

Doutor Raymond Branly

A Osteopatia racional

Método Niromathé

A osteopatia foi durante muito tempo um método de cura puramente empírica, de habilidade dos curadores, depois dos paramédicos e de alguns médicos.

Somente há cerca de vinte anos, a medicina científica, admitindo sua eficácia, começa a lidar com ela seriamente.

Ainda hoje a osteopatia permanece muito obscura para a maioria dos nossos contemporâneos.

Ela terá que encontrar seu lugar dentro do arsenal terapêutico, físico, químico e cirúrgico.

Este livro não tem pretensão. Ele quer ser um documento de fraternidade intelectual, uma contribuição adicional na luta contra a doença.

Raymond Branly

Eu gostaria de me apresentar primeiro. Meu nome é Raymond Branly. Eu sou uma pessoa cartesiana; Primeiro fiz alguns estudos de matemática antes de cursar Medicina. Eu fui então um brilhante aluno de medicina, um estudante muito dedicado, sendo quase sempre o primeiro da turma. A propósito, eu obtive o diploma da Faculdade de Medicina de Lille com o título do melhor aluno.

Me instalei na medicina geral em 1975 e, muito rapidamente, fiquei decepcionado com o exercício da minha prática. Percebi que a medicina era acima de tudo uma ciência contemplativa e que, no aspecto terapêutico, mesmo se progressos inegáveis e fantásticos tivessem sido feitos, representava muito pouco em comparação do imenso campo do domínio medicinal. Desde então, tenho o hábito de dizer, como brincadeira, que a medicina é boa, mas infelizmente existem os doentes! Além disso, na medicina, as palavras costumam falar por si. Se diz "tumor" (tu morre), "morfina" (morte fina) ... A palavra "paciente" basta por si só!

Fiquei ainda mais decepcionado que um dia, veio ao meu consultório, um dos meus vizinhos, muito simpático, carpinteiro. Este senhor apresentava uma lombalgia. Como todos os médicos da França, prescrevia o arsenal terapêutico de referência da época: era um anti-inflamatório, um relaxante muscular e um analgésico. Três dias depois, ele me ligou de volta: sua condição havia sido agravada, ele ficou acamado. Fingi dominar o problema e prescrevi o mesmo injetável. Prescrevi a mesma coisa por que não existia e, ainda hoje em dia não existe nada diferente (mesmo que os nomes tenham mudado). Dois dias depois, eu encontro ele na rua. Ele estava passeando como se nada tivesse acontecido.

Orgulhoso do meu trabalho, paro, chamo ele para saber das suas novidades:

"Você vê", ele me disse, "porque é você, eu vou te dizer": fui levado a um curador e saí quinze minutos depois, curado".

Outro choque. Eu, doutor, cheio de diplomas, não consegui curar uma lombalgia que foi curado em 15 minutos por um curador que nem mesmo tinha seu diploma de ensino fundamental.

Como pessoa cartesiana, eu queria saber se essa técnica era reproduzível. Então, enviei dez pacientes para esse homem e vi seis ou sete curados ou que melhoraram significativamente. Esta técnica foi bem reproduzível. Havia então muitas coisas que eu não havia aprendido na faculdade e, no entanto, que lavagem cerebral eu havia sofrido!

Como pessoa cartesiana ainda, ao invés de desprezar esse curador assim como a maioria dos meus colegas, que se tornam orgulhosos (eu realmente não vejo o porquê!), fui até esse curador e pedi que ele me ensinasse sua técnica. Aceitaria todas as suas condições, mas ele recusou. Era orgulhoso ele também!

Procurei uma escola e me encontrei em Rennes, na Faculdade de Medicina, com Yvon Lesage, um homem de extrema bondade. Eu estive lá por 3 anos, embora morasse no Pas de Calais, e recebi o diploma de manipulações osteo-articulares. Eu frequentei depois o GETM de Lucien Grumholz, então a escola de Raymond Richard em Lyon. Aprendi Quiropraxia (técnica de Davenport), frequentei a escola Sutherland em Saint Ouen e aprendi a técnica Moneyron com Guy Pointud, o sucessor de Jean Moneyron em Vichy. Visitei muitos osteopatas por toda a França, curadores ou médicos.

Também me lembro de Georges Fournier, osteopata veterinário que teve a gentileza de revelar-me sua técnica.

Agradeço a todos: eles me acrescentaram muito.

Por curiosidade, também passei um diploma de acupuntura e homeopatia e lia claro, ao mesmo tempo, uma quantidade de livros relacionados à osteopatia.

Desde 1978, pratico osteopatia exclusivamente, primeira quiropraxia por oito a nove anos, depois a técnica de Jones com o método Wieselfish Giamatteo por oito a nove anos também. Finalmente, a técnica de Moneyron e o método Niromathé.

Todo o meu conhecimento e um trabalho de pesquisa dedicado, me permitiram desenvolver o método Niromathé, que otimiza muito claramente os resultados já fabulosos, obtidos com a técnica Moneyron.

É todo esse conhecimento que quero expor para você neste livro.

A osteopatia foi para mim uma revelação. Não é esotérico, mas é bem cartesiano. Vou me esforçar para torná-la conhecida e espero que vocês compartilhem de minhas convicções .

Trecho do diário: "LA VOIX DU NORD" de domingo, 31 de agosto de 2003 Seção: "De Vive Voix" (correspondência dos leitores):

Osteopatia, Previdência Social e eu.

Por mais de dois anos, sofro de dores muito fortes que ocorrem durante uma caminhada, por exemplo. Essas dores me impediram de exercer qualquer atividade física. Em dois anos, consultei dois médicos clínico geral, três especialistas, sem resultado. Também consultei um professor universitário que, depois de dez minutos, me disse que tinha artrose, o que eu sabia há cinco anos! Como resultado, paguei 91,47 euros e essa artrose não teve nada a ver com as minhas dores.

Desesperado, fui ver um osteopata que, depois de me fazer uma pergunta, me manipulou por dois minutos. Eu saí do consultório dele curado de uma doença que eu estava preso há dois anos!

A partir do qual se pode concluir: é uma pena que os atos dos osteopatas não sejam reembolsados pela Previdência Social. Além disso, é normal que um osteopata seja capaz de determinar a origem da doença em dez minutos e curá-la quando eu consultei muitos médicos?

Esse caso pessoal custou muito caro para a Previdência Social (consultas + fisioterapia + medicamentos), e a única consulta que não foi reembolsada foi a da cura!

G. R. Lille

Eu gostaria de fazer quatro comentários sobre este artigo:

1) Um exemplo não tem valor científico. Mas não é de forma alguma um exemplo ou um caso isolado. Este tipo de situação, eu encontro pessoalmente uma dúzia de vezes por dia, em minhas consultas.

2) O autor não especifica que tipo de técnica foi utilizada pelo osteopata.

- Existem técnicas precárias com 20% de cura. Esse paciente poderia muito bem fazer parte dos 20%.

- Existem também técnicas muito eficientes onde a taxa de cura é próxima de 80%.

- Esse paciente também poderia ter sido parte dos 5% de cura (relacionados ao efeito placebo) de uma técnica perfeitamente ineficaz .

3) Este paciente apresentou artrose e foi curado de sua artrose (como veremos mais adiante).

4) Existe uma lacuna fenomenal e surrealista entre o mundo dos osteopatas e a comunidade médica científica. Esta lacuna, precisa ser preenchida. Esta é, em parte, a razão deste livro.

Para que um método terapêutico seja bom, deve ser:

- EFICAZ
- INOFENSIVO (Primum Non Nocere)
- REPETITIVO.

A osteopatia, peculiarmente o método Niromathé, apresenta esses critérios.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A osteopatia existe há milênios. Afrescos egípcios retratam gestos manipulativos.

Oculto, ou mesmo desprezada pela Medicina oficial, permaneceu por muito tempo reservada aos curadores.

Sua recuperação, no começo do século passado pelos médicos americanos (Still, Sutherland, Fryman, Magoun, Mitchell, Jones) não convenceu: ainda que, geralmente, tudo o que vem dos Estados Unidos é bonito! Apenas recentemente, ele foi introduzido no ensino da Faculdade de Medicina.

Isso ocorre por vários motivos.

Primeiro motivo: o lado terapêutico foi abandonado.

Os extraordinários avanços feitos pela Medicina foram essencialmente em termos de constatações. O desenvolvimento da biologia, genética e imagiologia médica é fantástico.

Hoje, vemos na ressonância magnética anomalias que o cirurgião não vê a olho nu. Também começa a dar alguns problemas: são realmente anomalias? Elas crescerão ou permanecerão em estado de repouso? Elas estão relacionadas aos distúrbios funcionais apresentados pelo paciente? Deveria ser feita ablação? Problemas funcionais, como você pode ver, ainda não foram resolvidos. Isso se soma ao fato de que cada indivíduo é funcionalmente diferente do seu vizinho.

Acima de tudo, os avanços no campo terapêutico não acompanharam os avanços realizados no campo dos conhecimentos e das tecnologias.

Na maioria dos diagnósticos, os rótulos relacionados aos problemas não leva a nenhuma terapêutica específica adaptada.

Nós estamos andando na lua, mas ainda não sabemos como curar um resfriado. Muitas vezes, o componente terapêutico é apenas paliativo: o sorriso artificial que os antidepressivos trazem não cura o paciente.

Agora, o bom médico não é quem constata, nem quem cuida, mas quem cura.

Isso me lembra o filme: "Manon des Sources" onde um velho camponês responde ao cientista que explica o porquê da fonte ter secado: "Dê-nos a nossa água de volta, você explicará depois".

Segundo motivo: à imagem da sociedade, a medicina tornou-se muito materialista.

A medicina tornou-se extremamente técnica.

Sabidamente, é claro, muitas vezes. Como detectar um diabete de outra forma que não a biologia? Como detectar glaucoma sem material? ...

Mas esse aspecto materialista também costuma levar ao que me parecem aberrações:

Um paciente tem vertigens ... Medimos a pressão dele e achamos ela muito alta. A vertigem é atribuída à hipertensão. De fato, a vertigem é um sinal funcional. A pressão arterial é medida com um material: um manômetro. Como é um material, é a hipertensão que tem valor de causa. No entanto, também se pode pensar que a vertigem causa ansiedade, angústia que promove o aumento da pressão arterial. Ou ainda, que uma terceira causa promove os dois sintomas. Ou que esses dois sintomas não têm nada a ver um com o outro.

Cada vez mais, os distúrbios funcionais do paciente são levados a construções intelectuais, onde as anomalias biológicas, morfológicas e radiológicas são de valor causal. Um paciente consulta por dores lombossacrais persistentes. A avaliação radiológica mostra um mal alinhamento patelar. Ele é realmente patológico? Ele está realmente na origem do problema funcional? Ninguém sabe, mas será corrigido cirurgicamente. Reequilibramos? Não foi esse o motivo da consulta, e o paciente não pediu tanto.

Última construção intelectual: a densitometria óssea . Um paciente tem dor. Sistemáticamente, ele tem direito à densitometria óssea. Uma descalcificação (muito natural com a idade) é destacada. Tratamos a descalcificação. Essa descalcificação, no entanto, como veremos mais adiante, tem nada a ver com as dores. Uma grande quantidade de pessoas osteoporóticas, não apresentam nada de dores.

Ainda assim, essa hiper-tecnologia é onipresente.

Difícil, nessas condições, imaginar que uma simples pressão cutânea permita o desaparecimento dos sintomas.

Terceiro motivo: a medicina foi gradualmente monopolizada pela química.

Desde as grandes descobertas químicas do século passado (vacinas, penicilina, digital, aspirina, antiarrítmicos, cicatrizantes ...) ,descobertas fantásticas, toda a atividade médica se concentrou na química.

Além disso, os prêmios Nobel de Medicina há 20 anos não são mais atribuídos aos médicos no verdadeiro sentido do termo, mas aos químicos.

A biologia molecular é onipresente.

Hoje, toda a pesquisa médica está focada na biologia molecular.

A resposta médica para qualquer problema é essencialmente à prescrição medicamentosa.

A setorização médica acentua esse fenômeno.

O Ministério da Saúde e a Academia de Medicina estão preocupados hoje com esse consumo excessivo.

Essa maneira de pensar quimicamente orientada, obviamente prejudicou o desenvolvimento de terapêuticas adjacentes.

Quarto motivo: a medicina tornou-se padronizada no modo de análise "analítico", e o que é fora do comum é suspeito.

Pode-se dizer hoje que todos os cardiologistas, pneumologistas, dermatologistas, endocrinologistas, ginecologistas... são "clones" (isso não é pejorativo), mas devemos reconhecer que eles fazem exatamente a mesma coisa, de Lille à Marselha.

Essa padronização, que existe há algumas décadas, acaba de ser formalizada. É o resultado de trocas. O confronto de idéias e sua harmonização são inquestionavelmente benéficos. É do choque de idéias que a luz brota! Mas essa padronização, essa robotização se torna ao mesmo tempo inquisidora. Hoje, o paciente pode morrer, se morrer de acordo com às regras. Isso diminuiu a velocidade e continua a impedir o desenvolvimento de formas de pensar diferentes. No entanto, você deve estar fora da norma para fazer uma descoberta!

Portanto, é essencialmente a pressão dos pacientes, retransmitida pela midiáticação, que permitiu a aparição da osteopatia na medicina. A busca de economia pela Previdência Social, a multiplicação de recursos médico-legais, a conscientização do excesso de prescrições de medicamentos devem contribuir para o seu desenvolvimento.

**O BOM MÉDICO NÃO É O QUE
CONSTATA,
TAMPOUCO O QUE TRATA,
MAS O QUE CURA.**

INDICAÇÕES DE OSTEOPATIA

Primeiro de tudo, uma pergunta:

A QUE SE DESTINA A OSTEOPATIA?

A osteopatia se destina exclusivamente a:

- **Congestionamentos osteo-articulares de origem mecânica e suas conseqüências: dores, impotência funcional; aguda ou crônica.**

- **Congestões viscerais de origem mecânica e suas conseqüências: dores disfuncionais, agudas ou crônicas.**

A lista de indicações é longa:

- **Congestões osteoarticulares agudas:**

- Cervicalgias (torcicolo), dorsalgias, lombalgias (lumbagos), sacralgias, coccigodínias.
- Cefaléias, enxaquecas.
- Sinusites, dores faciais.
- Tendinites, independentemente da localização.
- Neuralgias faciais, cranianas, cervico-braquiais, torácicas, abdominais, sacrais, crurais e ciáticas.
- Periartrites, capsulites, bursites.
- Calcificações inflamatórias (por exemplo: tendinite calcificada do supra espinhal ou do grande ligamento plantar).

