée
  - Par rapport au bloc supérieur ?
  - Par rapport au bloc inférieur ?
  - Ou à la fois par rapport aux blocs supérieur et inférieur ?

Où se situe le niveau lésionnel ?

- 2) Le problème se complique s'il existe plusieurs vertèbres déplacées et bloquées, surtout si elles sont déplacées de manière différente. On peut envisager par exemple une C4 (4<sup>ème</sup> cervicale) bloquée en Extension, Rotation droite, Inclinaison droite, et une C6 bloquée en Flexion, Rotation gauche, Inclinaison droite. Comment trouver alors une position de confort ? Or cette situation est fréquente !

Les classiques accidents de circulation («coup du lapin») donnent volontiers ce type de tableau complexe.

Comment, dans ces conditions peut on faire un diagnostic biomécanique et une correction biomécanique corrects ?

**De nombreuses écoles et de nombreuses théories se sont succédées pour tenter de résoudre ces problèmes biomécaniques**

- Sur le plan du diagnostic

- Sur le plan de la correction.

Citons :

- **Le palper para-vertébral** : Mais contracture para vertébrale ne signifie pas postériorité de l'apophyse transverse !
- **Le pincer rouler et la sensibilité dermalgique pour préciser la zone significative.** Mais comment s'y retrouver quand il existe plusieurs niveaux juxtaposés. La douleur peut aussi être d'une autre origine (douleur musculaire référée par exemple). Enfin c'est un test purement subjectif puisqu'il repose sur la seule interprétation du patient.
- **La pression des épineuses et la pression contrariée des épineuses** : toujours subjective.
- **Le schéma en étoile** qui fera manipuler dans le sens de la non douleur. Comment s'y retrouver quand se juxtaposent plusieurs lésions inverses ?

- **Les repères morphologiques** : une épineuse est déplacée en postériorité, antériorité, supériorité, infériorité, rotation, torsion, bascule... Ceci sert de repère diagnostic. Or une épineuse peut être naturellement hypertrophique, hypotrophique ou déplacée, sans que ceci soit le témoignage d'une lésion ostéopathique. De même une crête iliaque haute et une EIPS (Epine Iliaque postéro-supérieure) haute ne signifient pas : Ilium bloqué en antériorité. Peut-être que l'EIPS était naturellement plus haute (scoliose) et qu'elle s'est déplacée en postériorité, tout en restant quand même plus haute que l'EIPS controlatérale !

Enfin, j'ai un long nez, d'autres ont de grandes oreilles et ce patient a un ilium antérieur sans pour autant que cela soit pathologique !

- **Le signe de l'attraction de l'EIPS** indiquerait le niveau lésionnel. Encore faut-il que le patient lombalgique puisse se pencher !
- **Le signe de Piédalu** est très controversé.
- **La manœuvre de Downing** doit permettre de déterminer la situation de l'ilium en Antériorité ou en Postériorité. Son résultat est tributaire de la motivation de l'opérateur. Je peux vous le placer en antériorité ou en postériorité selon mon degré d'application. Même positif, il ne témoigne pas du caractère pathologique de l'anomalie.
- **Citons encore la loi de FRYETTE** : utilisée par de nombreux vertébrothérapeutes ; elle sert de test de diagnostic :

La loi dit ceci :

- Lorsque la colonne est en situation de Flexion : l'inclinaison Latérale (Gauche) du rachis s'accompagne d'une rotation opposée (droite) des corps vertébraux (= lésion F.S.R.).
- Lorsque la colonne est en situation d'Extension : l'inclinaison Latérale (Gauche) s'accompagne d'une rotation homologue (Gauche) des corps vertébraux (= lésion E.R.S.).

Autrement dit, lorsqu'une vertèbre est bloquée en situation de Flexion, son apophyse transverse saille dans la convexité. Lorsqu'une vertèbre est bloquée en situation d'Extension, son apophyse transverse saille dans la concavité.

Le praticien utilise ces données pour appliquer la mise en position et le geste correctif.

Or, pour 50 % des manipulateurs utilisant cette loi : Flexion Lombaire = Flexion dorsale = Flexion cervicale = Mise en cyphose de la colonne.

Et pour 50 % des autres opérateurs, Flexion = Rapprochement des courbures et Extension = Éloignement des courbures. Dans cette conception :

Flexion dorsale = mise en cyphose de la colonne dorsale

Flexion lombaire = mise en lordose de la colonne lombaire

Flexion cervicale = mise en lordose de la colonne cervicale.

### Conclusion :

L'un et l'autre groupe utilisent la même théorie sur des définitions, c'est à dire sur des bases de travail diamétralement opposées (au niveau des colonnes lombaire et cervicale) !

Et mieux, tous deux aboutissent au même niveau de résultat !!!

Cette théorie est d'ailleurs fautive puisqu'il existe d'authentiques L.O. (par exemple dorsales) en Flexion avec rotation et inclinaison homologue et en Extension avec rotation et inclinaison inverses.

**Tout cela pour dire (et nous le verrons avec la technique Davenport et avec la méthode Niromathé) qu'il n'existe pas de solution biomécanique... car le problème n'est pas biomécanique.**

## **B) LES DIFFERENTES TECHNIQUES OSSEUSES**

Les techniques osseuses (manipulations ostéoarticulaires) concernent essentiellement les arthroïdes.

Elles concernent principalement les vertèbres, d'où le terme de vertébrothérapie volontiers employé.

Accessoirement, les articulations périphériques de ce type : carpe, tarse, acromioclaviculaires, radio cubitales, tibioperonnières peuvent en bénéficier.

**Il existe deux grands groupes de manipulateurs :**

Les Chiropracteurs et les « Ostéopathes ».

### **1) LES CHIROPRACTEURS :**

- Issus des Ecoles américaines (Kansas City, Kirksville, Dallas, Davenport...).
- Nécessité d'une table articulée, très sophistiquée. Le patient se présente debout, face à cette table. Il s'applique contre cette table. Celle-ci s'incline et se positionne horizontalement (autrefois mécaniquement, aujourd'hui électriquement). Le patient se retrouve en decubitus ventral et ne bouge plus. Tout ce passe dans cette position.
- Le diagnostic repose essentiellement sur des critères morphologiques : positionnement des épineuses, Epines iliaques, crêtes iliaques, tubérosités ischiatiques, transverses, mastoïdes...
- La mise en position de confort, notamment la flexion-extension des zones significatives s'effectue grâce à des coussinets mobiles (des petites manivelles étaient autrefois présentes à tous les niveaux de la table). L'épineuse reprend par ce biais une position sub-normale.
- Le praticien procède au réajustement vertébral de manière directe par un recoil porté sur les repères osseux au niveau des zones significatives

### **2) LES OSTEOPATHES :**

- Issus des Ecoles européennes (de nombreuses écoles privées, Maidstone, Bobigny, les facultés de médecine...).



- Des tests dynamiques identifient les niveaux lésionnels et le sens du blocage.
- La mise en position s'apparente volontiers à un corps à corps, à une exercice de lutte greco-romaine.
- La manipulation utilise volontiers de longs bras de levier à partir du crâne, de l'épaule, de la hanche...

### **C) LA TECHNIQUE DAVENPORT**

- C'est une technique chiropractique. Elle nécessite une table de chiropraxie, sur laquelle le patient est placé en decubitus ventral.
- On procède tout d'abord à la recherche des zones significatives : zones infiltrées, contractées, au sein desquelles une ou plusieurs épineuses sont décalées.
- Index et majeur sont alors placés de part et d'autre de cette zone, sur les massifs para vertébraux.
- On imprime alors au corps des mises en position qui vont accentuer l'inconfort du patient (et en même temps, la tension para vertébrale) ou au contraire l'atténuer. On recherche bien évidemment la situation d'hypotension maximale. Pour ceci :
  - On réalise une mise en rotation droite ou gauche de la tête. Celle-ci se répercute sur toutes les vertèbres (jusqu'à L5).
  - On réalise une inclinaison droite ou gauche en positionnant un bras au dessus de la tête, l'autre restant étendu le long du corps. Ceci se répercute sur toutes les vertèbres.
  - On réalise enfin une flexion ou une extension par un réglage des coussinets.

Simultanément, les doigts évaluent le niveau tensionnel. Le niveau minimum correspond à la position de confort du patient. On déclenche alors un Thrust sur la zone significative. Peu importe le siège exact de l'impact osseux. Le blocage cède presque spontanément.

J'ai utilisé cette technique pendant plusieurs années. J'en suis arrivé à la conclusion que l'on procédait en fait par une vibration proprioceptive sur une situation de confort de la zone significative.