-**Congestões osteoarticulares crônicas.**

A tabela acima pode ser reproduzida na íntegra.

Alem de artrose (veja o capítulo dedicado a ela).

- Congestões viscerais agudas e crônicas de origem mecânica:

Grandes quantias de faringites, esofagites, gastrites, colites, cistites, hemorragias congestivas, distúrbios ginecológicos são curadas pela osteopatia.

-Muitos distúrbios funcionais também se beneficiam:

- Insônias
- Vertigens (quase sempre relacionadas ao bloqueio das vértebras cervicais).
- Choros do bebê que também pode estar sofrendo, mesmo que ele não o expresse verbalmente.

No geral, 60 e 70% das dores e distúrbios funcionais:

- São de origem mecânica.
- Necessitam do tratamento osteopático.
- E vão curar com ele.

Segunda pergunta:

COMO UMA CONGESTÃO VISCERAL OU OSTEOARTICULAR QUE PERSISTE HÁ 20 ANOS PODE CURAR COM TRATAMENTO OSTEOPÁTICO?

Simplesmente porque a lesão osteopática responsável por esse congestionamento é um fenômeno VIVO (mesmo que tenha sido mantida por 20 anos!).

A lesão osteopática(L. 0) é um ESPASMO:

ESPASMO MUSCULAR + TENDINOSO + LIGAMENTÁRIO + FASCIAL.

Pode durar:

-8 dias: casos agudos: lombalgias, torcicolos.

-2 meses: casos subagudos.

-10 anos: casos crônicos (etiquetados “artrose” quando se referem às articulações).

Esse espasmo pode desaparecer espontaneamente. Graças a Deus, caso contrário, todos nós teriam artrose em todos os níveis.

Este espasmo também pode desaparecer facilmente graças ao trabalho osteopático.

Terceira pergunta:

A QUE NÃO SE DESTINA A OSTEOPATIA?

A osteopatia não trata congestões osteoarticulares e viscerais de origem:

- Traumático: fratura, ruptura muscular.
- Infeccioso: infecção bacteriana, viral, micótico e parasitária.
- Metabólico: por exemplo: gota articular, arteriosclerose, processo trombótico.
- Tumoral : tumores benignos e malignos.
- Imunoalérgico :Poliartrite crônica evolutiva, espondilite anquilosante, doenças sistêmicas, alergias ...

Estou lançando aqui um grito de alarme, não tanto contra o desconhecimento de não-médicos, tampouco de médicos praticantes de osteopatia (é suficiente ensiná-los), mas principalmente sobre a midiática e a difusão de imagens errôneas sobre osteopatia. A osteopatia virou um fenômeno de moda. Os osteopatas não-médicos, tocados pelos resultados extraordinários que alcançaram em um grande número de campos, começaram a iludir, a fazer e a escrever de tudo. O sistema midiático necessitando sensacionalismo, rapidamente os transmitiu.

Portanto, não passo um dia sem ser consultado para curar uma alopecia, uma asma, um diabete, um eczema, uma criança agitada, uma obesidade, uma arteriosclerose!

Para que um método seja eficaz, precisa ser repetitivo. Isso é fundamental.

Isso dito, não sou contra o fato de que um dentista, uma parteira ou um fisioterapeuta exerce essa arte. Também apoio o espírito de pesquisa e iniciativa. Mas é necessário que tudo isso seja regulado.

Quarta pergunta:

Qual deve ser a conduta a ser tomada?

O médico osteopata deve sempre fazer um diagnóstico.

Ele deve garantir que a etiologia seja bem mecânica e eliminar, portanto, colapso osteoporótico, uma causa traumática, infecciosa, tumoral, vascular (infarto ósseo), metabólica, imunoalérgica, causa intercorrente (flebite, arterite, cólica hepática ou nefrética, infarto ...).

Se ele considera que a origem é mecânica e se a sintomatologia permanece além da 3ª sessão, ele deve retomar seu diagnóstico.

Por outro lado, um paciente com metástase óssea pode ao mesmo tempo apresentar lesões mecânicas e se beneficiar do tratamento osteopático. Às vezes será consideravelmente aliviado (esse tratamento certamente não será de manipulação). Um tratamento clássico de lesões metastáticas será associado.

O papel do praticante é fazer esse discernimento.

Alguns exemplos:

A - ARTROSE

A artrose é comumente relatada pelo desgaste e alterações degenerativas visualizadas pela radiografia:

- Estreitamento articular
- Micro cavidades
- Osteófitos

Esse desgaste é na verdade uma característica natural do envelhecimento.

Esse desgaste, nada além da osteoporose, não tem nada a ver com os sinais funcionais, ou seja, o congestionamento, as dores e a rigidez que o paciente apresenta.

Exemplos clássicos:

1) O Sr. X, 60 anos, reclama de dores e rigidez nos joelhos. A avaliação radiográfica mostra importantes sinais de desgaste. Diz-se que esses sintomas estão relacionados ao desgaste. Ele sai de férias na Provença. Suas dores desaparecem completamente durante a estadia: ele pode correr, andar sem problemas, percorrer quilômetros sem sintomas. Mas o desgaste ainda não desapareceu. Um raio-X feito no local seria absolutamente idêntico ao que ele tinha antes.

O que aconteceu?

Devido à mudança de clima, meio ambiente, os espasmos desapareceram!

É esse trabalho que o osteopata faz (com algumas técnicas, como o método Niromathé). É óbvio que não curamos o desgaste. Mas acabamos com a rigidez e as dores. O paciente não está pedindo mais nada.

2) O Sr. Y, 75 anos, apresenta radiografias desastrosas: ele está "cheio de artrose". No entanto, ele não sente dor e corre "como uma lebre".

3) O Sr. Z está obviamente sofrendo de dores ligadas com artrose. No entanto, as radiografias são absolutamente normais.

De fato, não há correlação entre, por um lado, os sinais radiográficos da osteoporose ou artrose e, em segundo lugar, a dor e rigidez que o paciente apresenta.

A dor é algo "vivo". Não é uma entidade morfológica.

A dor mecânica é um espasmo.

Espasmo muscular, tendinoso, ligamentar e fascial. Um espasmo persistente.

O desgaste, por outro lado, é um fenômeno natural e assintomático.

B - SINUSITES, OTITES (agudas, subagudas e crônicas).

Em 80% dos casos elas são secundárias a um bloqueio dos ossos do crânio e da face.

Como veremos mais adiante, os ossos são mobilizados com a respiração, não apenas as costelas, todos os ossos, em particular os ossos da caixa craniana.

O bloqueio causa imobilização dos ossos do crânio. Esta imobilização, por sua vez, causa uma congestão local: os dutos de evacuação (trompa de Eustáquio, canais sinusais) ficam congestionados. As cavidades não são mais drenadas. Podemos rotular esta situação:

- Cefaléia, se for a respeito do esfenóide ou ossos da abóbada craniana.
- Sinusite, se for a respeito dos ossos do nariz, etmóide e maxilar.
- Otite, se for a respeito ao vômer, temporal e esfenóide.

Esse congestionamento pode promover secundariamente o desenvolvimento bacteriano, viral ou micótico, mas essa não é a causa dos distúrbios.

A origem é o bloqueio.

Trato sistematicamente otites, sinusites, cefaleias ... com os dedos ... com resultados espetaculares.

O mesmo esquema pode ser aplicado à bacia. Muitas vezes, após o tratamento da dor lombar, os pacientes relatam o desaparecimento de suas hemorróidas ou cistite recorrente.

Obviamente, existem sinusites, cistites, otites autênticas associadas a uma infecção viral ou bacteriana, uma patologia imuno-alérgica, uma patologia tumoral!

É papel do médico fazer um diagnóstico.

Mas o fato é que a origem mecânica representa a principal causa; ainda mais quando esses distúrbios são crônicos ou recorrentes.

C - DORES VISCERAIS

Faringites, esofagites, gastrites, enterites, colites, cistites ... podem ter uma origem infecciosa, imuno-alérgica, psíquica, metabólica, tumoral.

Muitas vezes, porém, especialmente se forem crônicas ou recorrentes, são apenas o reflexo da compressão dos nervos tróficos, espinhais ou cranianos.

O bloqueio espinhal ou craniano é responsável por uma neuralgia que gera uma congestão visceral.

Mais uma vez, é papel do médico fazer um diagnóstico e distinguir entre o que é mecânico e o que não é.

No entanto, o tratamento osteopático deve ser sistematicamente realizado no caso de lesões crônicas ou recorrentes.

D - A HÉRNIA DE DISCO

O aparecimento com a idade das hérnias de discos é um fenômeno natural relacionado ao envelhecimento.

À medida que envelhece, você perde alguns milímetros. Com a idade, os corpos vertebrais estão se aproximando. O disco intervertebral se alarga e se projeta naturalmente, transbordando dos dois lados.

3/4 dos pacientes acima de 60 anos apresentam hérnias de discos sem sintomas funcionais da coluna vertebral.

Por outro lado, muitos pacientes apresentam sintomatologia espinhal sem hérnias de discos.

Aqui, novamente, o aspecto radiográfico não tem correlação com a sintomatologia funcional.

O espasmo, quando ocorre, é a origem:

- do bloqueio que gera dor e impotência.
- da hérnia de disco que aparece ou que aumenta.

A eliminação do espasmo leva a hérnia de disco ao seu estado anterior e faz desaparecer a sintomatologia.

FISIOPATOLOGIA DA LESÃO OSTEOPÁTICA

4 Fundamentos:

- RESPIRAÇÃO ARTICULAR
- O CONCEITO DE GLOBALIDADE
- A ORIGEM DO ESPASMO
- A ORIGEM DA PERSISTÊNCIA

A RESPIRAÇÃO ARTICULAR

A RESPIRAÇÃO ARTICULAR

Correlações anatomo-clínicas

O corpo pode ser dividido em 3 grandes áreas. Estas 3 zonas são semelhantes, simétricas e sobrepostas:

- a área lombossacral
- a área cervico-torácica
- a área craniana.

a) A área lombossacral inclui:

- 7 vértebras livres: as duas últimas vértebras dorsais e as cinco lombares.
- 10 vértebras soldadas : 5 sacrais + 5 coccígeas estendidas lateralmente pelas asas sacrais e coccígeas.
- De cada lado: asas ilíacas e ísquios.
- Que se estendem para a frente pelos ramos pubianos.
- Na união, o acetábulo e o membro inferior.
- Para a frente :a sínfise púbica.
- Tensionado horizontalmente: o diafragma pélvico.

b) A área cervico-torácica inclui:

- 7 vértebras livres: as vértebras cervicais.
- 10 vértebras soldadas : as primeiras 10 vértebras dorsais, estendidas lateralmente pelas costelas.
- De cada lado: as cavidades supra e infra espinhais da escápula.
- Que se estendem para a frente pelas clavículas.
- Na união, glenoumeral e o membro superior.
- Para a frente: o esterno
- Tensionado horizontalmente: o diafragma torácico.

c) A área craniana inclui :

- O occipital que pode se parecer com o sacro. No centro, articula-se no occipital, um eixo livre: esfenoide, etmóide, vômer, ossos próprios do nariz, frontal, maxilar superior.
- De cada lado estão o temporal e o parietal.
- Que se estendem pelas mandíbulas.
- Na união, o canal auditivo externo e os ouvidos.

- Para a frente: a sínfise da mandíbula.
- Tensionado horizontalmente: o diafragma craniano (tenda do cerebelo).

A respiração articular:

Existem, portanto, três zonas sobrepostas que se comportam de maneira semelhante e em sincronia durante a respiração.

INSPIRAÇÃO:

Os diafragmas pélvicos, torácicos e cranianos se abaixam. A pelve, o tórax e o crânio se expandem. As curvas da coluna vertebral diminuem, o indivíduo cresce. Os membros superiores e inferiores se posicionam em abdução – rotação externa.

EXPIRAÇÃO:

Os diafragmas pélvicos, torácicos e cranianos se elevam. A pelve, o tórax e o crânio se estreitam. As curvas da coluna aumentam, o tamanho do indivíduo diminui. Os membros superiores e inferiores se posicionam em adução - rotação interna.

Consequências :

- 1) É esse movimento respiratório que ativa o movimento do líquido cefalorraquidiano e da linfa: o movimento respiratório primário (MRP) de Sutherland. Este bate no mesmo ritmo da respiração (12 a 16 ciclos por minuto), mas intercalado.
- 2) Uma possível lesão osteopática bloqueia esse movimento dos ossos durante a respiração. Isso gera congestionamento local.
- 3) A respiração destas 3 zonas é feita em sincronia. Os grandes distúrbios geralmente resultam de uma dessincronização rítmica geral (fibromialgia generalizada).

Comentários:

1) O espasmo musculotendinoso, ligamentar e fascial causa bloqueio articular.

- Os ossos não podem mais se mover:

- Quando o indivíduo se movimenta.
- E especialmente quando ele respira.

É essa hipomobilidade ou imobilidade que é responsável pela congestão e dores locais.

Ex: não há mobilidade ativa dos ossos do crânio. Mas uma lesão osteopática da caixa craniana compromete a mobilização respiratória. Isso gera as cefaléias.

2) Ao mesmo tempo que a lesão osteopática se instala; ocorre uma "desprogramação" de pontos reflexos mais superficiais: periósteos, musculares, tendíneos, ligamentares, fasciais, subcutâneos.

Esses pontos tornam-se "pegajosos", realizando uma captação real da linfa, opondo-se à mobilização livre dos tecidos.

Eles deram origem à teoria fascial de Sutherland.

Esses pontos podem ser materializados por um teste muito simples: o de Lasegue:

- Quando um paciente apresenta dor ciática, a elevação do membro inferior é limitada e dolorosa.

Durante muito tempo, esse sinal foi atribuído a um alongamento do nervo ciático. Hoje em dia, é geralmente atribuído a um alongamento das cadeias musculotendinosas. De fato, uma dor totalmente idêntica pode ser reproduzida por um simples alongamento da pele, com o membro restante apoiado na mesa.

A liberação desses pontos específicos e superficiais (técnica de Moneyron), no nível da sacroilíaca, do ísquio, das articulações tíbio-periônicas e do cubóide, por exemplo, faz com que a dor ceda imediatamente e o sinal de Lasegue desapareça.

Para Sutherland, portanto, coexistia a respiração articular clássica, controlada ritmicamente pelos pulmões e uma respiração "linfática" subcutânea interdependentes.

A GLOBALIDADE DO CORPO HUMANO

A GLOBALIDADE DO CORPO HUMANO

Todas as articulações são interdependentes.

Existe um equilíbrio tensional permanente. Este é constantemente modificado de acordo com o posicionamento do centro de gravidade.

Aqui medimos o impacto de cicatrizes, incluindo cicatrizes cirúrgicas.

O corpo pode ser comparado a um veleiro com cordas. Estas são esticadas e reguladas em milímetros, nos três planos do espaço:

- Flexão, extensão.

- Inclinação lateral.

- Rotação.

TUDO ESTÁ INTERLIGADO.

Exemplos diários apoiam esse fato:

- Uma intervenção em um dente do siso ou em uma diplopia pode remover a dor ciática.

- A correção de um bloqueio dos ossos do pé pode eliminar uma dor de cabeça.

- A correção cirúrgica (supérflua ou necessária) pode fazer com que os distúrbios osteopáticos apareçam ou desapareçam à distância.

- Às vezes, é um hemicorpo completo que está bloqueado. O paciente apresenta neuralgias: craniana, facial, cervicobraquial, torácica, abdominal e ciática perfeitamente lateralizadas.

Uma articulação bloqueada leva ao trabalho em desequilíbrio dos tendões, músculos, ligamentos e fáscias. Esse trabalho inadequado se reflete nas articulações vizinhas ou distantes.

Alguns autores também tentaram identificar "linhas do corpo humano", cadeias de alterações musculotendinosas e fasciais.

Como vimos anteriormente, os três diafragmas batem simultaneamente dentro dessa teia de aranha perfeitamente tecida.

1ª consequência prática:

Um problema osteopático nunca deve ser tratado localmente (com bisturi, com infiltração ou mesmo com as mãos).

2ª consequência prática:

Qualquer interrupção desse equilíbrio perfeitamente dosado pode ter consequências particularmente negativas, locais, regionais ou remotas.

Uma cicatriz, especialmente uma cicatriz osteoarticular, deixará marcas definitivas, irreparáveis. Ela vai desorganizar o equilíbrio das tensões.

Eu recorro, enquanto escrevo estas linhas, de ver um pobre garoto de 40 anos . Este homem tem uma placa cervical há 2 anos. Ele se queixa de dores particularmente agudas nas panturrilhas e nos pés. Ele não dorme mais de uma hora por noite. Essas dores se estabilizaram há 6 meses. Ele foi medicado em duas ocasiões à base de morfina. Além disso, as dores no pescoço estão sempre presentes. Essas placas são provavelmente a causa das dores na parte inferior do corpo, do seu início e de sua continuidade.

As placas também atrapalharam muito meu trabalho de reequilíbrio.

O cirurgião não acertou nada localmente, e também causou lesões à distância (das quais infelizmente ele não tem consciência).

Isso é grave porque essas sequelas são definitivas.

Isso é grave porque um simples trabalho osteopático teria eliminado a dor no pescoço (motivo inicial da consulta).

Infelizmente, este exemplo acontece várias vezes no meu cotidiano de trabalho.

3ª consequência prática:

Nosso tratamento é uniforme (métodos Moneyron, Niromathé, Sutherland).

Tratamos gonalgia e ciatgia da mesma maneira.

Se você examinar corretamente seu paciente que se queixa de gonalgia, verá que 90% também apresenta algumas dores mais superficiais, certamente, mas, no entanto autênticas no nível das costas, do glúteo ou do pé. (quando não é no nível cervical ou do crânio...)

Gonalgia, com o nosso esquema de raciocínio, não é nada mais que uma ciatgia que se manifesta somente até o joelho.

Da mesma maneira, uma periartrite do ombro se acompanha frequentemente de dores no antebraço e no pulso.

O túnel de carpo é excepcionalmente isolado; em 80% dos casos o outro membro e a região cervico-dorsal são afetados.

Assim, não fazemos diferença entre a neuralgia cervicobraquial, a síndrome da travessia toracobraquial, o túnel do carpo, a periartrose escapuloumeral, a epicondilite ... Tudo isso é o papel dos ESPASMOS; espasmos mais ou menos propagados, mais ou menos generalizados .

De qualquer forma, mesmo que seja a dor do dedinho do pé, TUDO será tratado.

Isso simplifica nossa tarefa. Nosso raciocínio é global.

Exemplo:

Um paciente me procura por uma ciatalgia hiperálgica. Ele só permanecer na posição deitado. Na primeira sessão, difícil executar o tratamento nessa situação, trato só a região toracolombar e o membro inferior.

Vejo-o novamente oito dias depois. A melhora é insignificante. Em seguida procuro outros pontos, e começo a tratar o crânio. Durante o procedimento no crânio o paciente relata que está sentindo a ciática desaparecer. Eu interrompo voluntariamente a sessão. Peço que ele se levante e caminhe; o que ele faz sem problema. Milagrosamente*, a ciática desapareceu. No entanto, não toquei as costas, as lombares ou o membro inferior do meu paciente.

Este é um exemplo caricatural.

Mas esse tipo de constatação, sem ficar tão gritante, encontro todos os dias.

A noção de globalidade é, portanto, fundamental.

* Um verdadeiro milagre, na minha concepção, seria o braço de um amputado crescer novamente.

ORIGEM DO ESPASMO

ORIGEM DO ESPASMO

Quando um indivíduo tem medo, especialmente de uma maneira brutal, ele se protege, se enrola, se tranca, se espasma.

Quando, inconscientemente, o corpo está com medo, ele faz a mesma coisa.

O espasmo se inicia quando o corpo é surpreendido e não está pronto para o movimento:

- no espaço: o sujeito pensa em levantar 5 kg, mas são 50 kg que ele levanta. Ou ao contrário, ele acha que precisa levantar 50 kg, mas são 5 kg que ele levanta.

- ou no tempo: o sujeito cochila, deitado em seu sofá. O telefone toca; ele se levanta de repente, rápido demais. Ou ele trabalha em seu jardim em uma posição torta por longos minutos. Alguém chama, ele se levanta de repente, rápido demais. Ou, alguém lhe empurra pelas costas; ele não tem tempo para se adaptar.

O corpo que não está pronto para o movimento, no tempo ou no espaço, reage com espasmos. Isso é conhecido como movimento falso.

Ocorre frequentemente durante um período de cansaço físico ou intelectual:

O sujeito dirigiu um longo caminho, ele trabalhou no seu jardim, cortou lenha... atividades que normalmente não faz. Durante a semana seguinte, ele está cansado, com dores musculares. É durante esse período de fragilidade que o movimento falso ocorrerá.

Esse movimento falso pode ocorrer durante um esforço violento, mas também pode ocorrer durante um “esforço” mínimo: tossir, espirrar, pegar um fósforo. Às vezes, ele também se inicia à noite e, é claro, o sujeito não está ciente disso. Ele se encontra bloqueado de manhã acordando.

Em um número menor de casos, o espasmo ocorre como resultado de um resfriado. Dirigir com o vidro do carro aberto é uma causa comum de torcicolo.

Sentido ou não, o movimento falso inicia o espasmo músculo-tendíneo, ligamentar e fascial.

Esse espasmo pode estar localizado em qualquer parte do corpo (crânio, tronco, membros).

Pode durar 8 dias, 1 ano, 10 anos ou 50 anos.

Pode permanecer localizado no nível inicial ou atingir outras articulações (globalidade).

ORIGENS DA PERSISTÊNCIA

ORIGENS DA PERSISTÊNCIA

É interessante notar que, quando um paciente apresenta lesões com reincidências, as lesões estão frequentemente localizadas nas mesmas áreas.

Alguns pacientes se desbloqueiam rapidamente, espontaneamente. Outros vêem suas lesões se tornarem mais permanentes e mudarem para o estado crônico.

Existem, sem dúvida, fatores que favorecem a ocorrência, reincidência e persistência das lesões osteopáticas.

O primeiro desses fatores é, sem dúvida, a IDADE:

As pessoas de 60 anos têm mais probabilidade de precisar de uma consulta do que as crianças de 10 anos de idade.

No entanto, as crianças também se “bloqueiam” frequentemente, mas espontaneamente se desbloqueiam muito rapidamente na grande maioria dos casos.

No entanto, lombalgias, torcicolos e ciáticos genuínos acontecem com crianças. As dores clássicas de crescimento são de fato apenas lesões osteopáticas. Elas geralmente sumiriam facilmente com o tratamento osteopático.

Os outros fatores favoráveis são múltiplos:

Existem cerca de cinquenta.

Eles são representados por tudo o que vai criar um desequilíbrio, uma assimetria nesse veleiro, representado pelo corpo humano, que tem inúmeras cordas ultra-sensíveis.

Estes incluem:

- uma escoliose.
- uma perna curta.
- um nível desigual de implantação das cavidades cotilóides.
- um defeito de horizontalidade dos corpos vertebrais.
- uma hemisacralização.
- um joelho varo ou valgo assimétrico .
- um pé cavo ou um pé plano.
- uma desordem de oclusão dental, um dispositivo de prótese dentária.
- um distúrbio ocular (diplopia, distúrbio de acomodação).
- distúrbios auditivos (hipoacusia unilateral).
- hipertrofia muscular localizada congênita ou adquirida.

-intervenções cirúrgicas (ablação de um órgão, equipamento de osteossíntese, desalinhamento ósseo, cicatrizes osteoarticulares, musculotendinosas ou mesmo cutâneas).

- simplesmente ser canhoto ou destro.

-fatores externos: restrições esportivas ou profissionais.

- fatores gerais como obesidade, magreza, falta de flexibilidade, hipermobilidade ligamentar, hipomobilidade ligamentar , hipertrofia muscular, hipotrofia muscular, estresse, clima ...

O problema é complexo por vários motivos:

1) Existem vários fatores favoráveis.

Às vezes (raramente) acontece que existe apenas um. A extração de um dente do siso levará, por exemplo, ao desaparecimento de uma periartrite do ombro. Mas, na maioria dos casos, nos encontramos com 4, 5 ou 6 fatores favoráveis, sobre a mesma pessoa.

Como encontrá-los?

6 fatores entre 50 possíveis. Parece loteria.

2) Os fatores favoráveis não se expressam automaticamente.

Como identificar sua expressão?

- Não é porque um paciente tem escoliose, que a mesma constitua um fator favorável da lesão osteopática. Inúmero indivíduos escolióticos não apresentam lesões osteopáticas.

- A extração de um dente do siso não leva sistematicamente ao desaparecimento da periartrite.

- Pode-se viver sem dor com uma perna curta ou um joelho varo.

Cada um dos fatores citados pode ou não se expressar!

Quantas vezes eu vi e ouvi os seguintes casos:

- Emagrece, você não vai mais sofrer dos joelhos. O paciente perde 20 kg, mas mantém suas dores. Além disso, há pessoas magras, ele me disse, que também sofrem dos joelhos.

- Faça musculação, tudo vai ficar bem. Eu curei 15 dias atrás o campeão de natação de Flandres; um verdadeiro Rambo. Ele reclamou de uma ciática. Atletas hiper-musculosos também são legiões em minhas consultas.

- Pratique yoga, é garantido. Mas eu costumo tratar professores de yoga regularmente.

Como saber que um fator favorável existente se expressa e tem um efeito de causalidade? Ainda nunca encontrei a solução.

3) A correção desses fatores não existe hoje.

Mesmo se conseguirmos listar esses fatores favoráveis, infelizmente para 90% deles hoje não há uma solução real para fazê-los desaparecer e permitir a restituição completa do organismo.

Como fazer desaparecer uma cicatriz? Como corrigir uma escoliose, uma perna curta, uma hipertrofia muscular? ...

Todas as intervenções nesse nível me parecem fantasiosas.

Eu nunca encontrei métodos ou regras dignos desse nome. Alguns dão resultados aqui e ali, mas nunca são repetitivos. E acabam ainda muitas vezes em situações inversas, desastrosas, especialmente quando se trata de correções mal vindas do tipo cirúrgica (Revise esses pacientes um ou dois anos depois!).

Todas as construções intelectuais que estão agora no mercado (palmilhas proprioceptivas ou não, métodos ortodônticos, testes de posturologia, ímãs, almofadas anatômicas ...) me parecem simplesmente fantasiosas. Certamente, a pesquisa deve existir. Mas antes de apresentá-los, eu iria dizer, antes de comercializá-los, seria necessário primeiro comprovar sua eficácia. Eu conheci muitos pesquisadores, mas ainda não um "encontrador".

Nossos contemporâneos, buscam naturalmente "a garantia sobre todos os riscos". Às suas perguntas: "O que posso fazer para não me bloquear (nunca) mais? "Eu respondo como uma piada:" volte em 500 anos! ".

4) O que é verdade para um não é necessariamente verdade para o outro.

Nossa maneira de pensar muito materialista queria nos assimilar com material. Nada está mais errado no nível funcional. Algumas pessoas melhoram com uma soneca, outras pioram. Uma cama dura pode ser adequada para um paciente, mas não necessariamente para o seu vizinho ... Como estabelecer regras nessas condições?

Os únicos conselhos que dou são medidas de bom senso.

Descobri (infelizmente, essa é a única constatação preventiva que eu fiz após 25 anos de trabalho), que a atividade física excessiva era prejudicial. Atletas (principalmente atletas mais velhos) e trabalhadores manuais são inegavelmente a maioria em nossas consultas. Portanto, recomendo princípios de moderação física. O esporte, como o vinho, é excelente para a saúde, mas apenas para o bem-estar, sem abusar dele.

O conforto também é, sem dúvida, um elemento de profilaxia.

Uma cama espaçosa, por exemplo, seja dura ou macia! Cada um dorme como ele quer, como ele se sente bem. Esta é a melhor profilaxia. Não há regras a serem impostas.

Me contento de desbloquear meu paciente. Eu faço desaparecer suas dores. Já é algo.

Reincidência? Talvez? Por ocasião de um movimento falso. Em 1 mês, em 1 ano, em 10 anos ou nunca?

Porém, o desbloqueio em si tem uma ação preventiva, pois harmoniza as estruturas.

Eu não vou na raiz do problema. Só porque não sei como fazê-lo.

Quando fazemos algo, temos que ser eficientes, não prejudicar e saber o que estamos fazendo.