Mon expérience future me confirmera d'ailleurs cette version : la levée du spasme est obtenue par une action de stimulation vive et brève de récepteurs sous cutanés (cf. Méthode Niromathé)

Le raisonnement biomécanique est absolument inutile.

## RECAPITULATIF : LES TECHNIQUES OSSEUSES

### Avantages :

- Les résultats sont immédiats (lorsque la manœuvre réussit).

### Inconvénients :

- Nécessité d'une maîtrise parfaite de la technique.
- Risques de fracture : Les techniques osseuses sont de ce fait contre-indiquées chez les sujets âgés et chez les personnes fragiles (ostéoporose métabolique, métastatique...). Un bilan radiographique est indispensable avant toute manipulation.
- Malaisées à mettre en pratique chez les enfants, les femmes enceintes, les personnes handicapées... quasi impossible à réaliser chez les nourrissons.
- Douloureuses lorsqu'elles sont réalisées selon de mauvais critères, ou tout simplement lorsque se juxtaposent des lésions inverses ne permettant pas d'obtenir une position de confort.
- Les indications sont limitées aux L.O. siégeant sur des arthrodies (essentiellement vertébrales).
- Les indications sont limitées aux problèmes simples, cohérents, harmonieux.

Inutile avec ce type de technique d'espérer guérir une lésion complexe, une lésion enflammée (ex. : torticolis aigu), une lésion évoluée (hernie discale majeure), une sciatique établie, une arthrose périphérique (ex. : gonarthrose), une périarthrite d'épaule, etc...

Tous ces facteurs aboutissent à une image plutôt ternie des techniques osseuses. Elle ont fait la mauvaise réputation de l'Ostéopathie.

Elles ont pourtant rendu de grands services :

Je pense à cette jeune fille, bloquée depuis 2 ans à la suite d'un accident de la circulation, incapable de marcher, se déplaçant en fauteuil roulant, qui a été « ressuscitée » instantanément après un déblocage de la sacro-iliaque.

Je pense à ces milliers de lombagos, dorsalgies, cervicalgies, douleurs costales qui ont pu reprendre instantanément un cours de vie normale.

## LES TECHNIQUES MUSCULAIRES

La L.O. se résume pour ces auteurs, à un SPASME MUSCULAIRE.

- L'étirement du muscle spasmé aggrave la douleur.
- Le raccourcissement du muscle spasmé atténue la douleur et la fait même disparaître.

Le but de ces techniques est de lever ce spasme musculaire.

### LA TECHNIQUE MITCHELL :

= **Myotensif = Etirement musculaire contro résistance.**

#### Principe :

Prenons un exemple : une vertèbre cervicale est bloquée en extension rotation droite et inclinaison droite. Le niveau lésionnel est sous jacent à la vertèbre ; celle ci est donc solidaire du bloc supérieur et de la tête (j'utilise volontairement un raisonnement biomécanique pour des raisons didactiques).

La mise en extension, rotation droite et inclinaison droite est douloureuse.

Sa mise en flexion, rotation gauche et inclinaison gauche est libre.

Le praticien va traiter les 3 paramètres. Pour le paramètre rotatoire, il place la tête en rotation droite jusqu'au niveau de la barrière douloureuse. Il demande au patient de se mettre en apnée inspiratoire et d'effectuer volontairement une contre rotation gauche. Le praticien s'oppose à ce mouvement. En fin d'inspiration et pendant la phase expiratoire il ramène passivement la tête en rotation droite jusque la nouvelle barrière douloureuse. Il gagne ainsi en amplitude.

Ce mouvement est répété 3 ou 4 fois.

Les paramètres Flexion-Extension et Inclinaison sont ensuite traités de la même manière.

Parfois le praticien individualise un muscle manifestement en cause. Il étire passivement ce muscle et demande au patient de le contracter selon les mêmes principes. Il travaille donc au cas par cas, corrigeant les muscles et les restrictions d'amplitude identifiés. Pour certains muscles la position assise est requise, pour d'autres le decubitus est indispensable.

**Avantages :**

- En théorie, toutes les L. O. peuvent être ainsi traitées.
- Manœuvre inoffensive qui ne présente pas de contreindication.
- Manœuvre indolore.
- L'amélioration de la symptomatologie est immédiate, mais la guérison véritable (lorsque la manœuvre est positive) n'interviendra que quelques jours plus tard.

**Inconvénients :**

- Le taux de positivité (de guérison) est relativement faible. En effet, cette technique ne prend nullement en compte les fascias et ligaments qui sont pourtant largement impliqués.
- La guérison (lorsqu'elle se manifeste) n'est pas immédiate et le praticien est dans le doute quant à son efficacité.
- C'est une technique fatigante pour le praticien.
- C'est une technique longue. Imaginez que le patient présente plusieurs lésions ostéopathiques (cervicales + épaule gauche + membre inférieur droit) : des dizaines d'interventions seront nécessaires.
- C'est une technique mal adaptée aux cas complexes. Imaginez que le patient présente 2 L. O. juxtaposées, de natures opposées ! Difficile dans ces conditions de déterminer un sens de la non douleur et de posturer correctement.
- C'est une technique subjective qui fait intervenir le patient. C'est un inconvénient majeur. Nous avons quelquefois affaire à un grand sportif ou à une danseuse du Lido, brillants physiquement et intellectuellement. Leur participation se fera sans problème. Mais le plus souvent, il s'agit de personnes diminuées physiquement, voire intellectuellement. Cette technique s'apparente alors aux coulisses de l'exploit. Essayez de réaliser des myotensifs chez un malentendant ! Je n'ai pas été jusqu'à vous proposer un cul de jatte... Mais vous me direz les culs de jatte, ça ne court pas les rues !
- C'est une technique fatigante voire agressive pour le patient. Ces mises en posture et ces efforts intempestifs aggravent volontiers des troubles adjacents.

En définitive, c'est une technique au rendement médiocre. Elle peut avoir une utilité dans le cadre d'une rééducation musculaire par exemple post-traumatique. Elle nécessite une L. O. idéale chez un sujet idéal.

## **LA TECHNIQUE JONES :**

Conçue par L. H. JONES (Oregon) au début du siècle dernier.

C'est « l'inverse » de la technique MITCHELL.

Le praticien raccourcit le muscle spasmé. Il va dans le sens de la non douleur. Il maintient cette posture 90 secondes. La mise en position est lente et passive. Le retour à la position neutre est lent et passif.

Immédiatement, le patient n'en ressent aucun bénéfice. La guérison ne se produira que 48 heures plus tard.

L'identification de la posture repose sur 2 concepts :

1. Le sens de la douleur : fondamental.
2. La mise en évidence de trigger points, ou points détente, ou points gâchette.

Les trigger points sont des zones réceptives de petite dimension (quelques millimètres carrés) situées dans l'épaisseur du muscle, les fascias, les ligaments et le tissu conjonctif sous cutané.

Ils sont actifs, c'est à dire douloureux à la pression, lorsque le muscle est spasmé.

Par conséquent, à un trigger point (actif) correspond un muscle et correspond une posture (de raccourcissement).

Dans un premier temps, le praticien fait l'inventaire des trigger points (et muscles) impliqués dans la lésion ostéopathique. C'est une technique d'identification subjective puisque c'est le patient qui signale l'existence ou non d'une sensibilité du trigger point.

Dans un deuxième temps, il corrige au cas par cas chacun des muscles incriminés.

### **Avantages :**

- Toutes les L. O. peuvent être ainsi traitées (ex : un lumbago, une gonarthrose, une épicondylite...).
- Manœuvre inoffensive qui ne présente pas de contre-indication.
- Manœuvre indolore.
- Manœuvre confortable pour le patient.
- Le taux de guérison est supérieur à la technique Mitchell. En effet cette technique prend indirectement, quelque peu en compte, les fascias et ligaments. Il est de l'ordre de 40 à 50 %. Plusieurs séances sont fréquemment nécessaires.

**Inconvénients :**

- La guérison n'interviendra que 48 heures plus tard. Le praticien est dans le doute quant à son efficacité. En principe, la sensibilité du trigger point disparaît si la manœuvre est positive ( ??).
- C'est une technique moins éprouvante pour le praticien, mais néanmoins fatigante.
- C'est une technique longue. Imaginez que le patient présente plusieurs niveaux lésionnels. Il existe 200 paires de muscles dans un organisme ; n'importe lequel peut être impliqué.
- C'est une technique mal adaptée aux cas complexes, lorsque se juxtaposent plusieurs L. O. inversées. Difficile dans ces cas de trouver une posture indolore.
- C'est une technique subjective qui fait intervenir le patient pour le diagnostic.