É preciso ser cartesiano, certamente, mas cartesiano até o fim.

RESUMO

- A lesão osteopática (L. O.) ocorre como resultado de um movimento falso. Geralmente ocorre durante um período de fadiga.

- A L. O. geralmente cede espontaneamente dentro de um período de dez dias. O corpo possui de fato as potencialidades que lhe permitem fazer desaparecer a L. O..

- É importante notar que a mudança de clima e do meio ambiente aumenta significativamente essas possibilidades de reação.

- No entanto, às vezes, a L. O. persiste e fica perene. Pode permanecer localizada, se espalhar para outras regiões, às vezes para um hemicorpo completo, às vezes para todo o corpo (fribromialgia, termo na moda hoje em dia).

- A ocorrência da L. O., sua reincidência, sua perenização são favorecidas pelo envelhecimento e pelos múltiplos fatores de assimetria sobre os quais é ilusório intervir hoje.

- A L. O. é um fenômeno DINÂMICO, pois é um espasmo persistente.

- A eliminação da L. O. cura o paciente.

COMO REMOVER ESTE ESPASMO?

**É TÃO EXTRAORDINÁRIO PODER
CURAR ALGUÉM PELA AÇÃO ÚNICA DE
SUAS MÃOS, SEM ARTIFÍCIOS.**

O OSTEOPATA OU OS OSTEOPATAS?

Existem ao torno de vinte técnicas e métodos osteopáticos.

- (Aparentemente) muito diferentes uns dos outros.
- Alguns são perigosos, outros inofensivos.
- Alguns são muito eficazes, outros de baixo desempenho.
- Alguns pedem dez minutos, outros uma hora para sua realização.
- Alguns são dolorosos, outros indolores.
- Alguns são brutais, outros são muito leves, outros até parecem mágicos: mal se toca o paciente.
- Alguns são de efeito imediato, outros de efeito atrasado.

Existe um polimorfismo extremo nessa disciplina.

Praticada por médicos, dentistas, veterinários, quiropratas, fisioterapeutas, parteiras, massagistas ...

Acrescente a isso o fato de ter sido reembolsado pela Previdência Social quando é praticada por médicos (outubro de 1998 na França) e paradoxalmente acaba de ser reconhecido pela Academia de Medicina e começa a ser estudado na Faculdade de Medicina.

No entanto, apesar de todas essas disparidades, todos os seus praticantes são chamados de Osteopatas.

Como se fosse uma única "ciência" monolítica como a dermatologia, pneumologia, cardiologia!

Como entender do que se trata? Dá para se perder. Eu entendo a incompreensão da opinião pública, dos jornalistas e do mundo médico.

Um denominador comum, no entanto, conecta todos esses atores : trabalhar com as mãos.

Um objetivo comum os une: remover o ESPASMO.

Um recente decreto ministerial permite que essa disciplina seja praticada por não médicos:

- sem especificar, no entanto, quem pode praticá-lo, fisioterapeutas? dentistas? parteiras? quiropráatas? enfermeiras?

- sem especificar as modalidades de ensino: Quem pode ensinar osteopatia? Para quem? O que vai ser ensinado?

- existe também o problema da harmonização europeia.

Médicos que há muito tempo negligenciaram essa disciplina estão começando a se apropriar dela. Hoje, porém, nas escolas de medicina são ensinadas apenas manipulações osteoarticulares (em um aspecto particular), a técnica de Mitchell (miotensiva) e esporadicamente, a técnica de Jones. Porém esta é apenas uma pequena parte da osteopatia.

O que fazer com outras facetas desta disciplina? Estou pensando nos métodos de Sutherland, Reiki, Randolph Stone, Lyson ... às vezes perto da radiestesia, em total contradição com o modo de pensamento analítico que prevalece hoje na medicina ocidental.

Quem fará um diagnóstico para excluir um herpes zoster, uma flebite, uma osteonecrose da cabeça femoral, uma osteólise de origem tumoral ...?

É certo que a maioria das práticas osteopáticas é inofensiva e não corre o risco de agravar o paciente, mas um atraso no diagnóstico pode, no entanto, ser prejudicial para ele: uma flebite pode desenvolver uma embolia e causar a morte do paciente se não for tratada com tempo!

Este é um projeto enorme e particularmente complexo que aguarda o legislativo.

Vamos ver cerca de vinte técnicas e métodos osteopáticos. Vamos apresentá-los, analisá-los, criticá-los. Veremos que eles não têm o mesmo desempenho, as mesmas indicações, as mesmas desvantagens.

No final do livro, (método Niromathé), resumiremos essas diferentes técnicas. Veremos que elas realmente executam o mesmo trabalho: atuando em sensores subcutâneos, pontos reflexos, "pontos de cola", elementos moduladores do sistema de tensão; isso com abordagens muito diferentes.

REPERTÓRIO DAS DIFERENTES TÉCNICAS E MÉTODOS OSTEOPÁTICOS.

REPERTÓRIO DAS DIFERENTES TÉCNICAS E MÉTODOS OSTEOPÁTICOS.

A classificação que oferecemos é completamente artificial, mas é prática porque é simbólica.

A verdade é simples, muitas vezes estampada.

Analisaremos sucessivamente as técnicas e métodos:

- Ósseas
- Musculares
- Ligamentares
- Fasciais
- Cutâneas
- Tendinosas.

AS TÉCNICAS ÓSSEAS

Para o "público em geral", incluindo a maioria dos médicos, elas representam toda a osteopatia, em uma equação simples:

Osteopatia = Manipulação = Estalo = Recolocar no lugar.

Ainda o fruto de nossa maneira materialista de pensar.

Vamos citar A. T. STILL (1828-1917), fundador da primeira faculdade de quiropraxia em Kirksville, no Missouri, representada classicamente como o precursora da osteopatia.

De fato, os grandes nomes e as grandes escolas, apesar de ser cada vez mais científicos, sempre permanecerão dependentes da herança que nos chega desde o início dos tempos. Infelizmente, o homem que deveria ter 3.000 anos de experiência volta à infância a cada geração.

A) O PRINCÍPIO DAS TÉCNICAS ÓSSEAS:

Ajustar facetas articulares descentralizadas, inibindo as texturas periarticulares antagonistas que causaram e mantêm uma porção articular ,mesmo minúscula na posição errada.

O princípio é puramente BIOMECÂNICO.

O retorno à normalidade deve passar por uma fase postural na ordem inversa da construção da lesão.

Uma vértebra, por exemplo, é movida e travada na flexão, rotação esquerda e inclinação direita. O exagero da flexão, a rotação esquerda e a inclinação correta dessa vértebra agrava a sintomatologia.

Pelo contrário, a extensão, rotação direita e inclinação esquerda desta vértebra traz conforto ao paciente.

Um "Thrust", ou seja, uma pressão forte e de curta duração aumenta essa situação de conforto e permite o reposicionamento da articulação. Na verdade, invertemos os parâmetros.

O ponto de contato, o impacto, o nível de ação são ósseos; é por isso que usamos o termo técnicas ósseas.

Muitos problemas surgem:

1) Esta vértebra está mal posicionada

- Em relação ao bloco superior?
- Em relação ao bloco inferior?
- Ou ambos em relação aos blocos superior e inferior?

Onde se localiza o nível lesional?

2) O problema se complica se houver várias vértebras deslocadas e bloqueadas, especialmente se elas forem deslocadas de maneiras diferentes. Pode-se considerar, por exemplo, uma C4 (quarta vértebra cervical) bloqueada em extensão, rotação direita, inclinação direita e uma C6 bloqueada em flexão, rotação esquerda, inclinação direita. Como encontrar uma posição de conforto? No entanto, esta situação é frequente!

Os acidentes de carros clássicos ("whiplash") dão muitas vezes esse tipo de caso complexo.

Como, nessas condições, podemos fazer um diagnóstico biomecânico correto e uma correção biomecânica?

Muitas escolas e muitas teorias se seguiram para tentar resolver esses problemas biomecânicos.

- **Em termos de diagnóstico.**

- **Em termos de correção.**

Citamos:

- **A palpação paravertebral:** Mas a contratura paravertebral não significa posterioridade do processo transversal!
- **O rolar-pinçar cutâneo e a sensibilidade dermálgica para esclarecer a área significativa.** Mas como se reencontrar quando existem vários níveis sobrepostos. A dor também pode ser de outra origem (dor muscular referida, por exemplo). Finalmente, é um teste puramente subjetivo, baseado apenas na interpretação do paciente.
- A pressão dos processos espinhosos e a pressão contrária dos processos espinhosos: sempre subjetiva.
- O diagrama em estrela que fará manipular na direção indolor. Como conseguir encontrar o seu caminho quando várias lesões inversas são sobrepostas?

- **Marcas morfológicas:** um processo espinhoso é movido em posterioridade, anterioridade, superioridade, inferioridade, rotação, torção, inclinação ... Isso serve como uma referência de diagnóstico. No entanto, um processo espinhoso pode ser naturalmente hipertrófico, hipotrófico ou deslocado, sem que este seja o testemunho de uma lesão osteopática. Da mesma forma, uma crista íliaca alta e uma espinha íliaca pósterio-superior (EIPS) alta não significam: íliaco bloqueado em anterioridade. Talvez a EIPS fosse naturalmente mais alta (escoliose) e que se movesse na posterioridade, permanecendo, no entanto, mais alta que a EIPS contralateral!

Finalmente, tenho nariz comprido, outros têm orelhas grandes e esse paciente tem íliaco anterior sem que isso seja patológico!

- **O sinal da atração da EIPS** indicaria o nível da lesão. Ainda é necessário que o paciente lombálgico possa dobrar-se!

- **O sinal de Piedallu** é muito controverso.

- **A manobra de Downing** deve permitir determinar a situação do íliaco na anterioridade ou na posterioridade. Seu resultado depende da motivação do operador. Posso colocá-lo na anterioridade ou na posterioridade de acordo com meu grau de aplicação. Mesmo positivo, não atesta o caráter patológico da anomalia.

- **Vamos citar também a lei de FRYETTE:** usada por muitos vertebroterapeutas; serve como teste de diagnóstico:

A lei diz o seguinte:

- Quando a coluna está em uma situação de flexão: a inclinação lateral (esquerda) da coluna é acompanhada por uma rotação oposta (direita) dos corpos vertebrais (= lesão F.R.S.).

- Quando a coluna está em uma situação de extensão: a inclinação lateral (esquerda) é acompanhada por uma rotação homóloga (esquerda) dos corpos vertebrais (= lesão E.R.S.).

Em outras palavras, quando uma vértebra é bloqueada em uma situação de flexão, seu processo transversal se projeta para a convexidade. Quando uma vértebra é bloqueada em uma situação de extensão, seu processo transversal se projeta para a concavidade.

O profissional utiliza esses dados para aplicar o posicionamento e a ação corretiva.

No entanto, para 50% dos manipuladores que usam esta lei: flexão lombar = flexão dorsal = flexão cervical = cifose da coluna vertebral.

E para 50% dos outros operadores, Flexão = Aproximação das curvas e Extensão = Distanciamento das curvas. Neste projeto:

- Flexão dorsal = cifose da coluna dorsal

- Flexão lombar = lordose da coluna lombar

- Flexão cervical = lordose da coluna cervical.

Conclusão:

Ambos os grupos usam a mesma teoria com definições, ou seja, nas bases de trabalho diametralmente opostas (no nível das colunas lombar e cervical)!

Melhor: ambos chegam no mesmo nível de resultado !!!

Além disso, essa teoria é falsa, por que existem autênticas L.O. (por exemplo, dorsais) em Flexão com rotação e inclinação homolateral e em Extensão com rotação e inclinação opostas.

Tudo isso para dizer (e vamos ver com a técnica de Davenport e com o método Niromathé) que não há solução biomecânica ... porque o problema não é biomecânico.

B) AS DIFERENTES TÉCNICAS ÓSSEAS

Técnicas ósseas (manipulações osteoarticulares) referem-se principalmente a artrodias.

Diz respeito principalmente às vértebras, daí o termo vertebroterapia frequentemente usado.

Eventualmente, as articulações periféricas deste tipo: carpo, tarso, acromioclavicular, rádio ulnar, tibiofibular podem se beneficiar disso.

Existem dois grupos principais de manipuladores:

Quiropratas e "Osteopatas".

1) QUIROPRATAS:

- Vêm das escolas americanas (Kansas City, Kirksville, Dallas, Davenport ...).

- Necessidade de uma maca articulada, muito sofisticada. O paciente se apresenta em pé, de frente para esta maca. Ele se posiciona contra esta maca. A maca se inclina e se posiciona horizontalmente (antes mecanicamente, hoje eletricamente). O paciente se encontra em decúbito ventral e não se move. Tudo vai acontecer nessa posição.

- O diagnóstico é essencialmente baseado em critérios morfológicos: Posicionamento dos processos espinhosos, espinhas ilíacas, cristas ilíacas, ísquios, processos transversais, mastóides ...

- O posicionamento no conforto, em particular em flexão-extensão das áreas significativas, é realizado com pequenas almofadas móveis (pequenas manivelas

estavam presentes antigamente em todos os níveis da maca). O processo espinhoso assume uma posição sub-normal com isso. O praticante procede ao reajustamento vertebral de maneira direta por meio de um “recoil”, focalizado sobre as marcações ósseas no nível das zonas significativas.

2) OSTEOPATAS:

- Vêm das escolas européias (muitas escolas particulares, Maidstone, Bobigny, as faculdades de medicina ...).

- Testes dinâmicos identificam os níveis de lesão e a direção do bloqueio.

- O posicionamento é semelhante ao combate corpo a corpo, um exercício de luta greco-romana.

- A manipulação pode usar grandes braços de alavanca iniciando no crânio, ombro, quadril ...

C) A TÉCNICA DAVENPORTE

- é uma técnica de Quiropraxia. Ela requer uma maca de quiropraxia, na qual o paciente é colocado em decúbito ventral.

- Em primeiro lugar, procuramos áreas significativas: áreas infiltradas e contraídas, nas quais um ou alguns processos espinhosos estejam desalinhados.

- O dedo indicador e o dedo médio são colocados em ambos os lados desta área, nos para-vertebrais.

- Depois, vamos colocar o corpo nas posições que acentuam o desconforto do paciente (e ao mesmo tempo, a tensão paravertebral) ou, pelo contrário, o reduzem. Estamos obviamente procurando a situação de hipotensão máxima.

Para isso:

- Realizamos uma rotação direita ou esquerda da cabeça. Esta se reflete em todas as vértebras (até L5).

- Para realizar a inclinação direita ou esquerda, posicionamos um braço acima da cabeça, o outro permanece estendido ao longo do corpo. Isso se reflete em todas as vértebras.

- Finalmente, realizamos a flexão ou a extensão por meio do ajuste das pequenas almofadas.

Simultaneamente, os dedos avaliam o nível tensional.

O nível mínimo determinando a posição de conforto do paciente. Em seguida, executamos um Thrust na área significativa. Não Importa a localização exata do impacto ósseo, o bloqueio cede quase espontaneamente.

Utilizei essa técnica há alguns anos. Cheguei a conclusão de que procedemos por vibração proprioceptiva na situação de conforto da zona significativa.

A minha experiência futura também confirmará esta versão: a eliminação do espasmo ocorre por uma ação de estimulação curta e seca dos receptores subcutâneos (conferir Método Niromathé) .

O raciocínio biomecânico é absolutamente inútil.

RESUMO: TÉCNICAS ÓSSEAS

Vantagens:

- Os resultados são imediatos (quando a manobra for bem-executada).

Desvantagens:

- Necessidade de um domínio perfeito da técnica.
- Risco de fraturas: As técnicas ósseas são, portanto, contra-indicadas em idosos e em pessoas frágeis (osteoporose metabólica, metastática ...). Uma avaliação radiológica é essencial antes de qualquer manipulação.
- Difícil de colocar em prática em crianças, mulheres grávidas, pessoas com deficiência ... quase impossível de executar em bebês.
- Doloroso quando são realizadas com critérios inadequados ou simplesmente quando existe lesões inversas sobrepostas que não permitem obter uma posição de conforto.
- As indicações são limitadas as L.O. localizadas em artrodias (principalmente vertebrais).
- As indicações são limitadas a problemas simples, coerentes e harmoniosos.

Inútil com este tipo de técnica de imaginar curar uma lesão complexa, uma lesão inflamada (ex: torcicolo agudo), uma lesão bem instalada (hérnia de disco importante), uma ciática estabelecida, uma artrose periférica (ex: gonartrose), uma periartrite do ombro, etc...

Todos esses fatores resultam em uma imagem bastante obscura das técnicas ósseas. Eles fizeram a má reputação da osteopatia.

No entanto, eles prestaram ótimos serviços:

Penso em uma jovem garota, bloqueada por 2 anos após um acidente de trânsito, incapaz de andar, se movimentando em uma cadeira de rodas, que foi "ressuscitada" imediatamente após o desbloqueio da sacroilíaca.

Penso nas milhares de pessoas com lombalgias, dorsalgias, cervicalgias, dor nas costelas que conseguiram retomar instantaneamente um modo de vida normal.

TÉCNICAS MUSCULARES

A L.O. é resumida por esses autores, em um ESPASMO MUSCULAR.

- Alongar o músculo espasmado piora a dor.
- O encurtamento do músculo espasmado alivia a dor e até a faz desaparecer.

O objetivo dessas técnicas é de inibir esse espasmo muscular.

A TÉCNICA MITCHELL:

= **Miotensivo = Alongamento muscular contra resistência.**

Princípio:

Vamos dar um exemplo: uma vértebra cervical está travada na extensão, rotação direita e na inclinação direita. O nível lesional está subjacente à vértebra; portanto, ela é parte integrante do bloco superior e da cabeça (uso voluntariamente o raciocínio biomecânico por razões didáticas).

A extensão, rotação direita e inclinação direita são dolorosas.
A flexão, rotação esquerda e inclinação esquerda são livres.

O profissional tratará os 3 parâmetros. Para o parâmetro rotativo, ele coloca a cabeça em rotação direita até o nível da barreira da dor. Ele pede que o paciente entre em apneia inspiratória e faça voluntariamente uma contra-rotação esquerda. O terapeuta se opõe a esse movimento. Ao final da inspiração e durante a fase expiratória, ela passa passivamente a cabeça em rotação direita até a nova barreira da dor. Assim, ganha em amplitude.

Este movimento é repetido 3 ou 4 vezes.

Os parâmetros Flexão-Extensão e Inclinação são tratados da mesma maneira. Às vezes, o praticante isola um músculo claramente envolvido. Ele alonga passivamente esse músculo e pede ao paciente que o contraia de acordo com os mesmos princípios. Por isso, trabalha caso a caso, corrigindo os músculos e as restrições de amplitude identificadas. Para alguns músculos é necessária a posição sentada, para outros o decúbito é essencial.

Vantagens:

- Em teoria, todas as L.O. podem ser tratadas dessa maneira.
- Manobra inofensiva, sem contra-indicação.
- Manobra indolor.
- A melhora da sintomatologia é imediata, mas a verdadeira cura (quando a manobra é positiva) irá intervir apenas alguns dias depois.

Desvantagens:

- A taxa de positividade (cura) é relativamente baixa. De fato, essa técnica não leva em consideração as fâscias e os ligamentos que estão, no entanto, amplamente envolvidos.
- A cura (quando ocorre) não é imediata e o praticante está em dúvida quanto à sua eficácia.
- É uma técnica cansativa para o praticante.
- É uma técnica longa. Imagina que o paciente apresente várias lesões osteopáticas (cervicais + ombro esquerdo + membro inferior direito): dezenas de intervenções serão necessárias.
- É uma técnica inadequada para casos complexos. Imagine que o paciente apresente 2 L. O. sobrepostas, de tipo opostos! É difícil, nessas condições, determinar uma direção livre de dor e postura corretamente.
- É uma técnica subjetiva que envolve o paciente. É uma grande desvantagem. Às vezes temos que lidar com um grande esportista ou um bailarino do cabaré, brilhante física e intelectualmente. Sua participação será sem problemas. Mas, na maioria das vezes, são pessoas com deficiência física ou intelectual. Nesses casos, essa técnica é semelhante as grandes conquistas. Tente fazer miotensivos em pessoas com deficiência auditiva!
- É uma técnica cansativa ou até agressiva para o paciente. Essas posturas e esses esforços repetitivos podem agravar distúrbios adjacentes.

Em última análise, é uma técnica com desempenho medíocre. Pode ser útil no contexto de reabilitação muscular, por exemplo, pós-traumático.

Requer uma L.O. ideal em um paciente ideal.

A TÉCNICA JONES:

Criada por L. H. JONES (Oregon) no início do século passado.

É "o inverso" da técnica de MITCHELL.

O praticante encurta o músculo espasmado. Vai na direção contrária da dor. Ele mantém essa postura por 90 segundos. O posicionamento é lento e passivo. O Retornar à posição neutra é lento e passivo.

O paciente sente imediatamente nada de benefício. A cura ocorrerá somente 48 horas depois.

A identificação da postura é baseada em 2 conceitos:

1. O sentido da dor: fundamental.
2. Destacar os "triggers points", ou pontos de relaxamento, ou pontos gatilho.

Os triggers points são pequenas áreas receptivas (alguns milímetros) localizadas na espessura do músculo, nas fâscias, nos ligamentos e no tecido conjuntivo sub cutâneo.

Eles são ativos, ou seja, dolorosos sobre pressão, quando o músculo está espasmado.

Portanto, para cada trigger point (ativo), corresponde um músculo e corresponde uma postura de tratamento (encurtamento).

Primeiramente, o praticante faz um inventário dos triggers points (e músculos) envolvidos na lesão osteopática. Esta é uma técnica de identificação subjetiva, pois é o paciente quem sinaliza a existência de uma sensibilidade do trigger point.

Em seguinte, trata caso a caso, cada um dos músculos espasmados.

Vantagens:

- Todas L. O. podem, portanto, ser tratadas (ex: lombalgia, gonartrose, epicondilite ...).
- Manobra inofensiva que não tem contra-indicação.
- Manobra indolor.
- Manobras confortáveis para o paciente.
- A taxa de positividade(cura)é superior à técnica de Mitchell(cerca de 40 a 50%), pois esta técnica inclui indiretamente, as fâscias e ligamentos. Frequentemente são necessárias várias sessões.

Desvantagens:

- A cura ocorrerá só 48 horas depois. O terapeuta fica com dúvida da sua eficiência. A princípio, a sensibilidade do trigger point desaparece quando a manobra é positiva (??).
- É uma técnica menos cansativa para o terapeuta, não obstante física.
- É uma técnica longa. Imagina que o paciente apresente vários níveis lesionais. Existem 200 pares de músculos em um organismo; qualquer um pode estar envolvido.
- Esta técnica é pouco adequada para casos complexos, quando estão sobrepostas várias L.O. opostas. Difícil nesses casos encontrar uma postura indolor.
- É uma técnica subjetiva que precisa da colaboração do paciente para o diagnóstico.

Finalmente, é uma técnica de desempenho médio, suficiente para uma prática correta. É uma técnica intermediária contudo nos permite avançar consideravelmente no caminho dos conhecimentos osteopáticos.

MÉTODO WIESELFISH – GIAMMATTEO

O método de Jones, é uma técnica que corresponde uma postura específica para cada trigger point.

No entanto, quando praticamos essa técnica, percebemos, com um pouco de experiência, que muitas vezes são os mesmos quadros posturais que se manifestam.

Em casos agudos a direção indolor, e portanto de posicionamento, é evidente.

Assim, por exemplo, inúmeras neuralgias cervico-braquiais direitas correspondem ao seguinte esquema postural:

- Flexão (anterior) e rotação esquerda da cabeça.
- Elevação (= Flexão) + Rotação Externa + Abdução do braço direito.
- Flexão do cotovelo + Rotação externa + Abdução do antebraço direito.
- Flexão do pulso + Rotação externa + Abdução da mão direita.

É de fato essa posição que o paciente adota para se aliviar. Ele dorme com um grande travesseiro de baixo da cabeça, cabeça orientada à esquerda.

E ele coloca o membro superior direito no ar, acima.

É a partir de observações desse tipo que o casal de osteopatas Wieselfish-Giammatteo foi capaz de criar seu método.

Princípios:

- **Flexão** = Flexão das articulações periféricas. Ilíaco, escápula e temporal na anterioridade.
- **Extensão** = Extensão das articulações periféricas. Ilíaco, escápula e temporal na posterioridade.
- **Abertura** = Articulações periféricas em rotação externa e abdução. Púbis, clavícula e mandíbula em desvio homolateral.
- **Fechamento** = Articulações periféricas na rotação interna e adução. Púbis, clavícula e mandíbula em desvio contralateral.

No total, o paciente pode apresentar as combinações seguintes:

- Flexão + abertura direita ou esquerda.
- Flexão + fechamento direito ou esquerdo
- Extensão + abertura direita ou esquerda
- Extensão + fechamento direito ou esquerdo.

A problemática fica um pouco mais complicada quando você sabe que as três zonas lombopélvica, cervico-torácica e craniana podem se bloquear de maneira diferente.

Exemplo:

- Flexão, abertura esquerda do crânio
- Flexão, fechamento esquerdo pela zona cervico-torácica.
- Extensão, abertura esquerda pela zona lombopélvica.

Todas as combinações são possíveis.

O problema se torna muito mais complicado quando você sabe que não existe (ou pelo menos pessoalmente não conheço) um método de diagnóstico confiável para identificar a combinação.

A maneira mais elaborada é de seguir a direção indolor. Nos casos agudos, é muito confiável. Mas em casos crônicos é muito mais aleatório.

Finalmente, 20 a 30% das situações de lesão não se encaixam nesse esquema; em particular as L.O. pós-traumáticas (tipo “wiplash”) onde nas mesmas zonas podem coexistir várias lesões inversas.

No entanto, esse método é muito vantajoso: economiza um tempo precioso. Os 3 níveis podem ser tratados com no máximo 8 posturas.

O exemplo de neuralgia cervico-braquial descrito acima corresponde a um caso em:

- Flexão, abertura esquerda para a área craniana.
- Flexão, abertura direita para a área cervico-torácica.
- A situação da área lombopélvica deve ser esclarecida.

É necessário colocar em postura exagerando esta situação.

Finalmente, é um método relativamente eficaz. Eu pratiquei ele por vários anos. Ele me trouxe muitas satisfações. Mas achei melhor, com a técnica Moneyron e o método Niromathé, mais eficiente, muito mais rápida, muito menos cansativa e principalmente de efeito imediato.

TÉCNICA LIGAMENTAR: W. G. SUTHERLAND (1872-1954)

Durante a primeira parte de sua vida profissional, SUTHERLAND age um pouco como JONES. Posiciona a articulação lesada na direção mais fácil, a da não dor, da maior flexibilidade. Mas faz isso de uma maneira muito gentil e muito superficial, sem tentar encurtá-lo completamente. Deixa a articulação um pouco livre durante essa postura. Modifica a amplitude quando percebe o aparecimento de tensões; modifica-a muito levemente, em algumas dezenas de graus. Ele modula sua ação na direção da maior facilidade. Ele nunca deve sentir resistência do tecido. Cerca de dez minutos depois, a articulação "entra em colapso" e fica mole. Qualquer tensão desapareceu. O paciente pode se levantar; ele está curado.

Pode ser qualquer articulação: o crânio (cefaleias), um joelho, um pulso ...

Vértebras, por exemplo:

Ele posiciona os dedos em pequenas depressões paravertebrais, correspondendo aos processos transversos em anterioridade. Uma leve pressão nessas áreas aumenta o efeito rotativo. Também aplica pressão na direção cranio-caudal para fazer com que as vértebras se encontrem (direção da maior facilidade, ou seja, inclinação). Finalmente, ele usa uma apneia de inspiração ou expiração para aumentar a situação de flexão (expiração) ou extensão (inspiração).

Ele então considera trabalhar nas estruturas ligamentares, encurtando-as. Ele estabeleceu assim uma teoria ligamentar. O encurtamento prolongado do ligamento permite a inibição do espasmo. Isto é imediato. Não tendo praticado essa técnica, não posso julgar. Também foi abandonado e não conheço nenhum osteopata, hoje referindo-se a essa técnica.

Pareceu-me muito interessante mencioná-lo, mostrar o caminho do pensamento de Sutherland em direção à noção de osteopatia fascial.

Sutherland mais tarde percebeu que não era tanto um encurtamento do ligamento que ele gerava, mas uma tensão fascial através do tecido cutâneo .

TÉCNICAS FASCIASAIS

A. A TÉCNICA SUTHERLAND

= Técnica de escuta = Técnica craniossacral = M. R. P. (Movimento Respiratório Primário).