En définitive, c'est une technique au rendement moyen, qui peut suffire pour un exercice correct. C'est une technique intermédiaire qui a néanmoins permis une avancée considérable dans le domaine des connaissances ostéopathiques.

**LA METHODE WIESELFISH – GIAMMATTEO**

La technique Jones, comme son nom l'indique, est une technique : à un trigger point correspond une posture.

Pourtant, lorsque l'on pratique cette technique, l'on s'aperçoit, avec un peu d'expérience, que ce sont souvent les mêmes tableaux posturaux qui se manifestent.

Dans les cas suraigus, le sens de la non douleur et par conséquent du positionnement est évident.

Ainsi, par exemple, nombre de névralgies cervico-brachiales droites répondent au schéma postural suivant :

- Flexion (antérieure) et Rotation gauche de la tête.
- Élévation (= Flexion) + Rotation externe + Abduction du bras droit.
- Flexion du coude + Rotation externe + Abduction de l'avant bras droit.
- Flexion du poignet + Rotation externe + Abduction de la main droite.

C'est d'ailleurs cette position qu'adopte le patient pour se soulager. Il dort avec un gros oreiller sous la tête, tête qu'il tourne vers la gauche. Et il place son membre supérieur droit en l'air, au dessus.

C'est à partir d'observations de ce type que le couple d'ostéopathes Wieselfish-Giammatteo a pu mettre au point sa méthode.

**Principes :**

- Flexion = Flexion des articulations périphériques.  
Ilium, scapulum et Temporal en antériorité.
- Extension = Extension des articulations périphériques.  
Ilium, Scapulum et Temporal en postériorité.
- Ouverture = Articulations périphériques en Rotation externe et Abduction.  
Pubis, clavicule et mandibule en déviation homolatérale.
- Fermeture = Articulations périphériques en Rotation interne et Adduction.  
Pubis, clavicule et mandibule en déviation controlatérale.

Au total, le patient pourra présenter les combinaisons suivantes :

- Flexion + ouverture droite ou gauche
- Flexion + fermeture droite ou gauche
- Extension + ouverture droite ou gauche
- Extension + fermeture droite ou gauche.

→ Le problème se complique un peu quand on sait que les 3 zones lombopelviennes, cervico-thoracique et crânienne peuvent se bloquer différemment.

Exemple :

- Flexion ouverture Gauche pour le crâne
- Extension Fermeture Gauche pour la cervico thoracique.
- Extension Ouverture Gauche pour la thoraco-pelvienne.

Toutes les combinaisons sont possibles.

→ Le problème se complique beaucoup quand on sait qu'il n'existe pas (ou tout au moins, personnellement je n'en connais pas) de méthode de diagnostic fiable permettant d'identifier la combinaison.

Le sens de la non douleur représente le moyen le plus élaboré. Dans les cas aigus, il est très fiable. Mais dans les cas chroniques il est beaucoup plus aléatoire.

Enfin 20 à 30 % des situations lésionnelles ne s'intègrent pas dans ce schéma ; notamment les L. O. post traumatiques (type « coup du lapin ») où dans un même segment co-existent volontiers plusieurs lésions inverses.

Néanmoins cette méthode est très avantageuse : elle permet de gagner un temps précieux. Les 3 niveaux peuvent être traités avec un maximum de 8 postures.

L'exemple de la névralgie cervico-brachiale décrit plus haut correspond à un tableau en :

- Flexion ouverture gauche pour la zone crânienne.
- Flexion ouverture droite pour la zone cervico-thoracique.

La situation de la zone lombo-pelvienne est à préciser.

Il conviendra de posturer en exagérant cette situation.

Au total, c'est une méthode relativement performante. Je l'ai pratiqué pendant plusieurs années. Elle m'a apporté beaucoup de satisfactions. Mais j'ai trouvé mieux avec la technique Moneyron et la Méthode Niromathé, plus performantes, beaucoup plus rapides, beaucoup moins fatigantes et surtout d'effet immédiat.



## **TECHNIQUE LIGAMENTAIRE : W. G. SUTHERLAND (1872-1954)**

Pendant la première partie de sa vie professionnelle, SUTHERLAND agit un peu à la manière de JONES. Il positionne l'articulation lésée dans le sens le plus facile, celui de la non douleur, de la plus grande souplesse. Mais il le fait de manière très douce, très superficielle, sans chercher à raccourcir totalement. Il laisse l'articulation quelque peu libre pendant cette posture. Il modifie l'amplitude lorsqu'il perçoit l'apparition de tensions ; il la modifie très légèrement, de quelques dizaines de degrés. Il module son action dans le sens de la plus grande facilité. Il ne doit jamais ressentir de résistance tissulaire. Une dizaine de minutes plus tard, l'articulation « s'effondre », devient molle. Toute tension a disparu. Le patient peut se lever ; il est guéri.

Ce peut être n'importe quelle articulation : le crâne (céphalées), un genou, un poignet...

Les vertèbres par exemple :

- Il positionne ses doigts dans des petites dépressions para vertébrales, correspondant aux transverses en antériorité. Une légère pression sur ces zones majore l'effet rotatoire. Il applique également une pression dans le sens craniale pour amener les vertèbres à la rencontre l'une de l'autre (sens de la plus grande facilité, c'est à dire inclinaison).
- Enfin il s'aide d'une apnée d'inspiration ou d'expiration pour majorer la situation de flexion (expiration) ou d'extension (inspiration).

Il considère alors travailler sur les structures **ligamentaires** en les raccourcissant. Il établit ainsi une théorie **ligamentaire**. Le raccourcissement ligamentaire prolongé permet une levée du spasme. Celle-ci est immédiate. N'ayant pas pratiqué cette technique, je ne peux porter de jugement. Elle a d'ailleurs été abandonnée, et je ne connais guère d'ostéopathe, se référant aujourd'hui à cette technique.

Il m'a paru très intéressant de la mentionner, pour montrer le cheminement de la pensée de Sutherland vers la notion d'ostéopathie fasciale.

Sutherland s'est en effet aperçu plus tard, que ce n'était pas tant un raccourcissement ligamentaire qu'il générait, mais une tension fasciale par l'intermédiaire du tissu cutané.

## LES TECHNIQUES FASCIALES

### A. LA TECHNIQUE SUTHERLAND

**= Technique d'écoute = technique cranio-sacrée = M. R. P. (Mouvement Respiratoire Primaire).**

L'inventeur : W. G. SUTHERLAND.

De nombreux auteurs l'ont suivi (H. Magoun, V. Fryman, J. Upledger, B. Arbuckle, T. Zink, B. Gabarel, L. Busquet...).

Aujourd'hui, plus de la moitié des ostéopathes utilisent la technique Sutherland.

Après plusieurs années de pratique, Sutherland s'aperçoit que le mécanisme de correction ne se résume pas seulement à un raccourcissement des faisceaux ligamentaires. Il intéresse en fait, aussi, le tissu conjonctif sous cutané et les tissus plus profonds : les enveloppes des muscles et des viscères (les fascias), les muscles et même les os.

La L. O. résulte d'une tension excessive de ces tissus, plus ou moins localisée, avec en corollaire une altération de la circulation lymphatique superficielle.

W. Sutherland découvre le M. R. P. : Mouvement Respiratoire Primaire, mouvement de motilité des tissus, qui se manifeste par vagues successives, au rythme de 12 à 16 cycles par minute. Ce mouvement est ressenti sous forme de paresthésies rythmées, qui n'ont rien à voir avec le rythme cardiaque et le rythme respiratoire du patient et du praticien (?) Il peut être assimilé aux mouvements du L. C. R., de la lymphe et des liquides extra-cellulaires. On peut d'ailleurs le ressentir soi-même. Il suffit de se placer en decubitus dorsal, dans le calme et le confort, de poser ses deux mains superficiellement sur le thorax au niveau des pectoraux, et d'attendre. 5 à 10 minutes plus tard, apparaissent des vagues paresthésiques, qui soulèvent les doigts à la fréquence de 15 cycles par minute, vagues normalement harmonieuses et symétriques.

Une dysharmonie uni ou bilatérale traduit l'existence de lésions ostéopathiques. Leur ré-harmonisation amène la disparition des lésions ostéopathiques. Le résultat est instantané.

## **Diverses approches thérapeutiques sont possibles :**

### **1) Approche locale :**

- Certains ostéopathes travaillent localement l'articulation lésée. Au niveau du genou par exemple : celui-ci est placé progressivement, de manière toujours très douce, grâce à un maniement très superficiel, dans une posture qui donne le maximum d'amplitude et d'harmonie au M. R. P.. Une fois la recherche du M. R. P. établie, l'attitude est maintenue aussi longtemps que nécessaire : 10, 20, 30 minutes jusqu'à la récupération d'un M. R. P. harmonieux.