O inventor: W. G. SUTHERLAND.

Muitos autores o seguiram (H. Magoun, V. Fryman, J. Upledger, B. Arbuckle, T. Zink, B. Gabarel, L. Busquet ...).

Hoje, mais da metade dos osteopatas usam a técnica Sutherland.

Após vários anos de prática, Sutherland descobre que o mecanismo corretivo não equivale apenas a um encurtamento dos ligamentos. De fato, também interessa o tecido conjuntivo subcutâneo e os tecidos mais profundos: Os envelopes dos músculos e das vísceras (fáscias), os músculos e até os ossos.

A Lesão Osteopática resulta de uma tensão excessiva desses tecidos, mais ou menos localizada, que como consequência gera uma alteração da circulação linfática superficial.

W. Sutherland descobre o M. R. P.: Movimento Respiratório Primário, movimento de mobilidade dos tecidos, que se manifesta em ondas sucessivas, na frequência de 12 a 16 ciclos por minuto. Esse movimento percebe-se na forma de parestesias em sequência, que nada têm a ver com os batimentos cardíacos e o ritmo respiratório do paciente e do praticante (?). Ele pode ser assimilado aos movimentos do líquido cefalorraquidiano, da linfa e de líquidos extras celulares. Também cada um pode sentir esse M.R.P sobre si mesmo.

É suficiente ficar deitado, em decúbito dorsal, com tranquilidade e conforto, colocar as duas mãos superficialmente no peito, ao nível dos músculos peitorais, e esperar. 5 a 10 minutos depois, aparecem ondas parestésicas, que levantam os dedos na frequência de 15 ciclos por minuto, normalmente ondas harmoniosas e simétricas.

Uma desarmonia uni ou bilateral reflete a existência de lesões osteopáticas. Sua rearmonização leva ao desaparecimento de lesões osteopáticas. O resultado é instantâneo.

Diversas abordagens terapêuticas são possíveis:

1) Abordagem local:

Alguns osteopatas trabalham localmente na articulação lesionada. No joelho, por exemplo: Colocam ele gradualmente, sempre com muita delicadeza, graças ao manuseio muito superficial, em uma postura que proporciona máxima amplitude e harmonia ao M.R.P.

Uma vez a pesquisa do M.R.P. estabelecida, o ato é mantido pelo tempo necessário: 10, 20,30 minutos até a recuperação de um M.R.P harmonioso.

2) Abordagem geral:

Alguns osteopatas trabalham globalmente o corpo todo : o crânio, a junção cervico-dorsal, o diafragma torácico, a pelve, os pés, as mãos. O princípio é o mesmo.

3) Abordagem regional:

Alguns osteopatas trabalham apenas no crânio.

Outros trabalham apenas no crânio e no sacro (os primeiros autores em particular, daí a expressão craniosacral). Eles consideram esses dois pólos como fundamentais na sinergia do M. R. P.

4) Abordagem "truncada":

Alguns negligenciam completamente esses aspectos morfológicos; eles escolhem qualquer lugar do corpo. Eles resolvem o problema, seja o que for, a partir deste único ponto de observação.

Vejamos trabalhar Georges Fournier, veterinário osteopata:

O cavalo de Pauline está mancando há 6 meses. Ele não pode mais ser montado. Assim que lhe pedem para acelerar, a claudicação se manifesta e ele precisa parar. Vários tratamentos (?) Foram tentados, sem sucesso. Georges coloca as duas mãos no pescoço do cavalo. Pacientemente, ele espera pelo M.R.P.. Isso se manifesta 10 minutos depois e é relativamente desarmonioso no lado esquerdo. Georges questiona mentalmente as articulações (eu concordo que esse aspecto é um tanto como radiestesia). Ele questiona os membros; o M. R. P. praticamente mantém a mesma estrutura moderadamente desarmoniosa à esquerda. A desarmonia fica muito mais clara quando ele questiona a região sacroilíaca esquerda e a região lombar. Ele conclui que os problemas (L.O.) estão nesses níveis. Ele permanece mentalmente posicionado nesses dois níveis e, em paralelo, modula o peristaltismo da onda do M. R. P. no nível do pescoço. Assim,

corrige muito gradualmente a onda esquerda, de modo a retomar, nos três planos do espaço, uma forma idêntica à do lado direito. Este trabalho é longo. Demora mais de 30 minutos. Requer concentração extrema e muita paciência. Quando ele considera que a onda recuperou seu volume e que a simetria é perfeita, Georges gentilmente retira as mãos. Ele pede a Pauline que faça seu cavalo andar, depois faça-o trotar e finalmente, subir nele.

Imediatamente o cavalo retoma um ritmo normal. Ele não manca mais. Ele está curado. Isso faz 8 meses e de acordo com as últimas notícias, o cavalo está em ótima forma.

Entendo que, para um neófito, é semelhante à magia. No entanto, esses resultados são reproduzíveis. Certamente eles não são sistemáticos; a taxa de positividade é de 50 a 60%. Muito mais, no entanto, do que o simples efeito placebo.

TÉCNICAS FASCIAIS

Vantagens:

- Técnicas direcionadas a todos as L. O..
- Indolor, inofensivo, sem contra-indicação.
- Confortável para o paciente que pode estar sentado ou deitado.
- Resultados imediatos em 50 % dos casos.

Desvantagens:

- Técnicas longas (pelo menos 30 minutos)
- Técnicas que exigem muita paciência, concentração e dedicação, portanto, uma grande disponibilidade de espírito (que eu não tenho).

B - TÉCNICAS DE POLARIDADE = Técnica Randolph STONE, REIKI.

Profissionais que praticam essas técnicas fazem quase o mesmo que a técnica de Sutherland. Eles abordam o paciente da mesma maneira, mas simplesmente colocam as mãos por um período ainda mais longo (frequentemente 1 hora).

Eles consideram:

1-Que suas mãos têm propriedades elétricas: uma mão positiva, uma mão negativa;

2-Que o paciente é ele mesmo o local de correntes eletromagnéticas:

- Uma corrente circular ao redor do tronco, do crânio e de cada membro.
- Uma corrente crânio-caudal longitudinal.

3- Que as L. O. (e até todas as patologias ???) resultam da má circulação dessa corrente eletromagnética.

4- Que a colocação das mãos restaura a circulação eletromagnética e corrige os problemas.

Alguns até pensam que podem ser investidos em poderes magnéticos ou poderes divinos!

Eu mesmo experimentei essa técnica e curei,devo dizer de maneira inesperada e espetacular coxartroses graves, periartrites agudas e subagudas. Devo dizer que os resultados não foram muito repetitivos, mas também que raramente tive paciência para esperar uma hora. No entanto, essas curas eram indiscutíveis. Penso que os "pequenos dispositivos" responsáveis pela tenso-atividade dos tecidos, localizados entre a derme e a fáscia, desregulados com a L.O., também podem ser reprogramados dessa maneira (efeito elétrico ?).

Detalharemos essa explicação e minha concepção do modo de ação com o método Niromathé.

TÉCNICAS CUTÂNEAS

Nesse capítulo, pontos periosteais e triggers points também serão estudados, embora sejam ósseos e musculares, respectivamente.

A) A TÉCNICA DICKE = Bindegewebs massagem (E. DICKE 1884-1952).

É um método de massagem do tecido conjuntivo subcutâneo, tendo como objetivo uma ação reflexa segmentar.

O praticante procede da maneira seguinte: ele move a pele sobre sua base óssea ou muscular, fazendo um traço relativamente lento e profundo.

Assim, provoca estimulação por tração da pele. Essa manobra é realizada com um ou dois dedos que puxam a pele. Os dedos são mais ou menos inclinados em relação à superfície do corpo. As linhas cobrem toda a superfície do corpo em direções predeterminadas. Esses esquemas foram chamados de construções. O praticante realiza essa manobra duas ou três vezes, fazendo dezenas ou mesmo centenas de traços. Alguns são muito curtos: traços pendurados nos dois lados da coluna vertebral; outros são muito longos: traços de equilíbrio.

Muitas variações são possíveis:

1) Pequena construção na pelve e na região lombar.

2) Grande construção.

3) Traços precedidos por massagens musculares, amassamento dos tendões, alongamentos, exercícios respiratórios.

4) Trabalho localizado em áreas específicas:

- Zonas de Head (zonas onde o tecido conjuntivo é modificado, infiltrado, retraído). Essas zonas de Head correspondem a possíveis zonas de projeção visceral.

De fato, existe uma projeção ortosimpática sistematizada, com um contingente visceral e um contingente somático (sua origem está localizada de C7 a L2).

Da mesma forma, há uma projeção parassimpática para fins viscerais. Talvez existe também uma projeção somática? (sua origem está localizada no nível dos nervos cranianos III, VII, IX e X e nos nervos sacrais de S2 a S4). O trabalho manual nessas áreas da pele pode ter um efeito terapêutico visceral. Alguns autores estão convencidos disso.

- Zonas hiperalgésicas.
- Zonas longitudinais de Fizerald: o corpo é dividido em dez faixas na direção crânio-caudal.

5) Trabalho localizado exclusivamente em áreas peri-articulares:

Os traços são centrípetos, convergindo para a interlinha articular.

A técnica de R. PERRONEAUD representa uma variante: o dedo é fixado nas proximidades de uma articulação. A mobilização da articulação leva à realização de uma linha e ao mesmo resultado.

Todas essas técnicas trazem resultados certos. No entanto, estes são inconstantes. Várias sessões são geralmente necessárias. É uma técnica ligeiramente dolorosa. Destina-se a todos as L.O. e não apresenta contra-indicação. É bastante cansativo para o praticante. Uma dezena de sessões é geralmente necessária. De fato, estimulamos uma quantidade fenomenal de pontos subcutâneos, esperando que Deus encontre os seus.

Os resultados são médios, muito aleatórios, às vezes imediatos, às vezes atrasados, às vezes ausentes.

Alguns praticantes associam esses traços a outras técnicas de massagem (pontos de Knap, por exemplo) ou de vibração tendinoso (Moneyron), para melhorar seu desempenho ou evitar dores pós tratamento.

B) PONTOS DE KNAP. G. KNAP (1866-1953)

G. Knap estabelece um mapeamento de pontos cutâneos e subcutâneos, peculiarmente dolorosos, ligados a uma patologia precisa. Cada um desses pontos está, portanto, ligado a um segmento, a uma região, a uma função, a uma patologia (sem se preocupar com sua origem).

Distingue os pontos maiores e os pontos menores e elabora um mapa preciso desses pontos. Deve-se dizer que esse mapeamento é estranhamente semelhante a outros mapas: pontos periosteos, pontos de Chapman, pontos shu / mu e pontos Ah Chi na acupuntura.

Knap aliviou e curou inúmeros pacientes.

A técnica consiste em "massagear" esses pontos (com a ponta de um dedo ou a segunda falange), primeiro superficialmente, depois cada vez mais forte e mais e mais profundamente, sem nunca relaxá-los, com um movimento rotativo.

Os resultados parecem ser tanto imediatos quanto atrasados.

Eu não tenho a experiência desta técnica.

É obviamente uma técnica dolorosa.

Meu princípio é nunca fazer meu paciente sofrer.

C) PONTOS PERIOSTEOS (D. VOGLER):

A massagem dos pontos periosteos causa, por meio de vias reflexas, ações a distância nos órgãos e nas articulações.

O médico faz contato com a ponta de um dedo ou a segunda falange em uma área do periosteio muito localizada. Exerce uma pressão forte e rítmica nesse ponto (alternância de pressão e relaxamento), sem nunca perder o contato com a área do periosteio. Um movimento rotativo completa a manobra.

Aqui também há um mapeamento preciso dos pontos periosteos com pontos de ação local e pontos de ação regional. Ex: atuando nas 7ª e 8ª vértebras dorsais, obtém-se alívio das dores de estômago.

É uma técnica particularmente dolorosa, às vezes insuportável.

Mesmo eficaz, é, portanto, irrelevante no tratamento de patologias benígnas representadas pela maioria das L.O. (existem de fato outros métodos indolores).

Pode ter efeito sobre patologias viscerais, como as zonas de Head?

Vogler diz que sim.

D) OS PONTOS DE F. CHAPMAN:

F. CHAPMAN orientou toda a sua carreira osteopática na busca de áreas de congestão linfática. Essas zonas ou pontos estão relacionados a um órgão ou uma patologia. CHAPMAN realiza um registro desses pontos. ele estabelece uma teoria neuro-linfática para explicar seus resultados.

É interessante notar que sua cartografia se assemelha à dos outros autores.

O diagnóstico consiste em uma busca por esses pontos. Eles são percebidos: a superfície anterior do tronco, como pequenos grânulos subcutâneos, e do lado posterior, como zonas edemaciadas, percebendo às vezes verdadeiras placas.

O tratamento consiste em amassar esses pontos usando a polpa de um dedo ou a segunda falange. É uma massagem rotativa que dura 2 a 3 minutos.

E) PONTOS NEURO-MUSCULARES:

Como vimos, JONES individualizou pontos neuromusculares, ou triggers points, ou tender points, ou pontos miofasciais.

Suas sensibilidades corresponderam a um estado de ativação desses pontos. Isso significava um espasmo do músculo correspondente e exigia que o músculo fosse colocado em posição encurtada.

Outros autores, em particular J. TRAVEL, também individualizaram triggers points.

Estes são os mesmos pontos?

Parece que sim. De qualquer forma, suas situações e seus mapeamentos são sobrepostos ou muito semelhantes. Mas dessa vez, esses autores usaram o próprio trigger point como via terapêutica.

1) A técnica de S. LIEFF:

Consiste, como a massagem Bindegewebe do DICKE, em fazer traços no corpo. Mas esses traços são muito mais profundos aqui. Eles atingem o músculo. A mão inteira é usada para realizar essa manobra: os quatro dedos, a eminência tenar ou a eminência hipotenar. O movimento é lento, perpendicular aos tendões, mas paralelo aos corpos musculares. Por razões de conforto; o paciente está deitado.

Como na técnica de DICKE, existem esquemas, construções. Como na técnica DICKE, estimulamos dezenas de pontos e Deus deve encontrar os seus. Como na técnica DICKE, os resultados são médios e várias sessões são necessárias. É, no entanto, uma técnica usada por alguns osteopatas.

Variantes são possíveis. Vamos citar:

- A segmentoterapia (QUILITZSCH): o movimento da mão é realizado de maneira torcida.