### **2) Approche générale :**

- Certains ostéopathes travaillent globalement l'ensemble du corps : le crâne, la jonction cervico-dorsale, le diaphragme thoracique, le bassin, les pieds, les mains.  
Le principe est le même.

### **3) Approche régionale :**

- Certains ostéopathes ne travaillent que le crâne.
- D'autres travaillent uniquement le crâne et le sacrum (les premiers auteurs notamment, d'où l'expression crânio-sacrée). Ils considèrent ces deux pôles comme fondamentaux dans la synergie du M. R. P.

### **4) Approche « tronquée » :**

- Certains négligent totalement ces aspects morphologiques ; ils choisissent un endroit quelconque du corps. Ils règlent le problème, quelque'il soit, à partir de ce seul poste d'observation.

Regardons travailler Georges Fournier, Vétérinaire ostéopathe :

Le cheval de Pauline boîte depuis 6 mois. IL ne peut plus être monté. Dès qu'on lui demande d'accélérer l'allure, la boiterie se manifeste et il doit s'arrêter. Divers traitements ( ? ) ont été essayés, sans succès.

Georges place ses deux mains sur l'encolure du cheval. Patiemment, il attend le M. R. P.. Celui-ci se manifeste 10 minutes plus tard. Il est relativement dysharmonieux du côté gauche. Georges interroge mentalement les articulations (je conçois que cet aspect relève quelque peu de la radiesthésie). IL interroge les membres ; le M. R. P. conserve pratiquement la même structure modérément dysharmonieuse à gauche. La dysharmonie devient manifestement plus nette lorsqu'il interroge la sacroiliaque gauche et la région lombaire. Il en conclut que les problèmes (L. O.) se situent à ces niveaux. Il reste mentalement positionné sur ces deux niveaux et parallèlement il module le péristaltisme de l'onde du M. R. P. au niveau de l'encolure. Il corrige ainsi, très progressivement l'onde gauche pour qu'elle reprenne, dans les trois plans de l'espace, une forme identique à celle du côté droit. Ce travail est long. Il demande plus de 30 minutes. Il nécessite une concentration extrême et une grande patience. Lorsqu'il estime que l'onde a retrouvé son volume et que la symétrie est parfaite, Georges retire doucement ses mains. Il demande à Pauline de faire marcher son cheval, puis de le faire trotter à la longe, enfin de le

monter. Immédiatement le cheval reprend une allure normale. Il ne boîte plus. Il est guéri. Cela fait 8 mois et aux dernières nouvelles, le cheval est en pleine forme.

Je conçois que pour un néophyte cela s'apparente à la magie. Pourtant ces résultats sont reproductibles. Certes ils ne sont pas systématiques ; le taux de positivité est de 50 à 60 %. Bien plus toutefois que ne le voudrait le simple effet placebo.

## TECHNIQUES FASCIALES

### Avantages :

- Techniques qui s'adressent à toutes les L. O..
- Indolores, inoffensives, sans contre-indication.
- Confortables pour le patient qui peut être en position assise ou couchée.
- Résultats immédiats une fois sur deux.

### Inconvénients :

- Techniques longues (au moins 30 minutes)
- Techniques qui demandent beaucoup de patience, de concentration, de minutie, donc une grande disponibilité d'esprit (que je n'ai pas).

## **B – LES TECHNIQUES DE POLARITE = Technique Randolph STONE, REIKI.**

Les praticiens adeptes de ces techniques font presque la même chose qu'avec la technique Sutherland. Ils abordent le patient de la même manière, mais ils posent simplement leurs mains pendant une durée plus longue encore (volontiers 1 heure).

Il considèrent :

- 1) Que leurs mains sont dotées de propriétés électriques : une main positive, une main négative ;
- 2) Que le patient est lui même le siège de courants électro magnétiques :
  - Un courant circulaire autour du tronc, du crâne et de chacun des membres.
  - Un courant longitudinal cranio-caudal.
- 3) Que les L. O. (et même toutes les pathologies ? ? ?) résultent d'une mauvaise circulation de ce courant électro-magnétique.
- 4) Que la pose des mains va restaurer la circulation électro-magnétique et remédier aux problèmes.

Ils pensent même pour certains être investis de pouvoirs magnétiques ou de pouvoirs divins !

J'ai moi même expérimenté cette technique et j'ai guéri de manière, il faut le dire assez inattendue et spectaculaire des coxarthroses sévères, des périarthrites aiguës et subaiguës. Je dois dire que les résultats n'étaient pas très répétitifs, mais je dois dire aussi que j'avais rarement la patience d'attendre une heure. Néanmoins, ces guérisons étaient incontestables.

Je pense que les « petits appareils » responsables de la tensio-activité des tissus, situés entre le derme et les fascias, déréglés avec la L. O., peuvent aussi être reprogrammés de cette manière (effet électrique ?).

Nous détaillerons cette explication et ma conception du modèle d'action avec la méthode Niromathé.

## LES TECHNIQUES CUTANÉES

Seront également étudiés, dans ce cadre, les points périostés et les trigger points, bien qu'ils soient respectivement osseux et musculaires.

### A) LA TECHNIQUE DE DICKE = Bindegewebs massage (E. DICKE 1884-1952).

C'est une méthode de massage du tissu conjonctif sous cutané, ayant pour objet une action réflexe segmentaire.

Le praticien procède de la manière suivante : il déplace la peau sur son assise osseuse ou musculaire en effectuant un trait relativement lent et profond.

Il provoque ainsi une stimulation par traction de la peau. Cette manœuvre s'effectue avec un ou deux doigts qui tirent la peau. Les doigts sont plus ou moins inclinés par rapport à la surface du corps. Les traits recouvrent la totalité de la surface du corps selon des directions préétablies. Ces schémas ont été appelés constructions. Le praticien exécute cette manœuvre deux ou trois fois, réalisant des dizaines, voire des centaines de traits. Certains sont très courts : traits accrochants de part et d'autre de la colonne vertébrale ; d'autres sont très longs : traits équilibrants.

**De très nombreuses variantes sont possibles :**

- 1) **Petite construction sur le bassin et les lombes.**
- 2) **Grande construction.**
- 3) **Traits précédés de massages musculaires, de pétrissage des tendons, d'élongations, d'exercices respiratoires.**
- 4) **Travail localisé sur des zones particulières :**

- Zones de Head (zones où le tissu conjonctif est modifié, infiltré, rétracté). Ces zones de Head correspondent à de possibles zones de projections viscérales.

Il existe en effet une projection sympathique, systématisée, avec un contingent viscéral et un contingent somatique (leur origine se situe de C7 à L2).

De même, il existe une projection parasympathique à visée viscérale. Peut être existe-t-il aussi une projection somatique ? (leur origine se situe au niveau des neuf crâniens III, VII, IX et X et des filets sacrés de S2 à S4).

Un travail manuel sur ces zones cutanées pourrait avoir un effet viscéral thérapeutique. Certains auteurs en sont convaincus.

- Zones hyperalgésiques.
- Zones longitudinales de Fizerald : le corps est divisé en dix bandes dans le sens cranio-caudal.

#### 5) Travail exclusivement localisé sur les zones péri articulaires :

Les traits sont centripètes, convergeant vers l'interligne articulaire.

La technique de R. PERRONEAUD en représente une variante : le doigt est fixe au voisinage d'une articulation. La mobilisation de l'articulation aboutit à la réalisation d'un trait et au même résultat.

L'ensemble de ces techniques amène des résultats certains. Toutefois, ceux-ci sont inconstants. Plusieurs séances sont habituellement nécessaires. C'est une technique légèrement douloureuse. Elle s'adresse à la totalité des L. O. et ne représente pas de contre-indication. Elle est assez fatigante pour le praticien. Une dizaine de séances est habituellement nécessaire. En effet, on stimule une quantité phénoménale de points sous-cutanés en espérant que Dieu trouve les siens.

Les résultats sont très moyens, très aléatoires, quelquefois immédiats, quelquefois retardés, quelquefois absents.

Certains praticiens associent volontiers ces traits à d'autres techniques de massage (point de Knap, par exemple) ou de vibration tendineuse (Moneyron), ceci dans le but d'améliorer leurs performances ou d'éviter des phénomènes de rebond.

### B) LES POINTS DE KNAP. G. KNAP (1866-1953)

G. Knap établit un répertoire de points cutanés et sous cutanés, exquisément douloureux, liés à une pathologie précise. Chacun de ces points est ainsi lié à un segment, à une région, à une fonction, à une pathologie (sans se préoccuper de l'origine de celle-ci).