A vibração é lenta, realizada com o polegar ou com a mão inteira. O sentido geral das manobras é do caudal ao cranial e da periferia à coluna vertebral.

- O Rolfig (I. ROLFF: 1896-1979):

Usamos a polpa dos dedos, as falanges e muitas vezes também a parte plana do cotovelo. I. Rolff foi apelidada "o cotovelo". O trabalho aqui é muito mais profundo. Diz respeito principalmente aos músculos paravertebrais. É cansativo para o profissional (sessões de 60 'a 90') e certamente doloroso para o paciente.

2) Pontos de J. TRAVELL:

- Um pouco como Knap e Chapman para o tecido conjuntivo subcutâneo, J. TRAVELL individualiza pontos neuro-musculares ou triggers points. (pontos alvos).

Para registro, conta-se que John F. Kennedy apresentava dores torácicas crônicas recorrentes. J. Travell curou-o graças à sua técnica. Isso lhe rendeu o posto de médica da Casa Branca sob as presidências de John Kennedy e Lyndon Johnson.

Um músculo tem um ou alguns triggers points. Estes triggers points podem estar no estado inativo ou no estado ativo:

- Se estiver inativo, sua estimulação (por exemplo, sua pressão) não aciona nada.
- Se estiver ativo, sua estimulação desencadeia dor em um território específico; sempre o mesmo para um triggers point. Essa dor é chamada dor referida. Não tem nada a ver com metâmero. Não tem nada a ver com os ramos nervosos vizinhos.

Exemplo 1: A dor referida a partir dos triggers points do músculo escaleno desencadeia dor no território radial do membro superior homolateral. A compressão do desfile interescalênico estimula as fibras nervosas inferiores do plexo cervico-braquial e desencadeia a dor relatada no território ulnar do membro superior homolateral.

Nosso conhecimento médico tradicional não nos permite explicar a projeção da dor referida.

Exemplo 2: Vamos citar anedoticamente, que a compressão dos triggers points do músculo solear desencadeia uma dor na perna, mas também uma dor no hemiface homolateral! A realidade ultrapassa a ficção. (Tenho vontade de dizer "aflição" dos pobres médicos que somos).

Ainda assim, quando um paciente sente dor em uma área X, I. Travell faz o inventário dos músculos que podem desencadear essa dor. A pressão do trigger point no nível do músculo desencadeia, se estiver envolvido, a mesma dor ou o aumento dela.

O tratamento do trigger point traz o desaparecimento dessa dor referida.

Este tratamento consiste, por exemplo, em uma compressão isquêmica prolongada realizada com a polpa do dedo, com um componente rotativo. Também pode ser por agulha ou a aplicação de calor local (moxa).

J. Travell esticou esse músculo, e realizou uma injeção de xilocaína no trigger point.

É uma técnica longa e tediosa, com resultados médios. Requer a participação do paciente, pois é ele quem objetiva a sensibilidade dolorosa. No entanto, é usado por alguns osteopatas, diretamente ou em adição a outras técnicas.

3) Zonas de MACKENZIE:

Como as zonas de HEAD correspondentes às zonas cutâneas de projeção visceral, existem zonas de MACKENZIE, zonas musculares hiperálgicas e infiltradas, de projeção visceral.

4) Massagens musculares profundas e localizadas - tipo CYRIAX

F) PONTOS DE CINESIOLOGIA (GOODHEART):

Cinesiologia: "Saúde através do toque" é um método de relaxamento que tende a se desenvolver hoje.

O autor relaciona um músculo ou um grupo de músculos a um meridiano de acupuntura.

O estresse influencia a força muscular e torna possível testar a vitalidade desse músculo e, portanto, (?) a vitalidade do meridiano da acupuntura e tudo o que está ligado a ele. O princípio é obviamente sujeito a controvérsia. Não julgo essa construção intelectual (mais uma) que tenta explicar (a posteriori) os resultados terapêuticos obtidos empiricamente. Este não é o objetivo deste trabalho, há muito a dizer nesta área. Tem ainda pior, já que entramos às vezes em construções intelectuais sem ter certeza de que há um resultado terapêutico no final.

O fato é que Godheart corrige os efeitos patológicos que o paciente apresenta, agindo nas áreas cutâneas que ele listou. Para um músculo corresponde a uma área cutânea localizada no corpo, chamada ponto neuro-linfático. Uma cartografia precisa desses pontos foi estabelecida. Mais uma vez, parece muito com os que estudamos. Para um músculo corresponde também um ponto

cutâneo localizado no crânio, chamado ponto neurovascular. Um mapeamento desses pontos também foi estabelecido.

A estimulação desses pontos: Um simples toque por algumas dezenas de segundos ou uma massagem rotativa traz o desaparecimento da sintomatologia.

G) TÉCNICAS ORIENTAIS:

Elas são sem dúvida muito numerosas.

Eu não as conheço.

Existe um paralelismo óbvio entre os mapas anteriores e os pontos Shu / Mu e os pontos Ah chi na acupuntura.

Eu provavelmente esqueci umas técnicas cutâneas.

O objetivo deste trabalho não é, contudo, fazer uma lista exaustiva de tudo o que existe nesta área. Não teria interesse.

No entanto, eu queria descrever algumas delas para mostrar que, sob nomes que às vezes estão muito distantes, todos têm o mesmo denominador comum: Estimular pontos subcutâneos para provocar o desaparecimento de espasmos mais profundos (ligamentares, musculares, fasciais, viscerais...) e eliminar a sintomatologia relacionada.

TÉCNICAS TENDINOSAS

A) A TÉCNICA MONEYRON

Um nome destacou-se neste nível, aquele de J. MONEYRON (1923-1994). "Sua" técnica, a técnica MONEYRON, lhe foi ensinada por uma freira do Massif Central (região central da França) : Freira G. CHABRIT, que ela mesmo aprendeu durante uma viagem na Índia. J. MONEYRON, farmacêutico em Vichy foi, portanto, iniciado por ela. Ele conseguiu rapidamente resultados excepcionais que o tornaram famoso. Sua reputação se tornou internacional. Entre seus pacientes notamos os presidentes franceses Giscard d'Estaing e F. Mitterand, bem como presidentes estrangeiros. Ricos americanos fizeram a viagem até Vichy para obter tratamento dele. No final de sua vida, demorava 9 meses para conseguir uma consulta! Muito incomodado pelo Conselho da Ordem dos médicos, ele sistematicamente recusou-se a dar a sua técnica aos médicos (escrevi pessoalmente para ele em 1985). F. Mitterand fez com que ele conseguisse um diploma de fisioterapia para regularizar sua situação. Ele passou sua técnica apenas para seis pessoas, incluindo o senhor G. POINTUD , seu sucessor em Vichy. Foi G. POINTUD quem me ensinou essa técnica. Foi para mim uma revelação. Eu expressei a ele toda minha gratidão.

O PRINCÍPIO:

A técnica consiste em fazer vibrar o tendão, frequentemente perto da inserção óssea. Receptores localizados nesse nível estão suscetíveis à criar um mecanismo reflexo, eliminando fenômenos lesionais (L. O.).

• vantagens:

- O estímulo é breve. Um movimento muito peculiar é necessário para obter o efeito vibratório terapêutico. Essa estimulação será repetida uma ou duas vezes. Demora 3 segundos para concluir.
- A estimulação é indolor, ou apenas sensível. Observe que as compressões isquêmicas dos pontos reflexos do tecido conjuntivo ou do tecido muscular (KNAP, CHAPMAN, TRAVELL ...) requerem três bons minutos e são dolorosas e cansativas para o paciente e para o praticante.
- A estimulação tem resultados instantâneos nos fenômenos de lesões.

• desvantagens:

O gesto terapêutico requer aprendizagem e habilidade quanto à sua intensidade, velocidade de execução, profundidade e ritmo.

A localização dos pontos a ser tratado é muito subjetiva. É baseado no reconhecimento pela palpação dos pontos ativos. Estes são caracterizados pelo edema local, perda de elasticidade do tecido, sensação de casca de laranja. A pele parece aderir ao tecido subjacente por um efeito ventosa, por um mecanismo de pistão viscoelástico.

No final, a técnica MONEYRON é uma técnica muito interessante:

- É rápido, indolor, de efeito imediato.
- Não é cansativo para o praticante (pessoalmente, trabalho sentado).
- O paciente não intervém.
- Destina-se a todos as L. O..
- Não apresenta contra-indicação nem inconveniência.
- O nível de desempenho é muito alto (taxa de positividade: 60 a 70%).

No entanto, sofre com a necessidade de o profissional saber reconhecer as alterações teciduais nos pontos reflexógenos.

B) A TÉCNICA R. RENARD. A TÉCNICA G. LAMORIL

A irmã CHABRIT e J. MONEYRON não foram os únicos a introduzir essa técnica na Europa.

Eu conheci vários outros praticantes (principalmente velhos curadores) usando essa técnica.

R. Renard, por exemplo, aprendeu em 1919 no Detroit dos Dardanelos (Balcãs), enquanto fazia seu serviço militar.

G. LAMORIL praticou em Bonneville. Ele também tinha uma reputação internacional por tratar a rainha da Inglaterra.

Eles associaram em suas práticas traços ao estilo DICKE, alongamentos musculares e trações cutâneas com a outra mão.

É a prática deles que me inspirou o método NIROMATHÉ.

O MÉTODO NIROMATHÉ

25 anos de prática, observações, pesquisas, experimentações, permitiram-me descobrir alguns conceitos e desenvolver o método NIROMATHÉ.

Este método é baseado em 4 conceitos.

A) PRIMEIRA NOÇÃO: O "desgrudamento" da pele.

As técnicas osteopáticas, na verdade, não são osséas, musculares, ligamentares, tendinosas, fasciais ou cutâneas. Elas se direcionam, quaisquer que sejam, aos elementos tenso-moduladores = E.T.M. localizados entre a pele e as estruturas mais profundas.

Esses E.T.M. se desprogramam grudando-se à pele.

Seu desgrudamento traz, ao mesmo tempo, sua reprogramação e o desaparecimento instantâneo da L.O.

Exemplo: Uma paciente jovem tem um torcicolo hiperálgico.

A análise muito fina da pele nos permite identificar os pontos de cola, esses E.T.M. desprogramados. A pele é retraída, congestionada, fixa, aderente ao E.T.M. subjacente. Uma estimulação muito fina da pele, por exemplo, com a técnica Moneyron, permite um desgrudamento instantâneo. Ao mesmo tempo, a coluna cervical torna-se indolor e recupera sua amplitude.

Tudo acontece como se o "bloqueio" da articulação não estivesse localizada no nível da própria articulação, nem mesmo no nível dos músculos, mas resultasse de uma "fixação cutânea" no nível do E. T. M. : a articulação não pode girar à direita, porque a pele não pode ser esticada para a direita.

Essa observação que já vimos sobre o teste de Lasegue, na verdade diz respeito à todas as articulações, todas as L.O. , para qualquer localização, intensidade e antiguidade.

O tratamento osteopático consiste, portanto, no descolamento da pele ao nível dos E.T.M.

Este descolamento pode ser feito:

- De maneira direta, por uma ação direta na própria pele. *
- De maneira semi-direta, por uma ação em estruturas mais profundas: ossos, músculos.
- Indiretamente, por polaridade.

I) ESTIMULAÇÃO DIRETA.

Isso pode ser feito por uma agulha (acupuntura), por uma injeção de xilocaína (método J. Travell), pelo calor local (moxas).

Se consideramos as coisas por esse ângulo, é óbvio que devemos **estar no ponto e não ao lado dele**, e que, se houver 30 pontos, precisaremos passar muito tempo nisso.

Ainda é preciso ficar capaz de localizá-los **exatamente!** Isso explica os maus resultados obtidos com essas técnicas.

Isso também pode ser feito com os dedos, por compressão isquêmica (tediosa), mas também por uma vibração cutânea muito fina, um choque proprioceptivo cutâneo. Cutâneo, isso significa muito superficial (Cinesiologia, técnica Moneyron, método Niromathé). Uma maior flexibilidade de trabalho aqui nos permite estar nesses 30 pontos.

2) ESTIMULAÇÃO SEMI DIRETA.

- Um choque ósseo proprioceptivo (manipulação) estimulará os E.T.M. e induzirá seu descolamento.

- O alongamento muscular repetido do tipo Mitchell ou o encurtamento prolongado do tipo Jones terão o mesmo resultado.

O descolamento dos E. T. M. é realizado aqui pela profundidade.

3) ESTIMULAÇÃO POR POLARIDADE.

- Técnica Randolph Stone, Reiki.

- Técnicas fasciais (Sutherland).

Em relação ao Reiki, a situação é clara, pois seus seguidores consideram que é a polaridade de suas mãos que exerce o efeito terapêutico.

Quanto às técnicas fasciais, o mecanismo de ação é controverso:

É uma estimulação direta ? : por um alongamento ou alguns alongamentos cutâneos (superficiais, prolongados)? Talvez ...

Mas então, como podemos entender que colocar as mãos em qualquer lugar do corpo pode fazer desaparecer a dor no joelho esquerdo e no dedinho do pé direito?

Pessoalmente, não acredito na existência de um M. R. P. .. considero que as parestesias rítmicas que podemos sentir são apenas o resultado dos movimentos respiratórios e cardíacos do paciente e do praticante. A noção de M. R. P. não tem justificativa.

A colocação das mãos no paciente em qualquer lugar, de maneira muito superficial (isso é imperativo) gera um impulso magnético que, em 45 a 60 minutos (se as mãos forem absolutamente passivas: Reiki), induzirá o descolamento da pele no nível de todos os E.T.M. ativos.

A colocação das mãos, quando uma delas é animada por um leve movimento de rastreamento ou oscilação (técnica de Sutherland), reduz notavelmente essa duração. 20 a 30 minutos são geralmente suficientes para obter um resultado.

A vantagem desta técnica por polaridade é a eliminação simultânea de TODOS os E.T. M. do corpo. As mãos podem ser colocadas em qualquer lugar. A desvantagem é a duração.

Primeira noção, portanto: o descolamento cutâneo no nível dos E.T.M.

A prova deste mecanismo de ação:

Meus resultados, com a técnica Niromathé, são muito bons, independentemente da corpulência do paciente. Eu diria mesmo que eles são melhores em indivíduos obesos. Eu cuidei de um praticante de Sumô alguns meses atrás. Ele pesava 160 kg e apresentava lombo-cialgia. Não faz sentido tentar identificar algo nesse tipo de paciente. Mas os resultados são excelentes. Um simples trabalho cutâneo e superficial permitiu a inibição dos espasmos.