Il distingue les points majeurs et les points mineurs et dresse une cartographie précise de ces points. Il faut dire que cette cartographie ressemble étrangement aux autres cartographies : points périostés, points de Chapman, points shu/mu et points Ah Chi en acupuncture.

Knap soulagea et guérit un nombre incalculable de patients.

La technique consiste à « masser » ces points (avec l'extrémité d'un doigt ou la deuxième phalange), d'abord superficiellement, puis de plus en plus fort et de plus en plus profondément, sans jamais les relâcher, avec un mouvement rotatif.

Les résultats sont semble-t-il à la fois immédiats et retardés.

Je n'ai pas l'expérience de cette technique.

C'est de toute évidence une technique douloureuse.

J'ai pour principe de ne jamais faire souffrir mon patient.

### **C) LES POINTS PERIOSTES (D. VOGLER) :**

Le massage des points périostés provoque, par voie réflexe des actions à distance sur les organes et sur les articulations.

Le praticien prend contact, avec l'extrémité d'un doigt ou la deuxième phalange, sur une zone périostée très localisée. Il exerce sur ce point une pression forte et rythmée (alternance de pression et de relâchement), sans jamais perdre le contact avec la zone périostée. Un mouvement rotatif complète la manœuvre.

Il existe ici aussi une cartographie précise des points périostés avec des points d'action locale et des points d'action régionale.

Ex : en agissant sur les 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> vertèbres dorsales on obtient un soulagement des douleurs d'estomac.

C'est une technique particulièrement douloureuse, parfois insoutenable.

Même efficace, elle est de ce fait sans intérêt dans le traitement des pathologies bénignes que représente la majorité des L. O. (il existe en effet d'autres méthodes indolores).

Peut-elle avoir un effet sur des pathologies viscérales, à l'image des zones de Head ? Vogler le prétend.

### **D) LES POINTS DE F. CHAPMAN :**

F. CHAPMAN axa toute sa carrière ostéopathique sur la recherche de zones d'engorgement lymphatique. Ces zones, ou points, ou foyers sont mises en relation avec un organe ou une pathologie. CHAPMAN réalise un relevé topographique de ces points. Il établit une théorie neuro-lymphatique pour expliciter ses résultats.

Il est remarquable de constater que sa cartographie ressemble beaucoup à celle des autres auteurs.

Le diagnostic consiste en une recherche de ces points. Ceux-ci sont perçus : à la face antérieure du tronc comme de petites pastilles sous-cutanées et à



la face postérieure comme des zones oedématisées réalisant parfois de véritables placards.

Le traitement consiste à masser ces points à l'aide de la pulpe d'un doigt ou de la deuxième phalange. C'est un massage rotatif qui dure 2 à 3 minutes.

## **E) LES POINTS NEURO-MUSCULAIRES :**

Comme nous l'avons vu, JONES individualisait des points neuro-musculaires, ou trigger points, ou Tender points, ou points myo-fasciaux.

Leur sensibilité correspondait à un état d'activation de ces points. Cela signifiait un spasme du muscle correspondant et nécessitait la mise en position de raccourcissement de ce muscle.

D'autres auteurs, en particulier J. TRAVELL ont aussi individualisé des trigger points.

S'agit-il des mêmes points ?

Il semble que oui. En tout cas, leur situation et leur cartographie est superposable ou très voisine. Mais ces auteurs ont cette fois utilisé le trigger point lui-même comme levier thérapeutique.

### **1) *La technique de S. LIEFF :***

Elle consiste, à l'image du Bindegewebsmassage de DICKE, à effectuer des traits sur le corps. Mais ces traits sont ici beaucoup plus profonds. Ils investissent le muscle. Toute la main est utilisée pour effectuer cette manœuvre : les quatre doigts, l'éminence thénar ou l'éminence hypothénar. Le mouvement est lent, perpendiculaire aux tendons, mais parallèle aux corps musculaires. Pour des raisons de confort ; le patient est en decubitus.

Comme dans la technique de DICKE, il existe des schémas, des constructions. Comme dans la technique de DICKE, l'on stimule des dizaines de points et Dieu doit trouver les siens. Comme dans la technique de DICKE, les résultats sont très moyens et plusieurs séances sont nécessaires. C'est une technique néanmoins utilisée par certains ostéopathes.

Des variantes sont possibles. Citons :

- La segmentothérapie (QUILITZSCH) : le déplacement de la main s'effectue de manière vrillée.

La vibration est lente, effectuée avec la puce ou l'ensemble de la main. Le sens général des manœuvres se fait de caudal en cranial et de la périphérie vers la colonne vertébrale.

- Le Rolfing (I. ROLFF : 1896-1979) :

on utilise la pulpe des doigts, les phalanges et souvent aussi le plat du coude. I. Rolff était surnommée « le coude ». Le travail est ici beaucoup plus profond. Il intéresse essentiellement la musculature para-vertébrale. Il est pénible pour le praticien (séances de 60' à 90') et certainement pénible pour le patient (douleurs).

## 2) *Les points de J. TRAVELL :*

- Un peu à l'image de Knap et de Chapman pour le tissu conjonctif sous cutané, J. TRAVELL individualise des points neuro-musculaires ou trigger points (points gâchette).

Pour la petite histoire, signalons que John F. Kennedy présentait des douleurs thoraciques chroniques rebelles. J. Travell lui apporta la guérison grâce à sa technique. Cela lui valut le poste de médecin de la Maison Blanche sous les présidences de John Kennedy et de Lyndon Johnson.

Un muscle comporte un ou plusieurs trigger points. Ce trigger point peut être à l'état inactif ou à l'état actif :

- S'il est inactif, sa stimulation (par exemple sa pression) ne déclenche rien.
- S'il est actif, sa stimulation déclenche une douleur dans un territoire précis ; toujours le même pour un trigger point. Cette douleur est appelée douleur référée. Elle n'a aucun rapport avec les métamères. Elle n'a aucun rapport avec les filets nerveux voisins.

Exemple 1 : La douleur référée des trigger points du muscle scalène déclenche une douleur dans le territoire radial du membre supérieur homolatéral. La compression du défilé inter scalénique stimule les filets nerveux inférieurs du plexus cervico-brachial et déclenche une douleur rapportée dans le territoire cubital du membre supérieur homolatéral.

Nos connaissances médicales traditionnelles ne permettent pas d'expliquer la projection de la douleur référée.

Exemple 2 : Citons de manière anecdotique, que la compression des trigger points du muscle soléaire déclenche une douleur dans la jambe mais aussi une douleur de l'hémiface homolatérale ! la réalité dépasse la

fiction (j'ai envie de dire l'affliction des pauvres médecins que nous sommes).

Toujours est-il que lorsqu'un patient présente une douleur dans une zone X, J. Travell inventorie les muscles pouvant déclencher cette douleur. La pression du trigger point au niveau du muscle redéclenche, s'il est impliqué, la même douleur ou l'accentue.

Le traitement du trigger point amène la disparition de cette douleur référée.

Ce traitement consiste par exemple en une compression ischémique prolongée réalisée avec la pulpe du doigt, avec une composante rotative. Il peut s'agir aussi d'une puncture à l'aiguille ou de l'application de chaleur locale (moxa).

J. Travell étirait ce muscle puis réalisait une injection de xylocaïne au niveau du trigger point.

C'est une technique longue, fastidieuse, aux résultats moyens. Elle nécessite la participation du patient puisque c'est lui qui objective la sensibilité douloureuse. Elle est néanmoins utilisée par certains ostéopathes, soit directement, soit en complément d'autres techniques.

### 3) *Les zones de MACKENZIE :*

A l'image des zones de HEAD correspondant à des zones cutanées de projection viscérale, il existe des zones de MACKENZIE, zones musculaires hyperalgésiques et infiltrées, de projection viscérale.

### 4) *Les massages musculaires profonds et localisés –type CYRIAX*

## **F) LES POINTS DE KINESIOLOGIE (GOODHEART) :**

La kinésiologie : « La santé par le toucher » est une méthode de relaxation qui tend aujourd'hui à se développer.

L'auteur rattache un muscle ou un groupe de muscles à un méridien d'acupuncture.

Le stress influence la force musculaire et permet de tester la vitalité de ce muscle, et par conséquent (?) la vitalité du méridien d'acupuncture et tout ce qui lui est rattaché. Le principe est évidemment très discutable. Je ne porte pas de jugement sur cette construction intellectuelle (une de plus) qui tente d'explicitier (a posteriori) des résultats thérapeutiques obtenus de manière empirique. Ce n'est pas le but de cet ouvrage, il y aurait beaucoup à dire dans ce domaine. Il y a pire, puisque l'on entre volontiers

quelquefois dans des constructions intellectuelles sans être sûr qu'il y ait un résultat thérapeutique à la clé.

Toujours est-il que Godheart corrige les effets pathologiques que présente le patient par une action sur des zones cutanées qu'il a répertoriées. A un muscle, correspond une zone cutanée située sur le corps, appelée point neuro-lymphatique. Une cartographie précise de ces points a été établie. Une fois encore, elle ressemble beaucoup à celles que nous avons étudié. A un muscle, correspond également un point cutané situé sur le crâne, appelé point neuro-vasculaire. Une cartographie de ces points a également été établie.

La stimulation de ces points : un simple toucher pendant quelques dizaines de secondes, ou un massage rotatif amène une disparition de la symptomatologie.

### **G) LES TECHNIQUES ORIENTALES :**

Elles sont sans doute fort nombreuses.

Je ne les connais pas.

Il existe un parallélisme évident entre les cartographies précédentes et les points Shu/mu et les points Ah chi en acupuncture.

---

J'ai sans doute oublié des techniques cutanées.

Le but de ce travail n'est pas, de toute façon, de faire une liste exhaustive de tout ce qui existe dans ce domaine. Cela n'aurait aucun intérêt.

J'ai cependant tenu à vous en décrire quelques unes pour vous montrer que sous des appellations quelquefois fort éloignées, toutes ont le même dénominateur commun : Stimuler des points sous-cutanés pour amener une disparition de spasmes plus profonds (ligamentaires, musculaires, fasciaux, viscéraux...) et faire disparaître la symptomatologie qui s'y rapporte.

## LES TECHNIQUES TENDINEUSES

### A) LA TECHNIQUE MONEYRON.

Un nom s'est imposé à ce niveau, celui de J. MONEYRON (1923-1994). « Sa » technique, la technique MONEYRON lui a en fait été apprise par une religieuse du massif central : Sœur G. CHABRIT qui avait elle même reçu ce « don » lors d'un séjour en Inde. J. MONEYRON, pharmacien à Vichy fut donc initié par ses soins. Il obtint très vite des résultats exceptionnels qui lui valurent une grande notoriété. Sa réputation devint internationale. Parmi ses patients figurent notamment les présidents français V. Giscard d'Estaing et F. Mitterand, ainsi que des présidents étrangers. De riches américains faisaient le voyage jusque Vichy pour se faire soigner chez lui. A la fin de sa carrière, il fallait 9 mois pour obtenir un rendez vous ! Tracassé par le Conseil de l'Ordre, il refusa systématiquement de donner sa technique aux médecins (je lui ai personnellement écrit en 1985). F. Mitterand lui fit obtenir tardivement un diplôme de kinésithérapie pour régulariser sa situation. Il ne délivra sa technique qu'à six personnes dont Monsieur G. POINTUD son successeur à Vichy. C'est G. POINTUD qui m'a appris cette technique. Ce fut pour moi une révélation. Je lui exprime toute ma gratitude.

#### LE PRINCIPE :

La technique consiste à faire vibrer le tendon, le plus souvent au voisinage de son insertion osseuse. Des capteurs situés à ce niveau sont susceptibles de créer un mécanisme réflexe, libérant les phénomènes lésionnels (L. O.).

#### • Avantages :

- La stimulation est brève. Un mouvement très particulier est nécessaire pour obtenir l'effet vibreur thérapeutique. Cette stimulation sera répétée une ou deux fois. Elle demande 3'' pour sa réalisation.

- La stimulation est indolore ou à peine douloureuse. Notons que les compressions ischémiques des points réflexe du tissu conjonctif ou du tissu musculaire (KNAP, CHAPMAN, TRAVELL...) demandent trois bonnes minutes et sont douloureuses et éprouvantes pour le patient et pour le praticien.

- La stimulation amène un résultat instantané sur les phénomènes lésionnels.

#### • Inconvénients :

Le geste thérapeutique demande un apprentissage et du doigté quant à son intensité, sa vitesse d'exécution, sa profondeur, son rythme.

La localisation des points à traiter est subjective. Elle repose sur la reconnaissance par le palper, des points actifs. Ceux-ci se caractérisent par de l'œdème local, une perte d'élasticité du tissu, une sensation de peau d'orange. La peau semble adhérer au tissu sous jacent par un effet ventouse, par un mécanisme de piston visco-élastique.

Au total, la technique MONEYRON est une technique très intéressante :

- Elle est rapide, indolore, d'effet immédiat.
- Elle est peu fatigante pour le praticien (personnellement je travaille en position assise).
- Le patient n'intervient pas.
- Elle s'adresse à toutes les L. O..
- Elle ne présente ni contre-indication ni inconvénient.
- Le niveau de performance est très élevé (taux de positivité : 60 à 70 %).

Elle souffre néanmoins, de la nécessité, pour le praticien, de savoir reconnaître les modifications des tissus au niveau des points réflexogènes.

## **B ) LA TECHNIQUE R. RENARD. LA TECHNIQUE G. LAMORIL**

Sœur CHABRIT et J. MONEYRON n'ont pas été les seuls à introduire cette technique en Europe.

J'ai rencontré nombre d'autres praticiens (essentiellement des rebouteux âgés) utilisant cette technique.

R. RENARD par exemple l'avait apprise en 1919 dans le Déroit des Dardanelles (Balkans) alors qu'il effectuait son service militaire.

G. LAMORIL exerçait à Bonneville. Il avait lui aussi une réputation internationale puisqu'il soignait la Reine d'Angleterre.

Ils associaient volontiers à leur pratique des traits à la manière de DICKE, des étirements musculaires et des tractions cutanées avec l'autre main.

C'est leur pratique qui m'a inspiré la méthode NIROMATHE.

## LA METHODE NIROMATHE

25 années de pratique, d'observations, de recherche, d'expérimentation, m'ont permis de découvrir certains concepts et d'élaborer la méthode NIROMATHE.

Cette méthode repose sur 4 notions.

### A) PREMIERE NOTION : Le « décollement » de la peau.

Les techniques ostéopathiques ne sont en fait ni osseuses, ni musculaires, ni ligamentaires, ni tendineuses, ni fasciales, ni cutanées. Elles s'adressent quelles qu'elles soient en fait à des Eléments Tenso-Modulateurs = E. T. M. situés entre la peau et les structures plus profondes.

Ces E. T. M. se déprogramment en se « collant » à la peau.

Leur décollement amène, en même temps, leur reprogrammation et la disparition instantanée de la L.O.

Exemple : Une jeune patiente présente un torticolis hyperalgique. L'analyse très fine de la peau permet de repérer les points de colle, ces E. T. M. déprogrammés. La peau y est rétractée, grumeleuse, fixe, adhérente à l'E. T. M. sous jacent. Une stimulation très fine de la peau, par exemple avec la technique Moneyron, permet un décollement instantané. En même temps, le rachis cervical redevient indolore et retrouve sa souplesse.

Tout ce passe comme si le blocage, le « grippage » de l'articulation ne se situait pas au niveau de l'articulation elle-même, ni même au niveau des muscles, mais résultait d'un « accrochage cutané » au niveau de l'E. T. M. : l'articulation ne peut tourner à droite parce que la peau ne peut être étirée vers la droite.

Cette constatation que nous avons déjà entrevu à propos du signe de Lasègue, concerne en fait toutes les articulations, toutes les L. O., quelque soient leur siège, leur intensité, leur ancienneté.

***Le traitement ostéopathique consiste donc en un décollement de la peau au niveau des E. T. M.***

Ce décollement peut se faire :

- De manière directe, par une action directe sur la peau elle-même.\*
- De manière semi-directe, par une action sur les structures plus profondes : osseuses, musculaires.

- De manière indirecte, par polarité.

### 1) STIMULATION DIRECTE.

Elle peut être faite par une puncture (acupuncture), par une injection de xylocaïne (méthode J. Travell), par la chaleur locale (moxas).

Si l'on considère les choses sous cet angle, il est évident qu'il faut **être sur le point et non pas à côté**, et que si 30 points sont impliqués, il y aura du temps à passer.

Encore faut-il être capable de les localiser **exactement** ! Ceci explique les résultats médiocres obtenus avec ces techniques.

Elle peut être faite aussi avec les doigts, par une compression ischémique (fastidieuse) mais aussi par une vibration cutanée très fine, un ébranlement proprioceptif cutané. Cutané, cela veut dire très superficiel (Kinésiologie, technique Moneyron, méthode Niromathé). La plus grande souplesse de travail permet ici d'être sur ces 30 points.