B) SEGUNDA NOÇÃO: A polaridade.

Essa noção de polaridade, amplamente comentada no nível das técnicas fasciais (Reiki, Sutherland), também está presente nas outras técnicas.

- As manipulações osteoarticulares requerem necessariamente a presença de duas mãos para sua realização.
- Da mesma forma, a técnica de Mitchell (miotensivo).
- Jones sempre deixou a segunda mão em contato com o corpo do paciente, no nível de um trigger point.

Nota: Eu pessoalmente tentei executar a técnica de Jones usando uma única mão, especialmente no nível da coluna cervical. Os resultados não são tão bons. O mesmo se aplica sobre às técnicas cutâneas e tendinosas.

Nota: Após vários meses praticando a técnica Moneyron, percebi que os resultados eram melhores no segmento crânio-cervical. Eu tenho procurado o motivo dessa diferença. Um dia, percebi que, mecanicamente, no nível crânio-cervical, usava minhas duas mãos, simplesmente para evitar um movimento da cabeça. Eu trabalho o mais frequentemente, paciente e eu, em posição sentada e minha segunda mão não era necessária no nível dorso-lombar.

Existe, portanto, uma mão efetiva e uma mão receptora. Cada um tem uma diferença de polaridade entre suas mãos. Alguns menos que outros. É por isso que o trabalho no Reiki puro é bastante aleatório. Por outro lado, a animação de uma das duas mãos aumenta esse efeito (Sutherland).

O efeito da polaridade leva tempo para se manifestar. Mas existe também durante um trabalho de curto prazo. É necessário aqui que uma das mãos seja animada por um movimento do tipo rotativo (Niromathé).

C) TERCEIRA NOÇÃO: O mapeamento de pontos.

Praticando intensamente a técnica Moneyron, muitas vezes tive resultados desconcertantes:

Duas periartrites escapuloumerais ou, por exemplo, duas lombo-ciatalgias, vistas sucessivamente (na mesma meia hora), tratadas da mesma maneira, com o mesmo procedimento, resultaram em resultados opostos: No primeiro caso, estava curado, no segundo a sintomatologia permaneceu igual.

O que eu fiz? Ou o que não tinha feito?

Após um longo trabalho de pesquisa, após centenas de experimentos, percebi (além da noção de polaridade) que os pontos contatados e o trabalho dos meus dedos não eram exatamente os mesmos.

As dores são de fato diferentes de acordo com suas modalidades.

Falamos, por exemplo, da característica diurna ou noturna da dor.

Existem dois grupos de pacientes (+ 2, ou seja, 4 grupos):

1º grupo: Pacientes com dores de tipo DIURNA.

Esses pacientes acordam em boa condição física, sem dores. Essas aparecem e pioram gradualmente ao longo das horas para atingir seu pico no final do dia. Ao fim de dia, esses pacientes têm apenas uma pressa: deitar na cama. O deitar e o descanso rapidamente provocam sedação total. Eles passam uma noite confortável.

De fato, os tecidos envolvidos (músculos, tendões, fâscias) são aqui tecidos posteriores: são os tecidos da posição em pé; tecidos eretores. Esses tecidos, quando são o motivo da L. O., estão espasmados. Eles são alongados em pé. Portanto, são alongados progressivamente durante o dia, atingindo seu máximo no final do dia.

Esse alongamento aumenta a sintomatologia dolorosa. O repouso, o encurtamento desses tecidos (deitado) gera a cedação.

2º grupo: Pacientes com dores de tipo NOTURNA, em particular durante a segunda parte da noite.

O dia é calmo, até completamente sereno. Os pacientes têm pouca ou nenhuma dor. Eles não têm limitação de sua atividade física. À noite, eles começam a dormir e, gradualmente, as dores aparecem, acordando-as por volta das 4 ou 5 da manhã. Elas então se tornam insuportáveis. Não há posição analgésica. De fato, existe : uma e apenas uma posição analgésica: a posição em pé. Os pacientes se levantam e andam. A dor diminui e depois desaparece em 5' ou 15', para reaparecer imediatamente assim que voltam à cama.

São, nesse caso, os tecidos anteriores envolvidos. Esses tecidos, espasmados devido a L.O., se alongam na posição deitada. Esse alongamento atinge o máximo na segunda parte da noite, despertando o paciente. A posição ereta encurta esses tecidos e imediatamente provoca a sedação.

Informo que isso não tem nada a ver com uma dor inflamatória (muito mais rara). Essa é diurna e noturna. Às vezes há um recrudescimento noturno. No entanto, essa não para em posição em pé.

As dores deste segundo grupo são obviamente mais difícil de aguentar do que as do primeiro grupo.

3º grupo: Dores tanto diurnas quanto noturnas

Elas são relacionadas simultaneamente aos tecidos anterior e posterior.

Eles são muito difíceis de suportar, porque os pacientes não têm uma situação posicional analgésica.

4º grupo: Dores mais difíceis de rotular

Por exemplo, temos uma mistura setorizada dos 2 grupos. Uma dor lombar agravada ao dia e uma dor no ombro agravada a noite podem coexistir: bloqueios não simultâneos que acontecer em diferentes períodos.

Ou quando a dor evolui em suas modalidades. Uma dor no início da noite pode se tornar diurna poucas semanas depois.

Isso corresponde a 2 tipos de bloqueios:

1- Os que acontecem na Inspiração = Abertura

- piora com imobilidade, o descanso
- **Melhora com movimento**

2- Os que acontece na Expiração = Fechamento

- **piora com o movimento**
- **Melhora com imobilidade, o descanso**

Exemplo: cefaléias

Podemos assimilar essas cefaléias de tensão que aparecem e pioram com esforço e estresse, como cefaléias em fechamento, e as cefaléias de relaxamento, que aparecem ao repouso, ao final do dia, a noite ou no final de semana como cefaléias de abertura.

Agora consideramos os bloqueios em Flexão e Extensão:

Alguns exemplos:

- Na periartrite do ombro, o paciente não pode levantar o braço: ele não pode colocar ele em flexão. Porém, o braço pendurado ao longo do corpo (= extensão) é uma posição analgésica.

- Inversamente, muitas neuralgias cervico-braquiais são aliviados quando o braço está em uma posição de flexão, colocada acima da cabeça. As dores aumentam ao contrário, quando o braço está pendente, estendido ao longo do corpo (Extensão)

- Diversas ciáticas melhoram quando a sacroilíaca e o quadril estão em flexão e, ao contrário, agravadas pela extensão.

- Outras ciáticas são agravadas pela flexão sacroilíaca. Este é o teste clássico de Lasegue: a tração no osso íliaco pelos isquiotibiais posiciona-lhe em situação de flexão relativa ao sacro. Por outro lado, a configuração em Extensão sacroilíaca alivia o paciente.

- Alguns pacientes ficam agravados sentados em seus sofás, portanto em flexão lombar, mas melhoraram a extensão dorso-lombar, ou seja, sentados em uma cadeira ou em pé ou deitados.

- Vertigens são quase sempre associadas a uma primeira vértebra bloqueada na extensão; levantar a cabeça (= colocar em Extensão) desencadeia a vertigem. A flexão da cabeça faz com que desapareçam.

- Etc. ...

A articulação ficará siderada e bloqueada na posição de flexão ou de extensão em função de sua localização durante o movimento errado.

Da mesma forma, ela ficará siderada e bloqueada na posição de Abertura (= rotação externa - abdução) ou de fechamento (rotação interna - adução) em função da situação em estado de inspiração ou de expiração do paciente.

Um reconhecimento muito rápido do tipo de bloqueio permitirá, com o método Niromathé, adaptar um gesto específico e uma cartografia específica dos E.T.M.

- O mapeamento corresponde à situação em flexão ou extensão da L.O.

- O gesto depende da característica em Abertura (Inspiração) ou em fechamento (Expiração) da L.O.

D) TERCEIRA NOÇÃO: O gesto.

- Uma regra fundamental: a aplicação das mãos deve ser muito superficial para uma ação máxima. Isso também explica que a massagem é totalmente ineficaz na liberação de lesões osteopáticas. Eles são longos demais e profundos demais.

- O efeito aumenta se uma mão é animada por um movimento ondulatório específico (Sutherland)
- É grandemente ampliada se a mão efetiva é animada por um movimento ondulatório, mas rotativo.
- Aumenta ainda mais se o ponto de impacto da mão efetiva estiver muito localizado (um dedo, uma articulação interfalângica distal) no E.T.M.
- O gesto deve ser muito preciso quanto a sua localização, grau de pressão, direção e ritmo.
- Deve se referir à metodologia.

Veja agora a importância do caráter rotativo do movimento de estimulação.

Nas técnicas cutâneas (segmentoterapia: movimentos de rotação), periosteas, subcutâneas (Knap, Chapman, Goodheart, Moneyron ...) um movimento rotativo ou espiral é sempre aplicado e considerado essencial.

Também na acupuntura, o movimento rotativo das agulhas é fundamental: Tonificamos com a agulha de ouro girando no sentido horário e dispersamos com a agulha de prata girando no sentido anti-horário. Não é impossível que as agulhas sejam acionadas simultaneamente, uma com a mão esquerda, a outra com a mão direita, e que o metal permita manter essa diferença de polaridade.

O método Niromathé usa um movimento rotativo. O efeito obtido dessa forma é muito poderoso porque a L.O. desaparece imediatamente.

O método Niromathe combina:

- **Uma identificação de E.T.M. (mapeamento preciso).**
- **Um gesto apropriado**
- **A noção de polaridade .**
- **O princípio da globalidade.**

Em um objetivo claro: o descolamento cutâneo no nível dos E.T.M.

Resultados:

É um método:

- **Eficiente: a taxa de cura é de 80%**
- Em uma sessão nos casos agudos e recentes.

- Em uma a três sessões em casos crônicos.

Na verdade, costumo dizer que, quando uma articulação adota uma dobra ruim por meses ou anos, ela tende a recomeçar. Duas ou três sessões são geralmente necessárias.

Isso significa que existem 20% de fracassos (relativos) que precisarão de mais de três sessões.

Esses fracassos concernam essencialmente dois grupos de pessoas: os “museus da medicina” e os “vegetais”. Essas palavras não são pejorativas e não refletem uma fuga da minha parte sobre o que não posso controlar, mas simplesmente refletem de maneira visual os casos que os médicos reconhecerão facilmente.

- Museus de medicina: São pacientes que tiveram muitas cirurgias. Aprovo as intervenções cirurgias necessárias, é claro, mas aquelas feitas por principio , certamente não.

- Vegetais: são pacientes polimedicados, incluindo remédios neuro-psiquiátricos. Ontem, um paciente de 53 anos, sem doença grave, chegou com uma lista de 17 tipos de remédios que ele engole regularmente por vários anos. Como podemos alcançar situações tão extremas?

Esses pacientes hiporreativos são realmente difíceis para nós.

- **Objetivo:** Não conta com a interferência do paciente.

- **Rápido:** 10 minutos por sessão

- **Sem dor**

- **Não é muito cansativo:** o paciente fica sentado ou em pé

- **Com indicação ampla:** para todas as lesões osteopáticas

- **Inofensivo:** sem contra-indicação

- **De resultado imediato**

Epílogo

Menciono neste livro uma infinidade de nomes.

A maioria são americanos!

Mesmo em uma área desprovida de tecnologia, a verdade se refere mais uma vez aos Estados Unidos!

É aberrante!

A osteopatia vem dos tempos antigos. Oriente, Oriente Médio e Europa são abundantes na quantia de osteopatas.

Por que esse complexo com o nosso continente?

A literatura antiga nos ajuda a encontrar receitas muito interessantes com plantas medicinais. O comércio de especiarias já floresceu. Magellan fez o tour do mundo por Deus e as especiarias. As especiarias no mesmo nível que Deus! Essas especiarias foram usadas para curar. Foram remédios.

Essas especiarias foram divididos em 4, 5 ou 6 grupos, de acordo com as civilizações. Elas eram usadas para aquecer, esfriar, secar, umedecer, tonificar, desespasmar. Modalidades e associações muito sutís permitindo potencializar seus efeitos. Elas foram utilizadas na forma de óleos essenciais ou melito (mel misturado com plantas em pó). Isso permitia a conservação.

Essas plantas, receitas e teorias estão agora totalmente abandonadas.

Por que esse complexo com o nosso passado?

O homem deve ter 3000 anos de experiência, mas torna-se criança a cada geração.

Textos antigos, principalmente gregos, nos ajudam a encontrar nomes de médicos que usavam osteopatia. Eles não são chamados de massagistas, tampouco manipuladores, mas simplesmente de "tocadores". É bem uma questão de tocar. Isso é ligado novamente às noções de ponto reflexo e polaridade.

Dentre eles, eu escolhi o nome NIROMATHÉ.

Desde então, nada foi inventado nesse campo. Eles deveriam trabalhar como nós, da mesma maneira, tão bons quanto nós.

Através desse nome, eu dedico este livro a eles.

SUMÁRIO

- APRESENTAÇÃO	03
- CONSIDERAÇÕES GERAIS	08
- INDICAÇÕES DA OSTEOPATIA	13
A que se destina a osteopatia?	13
Por que uma lesão osteopática pode desaparecer?	15
A que não se destina a osteopatia?	16
Qual deve ser a conduta a ser tomada?	17
Alguns exemplos (artrose, sinusites, hérnia de disco...)	18
- FISIOPATOLOGIA DA LESÃO OSTEOPÁTICA	21
Respiração articular	22
O conceito de globalidade	27
A origem do espasmo	31
Origem da persistência	33
Resumo	38
- O OSTEOPATA OU OS OSTEOPATAS?	41
- REPERTÓRIO DAS DIFERENTES TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS	44
As técnicas ósseas	46
Técnicas musculares	53
Mitchell	53
Jones	55
WIESELFISH – GIAMMATTEO	56
Técnicas ligamentares	59
Técnicas fasciais	60
Sutherland	60
Randolph Stone, Reiki	63
Técnicas cutâneas	64
Dicke	64
Knap	65

Periosteos	66
Chapman	66
Neuro-musculares:Lieff, Travell, Mackenzie	67
Cinesiologia	69
Técnicas tendinosas	71
Moneyron, Renard, Lamoril	71
- O MÉTODO NIROMATHÉ	73
- EPÍLOGO	82