### 2) STIMULATION SEMI DIRECTE.

- Un ébranlement proprioceptif osseux (manipulations) va stimuler les E. T. M. et induire leur décollement.
- Un étirement musculaire répété, type Mitchell, ou un raccourcissement musculaire prolongé, type Jones, aura le même résultat.

Le décollement des E. T. M. s'effectue ici par la profondeur.

### 3) STIMULATION PAR POLARITE.

- Technique Randolph Stone, Reiki.
- Techniques fasciales (Sutherland).

Pour ce qui est du Reiki, la situation est claire, puisque ses adeptes considèrent que c'est la polarité de leurs mains qui exerce l'effet thérapeutique.

Quant aux techniques fasciales, le mécanisme d'action est controversé :

- S'agit-il d'une stimulation directe : par un étirement ou des étirements cutanés (superficiels, prolongés) ? Peut être...



- Mais alors, comment comprendre que la pose des mains en un endroit quelconque du corps puisse faire disparaître une douleur du genou gauche et du petit orteil droit ?

Personnellement, je ne crois pas à l'existence d'un M. R. P.. Je considère que les paresthésies rythmées que l'on peut ressentir ne sont que la résultante des mouvements respiratoires et cardiaques du patient et du praticien. La notion de M. R. P. n'a pas sa justification.

La pose des mains sur le patient en un endroit quelconque, de manière très superficielle (ceci est impératif) génère un influx magnétique, qui en 45 à 60 minutes (si les mains sont absolument passives : Reiki) va induire un décollement de la peau au niveau de tous les E. T. M. actifs.

La pose des mains, lorsque l'une d'elles est animée d'un léger mouvement de reptation ou d'oscillation (technique Sutherland) raccourcit notablement ce délai. 20 à 30 minutes suffisent habituellement pour obtenir un résultat.

L'avantage de cette technique par polarité, c'est la levée simultanée de TOUS les E. T. M. du corps. Les mains peuvent être posées n'importe où.

L'inconvénient c'est la durée.

Première notion, donc : le décollement cutané au niveau des E. T. M.

#### La preuve de ce mécanisme d'action :

Mes résultats, avec la technique Niromathé sont excellents, quelque soit la corpulence du patient. Je dirais même qu'ils sont meilleurs chez les sujets obèses. J'ai soigné un Sumo voici quelques mois. Il pesait 160 Kg. Il présentait une lombo-sciatique. Inutile, chez ce type de patient, d'essayer d'identifier quoi que ce soit. Or les résultats sont excellents. Un simple travail cutané, superficiel a permis la levée des spasmes.

### **B) DEUXIEME NOTION : La polarité.**

Cette notion de polarité, largement commentée au niveau des techniques fasciales (Reiki, Sutherland) est néanmoins présente en ce qui concerne les autres techniques.

- Les manipulations ostéo-articulaires nécessitent obligatoirement la présence des deux mains pour leur réalisation.

- De même, la technique Mitchell (Myotensifs).

- Jones laissait toujours traîner sa deuxième main sur le corps du patient, au niveau d'un triggerpoint.

Remarque : J'ai personnellement essayé de réaliser la technique Jones à l'aide d'une seule main, notamment au niveau du rachis cervical. Les résultats sont alors beaucoup moins bons.

- Il en est de même en ce qui concerne les techniques cutanées et tendineuses.

Remarque : Après plusieurs mois d'exercice de la technique Moneyron, je me suis aperçu que les résultats étaient meilleurs au niveau du segment crano-cervical. J'ai longtemps recherché la raison de cette différence. Je me suis un jour rendu compte, que machinalement, au niveau crano-cervical, j'utilisais mes deux mains, tout simplement pour éviter un ballotement de la tête. Je travaille en effet, le plus souvent, patient et moi-même, en position assise et ma deuxième main n'était pas nécessaire au niveau dorso-lombaire.

Il existe donc une main effectrice et une main réceptrice. Chacun possède une différence de polarité entre ses mains. Certains moins que d'autres. C'est pourquoi, le travail en Reiki pur est assez aléatoire. Par contre, l'animation d'une des deux mains accroît cet effet (Sutherland).

L'effet par polarité demande du temps pour se manifester. Mais il existe aussi, lors d'un travail de brève durée. Il faut ici que l'une des mains soit animée d'un mouvement de type rotatoire (Niromathé).

### **C) TROISIEME NOTION : La cartographie des points.**

Pratiquant la technique Moneyron de manière intensive, il m'est arrivé très souvent d'avoir des résultats déconcertants :

Deux périarthrites Scapulo Humérales ou, par exemple deux lombosciatiques, vues successivement (dans la même demi-heure), traitées de la même manière, avec le même état d'esprit, aboutissaient à des résultats opposés : pour la première c'était la guérison, pour la deuxième le tableau était inchangé.

Qu'avais je fait ? Ou que n'avais pas fait ?

Après un long travail de recherche, après des centaines d'expérimentations, je me suis aperçu (mis à part la notion de polarité) que les points contactés et le travail de mes doigts n'avaient pas été tout à fait les mêmes.

Les douleurs sont en effet différentes selon leurs modalités.

## **Prenons par exemple le caractère diurne ou nocturne de la douleur.**

Il existe deux groupes de patients (+ 2, soit 4 groupes) :

### **1<sup>er</sup> groupe : Les patients présentant des douleurs à caractère DIURNE.**

Ces patients se réveillent en forme, sans douleurs. Celles ci apparaissent et s'aggravent progressivement au fil des heures pour atteindre leur paroxysme en fin de journée. Le soir, ces patients n'ont qu'une hâte : se mettre au lit. Le décubitus et le repos amènent rapidement une sédation totale. Ils passent une nuit confortable.

En fait, les tissus impliqués (muscles, tendons, fascias) sont ici des tissus postérieurs : Ce sont les tissus de la station debout ; les tissus érecteurs. Ces tissus, lorsqu'ils sont le siège de L. O. sont spasmés. Leur étirement s'effectue en station debout. Il est donc progressif au fil du jour, pour atteindre son maximum en fin de journée. Cet étirement majore la symptomatologie douloureuse. La mise au repos, le raccourcissement de ces tissus (en décubitus) amène la cédation.

### **2<sup>ème</sup> groupe : Les patients présentent des douleurs à caractère NOCTURNE notamment au cours de la deuxième partie de la nuit.**

La journée est calme, voire même totalement sereine. Les patients présentent peu ou pas de douleurs. Ils ne présentent aucune limitation de leur activité physique. Le soir, ils se mettent au lit, et progressivement les douleurs apparaissent, les réveillant vers 4 à 5 heures du matin. Elles deviennent alors insupportables. Il n'existe aucune position antalgique. En fait, si : une et une seule position antalgique : la mise en position debout. Les patients se lèvent, déambulent. La douleur s'atténue puis disparaît en 5' à 15', pour réapparaître immédiatement dès qu'ils se remettent au lit.

Ce sont ici les tissus antérieurs qui sont impliqués. Ces tissus, spasmés en raison de la L. O., s'étirent en position couchée. Cet étirement atteint son maximum dans la deuxième partie de la nuit, réveillant le patient. La mise en position debout raccourcit ces tissus et amène aussitôt la cédation.

Je signale que ceci n'a rien à voir avec une douleur inflammatoire (beaucoup plus rare). Celle-ci est diurne et nocturne. Il existe quelquefois une recrudescence nocturne. Mais celle-ci ne cesse pas lors de la mise en position debout.

Les douleurs de ce deuxième groupe sont bien évidemment plus mal vécues que celles du premier groupe.

**3<sup>ème</sup> groupe : Douleurs à la fois diurnes et nocturnes.**

Elles concernent simultanément les tissus antérieurs et postérieurs.

Elles sont très difficiles à supporter puisque les patients n'ont plus de situation positionnelle antalgique.

**4<sup>ème</sup> groupe : Douleurs plus difficiles à étiqueter :**

On a par exemple un mélange sectorisé des deux groupes. Peuvent coexister une douleur lombaire aggravée le jour et une douleur d'épaule aggravée la nuit : blocages non simultanés, survenus à des périodes différentes.

Ou encore la douleur évolue dans ses modalités. Une douleur au départ nocturne peut devenir diurne quelques semaines plus tard.

**Ceci correspond à deux types de blocages :**

- **Ceux survenus en inspir. = Ouverture**
  - **Aggravation par l'immobilité, le repos.**
  - **Amélioration par le mouvement.**
- **Ceux survenus en expir. = Fermeture**
  - **Aggravation par le mouvement.**
  - **Amélioration par l'immobilité, le repos.**

Exemple : Il en est ainsi des céphalées :

On peut assimiler ces céphalées de tension, déclenchées et aggravées par l'effort et les contrariétés, comme des céphalées en fermeture, et les céphalées de détente, survenant au repos, le soir, la nuit ou les week ends comme des céphalées en ouverture.

### **Considérons maintenant les blocages en Flexion et en Extension :**

Quelques exemples :

- Dans une périarthrite de l'épaule, le patient ne peut lever le bras : il ne peut le mettre en Flexion. Par contre, le bras pendant le long du corps (= Extension) constitue une position antalgique.
- Inversement, nombre de névralgies cervico-brachiales sont soulagées lorsque le bras est en situation de Flexion, placé au dessus de la tête. Les douleurs s'exacerbent au contraire, lorsque ce bras est pendant, étendu le long du corps (Extension).
- Quantité de sciatiques sont améliorées lorsque la sacro-iliaque et la coxo-fémorale sont en Flexion (attitude antalgique en chien de fusil) et au contraire aggravées en Extension.
- D'autres sciatiques sont aggravées en Flexion sacro-iliaque. C'est le classique signe de Lasègue : la traction sur l'ischio-ilion par les muscles ischio-jambiers positionne cet os en situation de Flexion vis-à-vis du sacrum. Inversement la mise en Extension sacro-iliaque soulage le patient.
- Certains patients sont aggravés assis dans leur fauteuil, donc en Flexion lombaire, mais ils sont améliorés en Extension dorso-lombaire, c'est-à-dire assis sur une chaise, ou encore en position debout ou couchée.
- Les vertiges sont presque toujours liés à une première cervicale bloquée en Extension ; Lever la tête (= mise en Extension) déclenche les vertiges. Le Flexion de la tête au contraire les fait disparaître.
- Etc...

**L'articulation va donc être sidérée et bloquée, en position de Flexion ou d'Extension selon sa situation lors du faux mouvement.**

**De même elle va se trouver sidérée et bloquée en position d'Ouverture (= Abduction-rotation externe) ou de Fermeture (= Adduction-rotation interne) en fonction de la situation en état d'Inspir ou d'Expir du patient.**

Une reconnaissance très rapide du type de blocage va permettre, avec la méthode Niromathé, d'adapter une gestualité spécifique et une cartographie spécifique des E. T. M.

- La cartographie correspond à la situation en Flexion ou en Extension de la L.O.
- La gestualité est tributaire du caractère Ouvert (Inspir) ou Fermé (Expir) de la L.O.

### C) QUATRIEME NOTION : La gestualité.

- Une règle fondamentale : l'application des mains doit être très superficielle pour un maximum d'action. Ceci explique d'ailleurs que les massages, sont d'une inefficacité totale sur le déblocage des lésions ostéopathiques. Ils sont beaucoup trop longs et beaucoup trop appuyés.
- L'effet se trouve majoré si l'une des mains notamment est animée d'un mouvement ondulatoire (Sutherland).
- Il est considérablement amplifié si la main effectrice est animée d'un mouvement non plus ondulatoire mais rotatoire.
- Il est encore augmenté si le point d'impact de la main effectrice est très localisé (un doigt, une articulation interphalangienne), au niveau de l'E. T. M..
- Le geste doit être très précis quant à sa localisation, son degré de pression, son sens et son rythme.
- Il doit se référer à la méthodologie.

**Constatons ici l'importance du caractère rotatoire du mouvement de stimulation.** Dans les techniques cutanées (segmentothérapie : mouvements en vrille), périostées, sous cutanées (Knap, Chapman, Goodheart, Moneyron...) un mouvement rotatif ou spiralé est toujours appliqué et considéré comme primordial.

En acupuncture aussi le mouvement rotatif des aiguilles est fondamental : on tonifie avec l'aiguille d'or en la tournant dans le sens horaire et l'on disperse avec l'aiguille d'argent en la tournant dans le sens anti-horaire. Il n'est pas impossible que les aiguilles étaient animées simultanément, l'une avec la main gauche, l'autre avec la main droite, et que le métal permettait ensuite de conserver cette différence de polarité.

La méthode Niromathé utilise un mouvement rotatoire. L'effet ainsi obtenu est très puissant puisque la L. O. cède immédiatement.

**La méthode NIROMATHE combine :**

- **Un repérage des E. T. M. (Cartographie précise).**
- **Une gestualité adaptée.**
- **La notion de polarité.**
- **Le principe de globalité.**

**Dans un but clair : le décollement cutané au niveau des E. T. M.**

### **RESULTATS :**

*C'est une méthode :*

- **Performante : Le taux de guérison est de 80 %.**
  - en une séance dans les cas aigus et récents.
  - En une à trois séances dans les cas chroniques.

En effet, j'ai l'habitude de dire que lorsqu'une articulation a pris un mauvais pli pendant des mois ou des années, elle a tendance à y repartir. Deux ou trois séances sont habituellement nécessaires.

Cela signifie qu'il y a 20 % d'échecs (relatifs) où il faudra plus de trois séances.

Il s'agit essentiellement de deux groupes d'individus : les « Musées de la Médecine » et les « Légumes ». Ces mots ne sont pas péjoratifs et ne traduisent nullement un effet de refoulement de ma part vis à vis de ce que je ne peux maîtriser.

Mais ils traduisent tout simplement de manière imagée, des cas de figure, malheureusement fréquents, que les médecins reconnaîtront aisément.

- Les « Musées de la Médecine » :

Il s'agit de patients multi-opérés. Je ne reviens pas sur cette question que j'ai déjà évoquée. Les interventions chirurgicales réalisées par nécessité ; oui bien sûr, mais celles effectuées par principe, certainement pas.

- Les « Légumes » :

Il s'agit de patients polymédicamentés avec notamment des médicaments à visée neuro-psychiatrique. Hier encore, un patient de 53 ans, sans pathologie lourde, s'est présenté avec une liste de 17 sortes de médicaments qu'il ingurgite régulièrement depuis plusieurs années. Comment peut-on arriver à de telles extrémités ?

Ces patients hyporéactifs nous posent évidemment des problèmes.

- **Objective** : Elle ne fait pas intervenir le patient.
- **Rapide** : Elle demande 10 minutes par séance.
- **Indolore**.
- **Peu fatigante** : Le travail s'effectue en position assise ou debout.
- **D'indication large** : Elle s'adresse à toutes les L. O.
- **Inoffensive** : Elle ne présente aucune contre-indication.
- **D'effet immédiat**.



## ***EPILOGUE***

Je vous ai cité, dans ce livre, une multitude de noms.

La plupart sont américains !

Même dans un domaine aussi dépourvu de technologie, la vérité se réfère une fois encore à l'Amérique !

Aberrant quand même !

L'ostéopathie nous vient de la nuit des temps. L'Orient, le Moyen Orient, l'Europe regorgent pourtant d'ostéopathes.

### **Pourquoi ce complexe vis à vis de notre continent ?**

La littérature ancienne nous permet de découvrir des recettes très intéressantes à base de plantes médicinales. Le commerce des épices était autrefois florissant. Magellan a fait le tour du monde pour Dieu et les épices. Les épices portées au rang de Dieu ! Ces épices servaient en fait à soigner. Il s'agissait de médicaments.

Ces médicaments étaient répartis en 4, 5 ou 6 groupes, selon les civilisations. Ils servaient à réchauffer le corps, à le refroidir, à le dessécher, à l'humidifier, à le tonifier, à le despasmer. Des modalités et des associations très subtiles permettaient de potentialiser leurs effets. Ils étaient utilisés sous forme d'huiles essentielles ou de mellites (miel mélangé aux poudres de plantes). Cela permettait de les conserver.

Ces plantes, recettes et théories sont aujourd'hui totalement délaissées.

### **Pourquoi ce complexe vis à vis de notre passé ?**

L'homme qui devrait avoir 3 000 ans d'expérience retourne en enfance à chaque génération.

Des textes anciens, grecs notamment, nous permettent de retrouver des noms de médecins exerçant cet art qu'est l'ostéopathie. Ils n'étaient pas appelés masseurs, encore moins manipulateurs, mais tout simplement toucheurs. Il s'agissait donc bien de toucher. Ceci nous renvoie à ces notions de points réflexe et de polarité.

J'ai retenu le nom de NIROMATHE.

Rien depuis n'a été inventé dans ce domaine. Ils devaient travailler comme nous, exactement de la même manière, aussi bien que nous.

A travers ce nom, NIROMATHE, je leur dédie cet ouvrage.