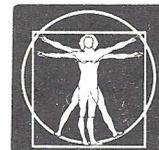


Método Mézières. El Tratamiento



H. Le Derff

Trad. por A. Loroño (Méd. naturista)

Hay que destacar la originalidad de este método que ha revolucionado el campo de la reeducación corporal por medio del reencuentro de la armonía morfológica de cada cuerpo y cada individuo. La observación princeps a partir de la cual surgiría toda la construcción teórica y práctica que se denomina método Mézières, se remonta a un lejano día de 1947. Puesto que el objetivo de este trabajo se centra en el tratamiento, no vamos a extendernos en cuanto a su origen y difusión, ya que están recogidos ampliamente en el artículo que se publicó en el n.º 36 de la revista Integral. Sin embargo, repasaremos algunos de los principios en los que se basa el método:

— *La causa única de todas las deformaciones corporales es el acortamiento de la musculatura posterior.*

— *La lordosis está en el origen de todas las deformaciones.*

— *Solo hay lordosis, y esta es la responsable de la cifosis y la escoliosis.*

— *La lordosis va siempre acompañada de una rotación interna de los miembros.*

— *No hay actitud o movimiento que no conlleve por compensación un acortamiento de la musculatura posterior.*

— *La lordosis coexiste siempre con el bloqueo del diafragma.*

— *Los músculos abdominales son los tensores de la pared anterior del tórax y del abdomen.*

— *El bloqueo respiratorio en el momento de los ejercicios correctivos es un factor de fijación de la lordosis.*

— *La función de los miembros inferiores debe ser considerada bajo otro ángulo distinto al de soporte del tronco.*

En cuanto a sus indicaciones diremos que es a menudo mejor tolerado en sujetos de mayor edad que tienen una maleabilidad mayor del sistema muscular. Es un método global que pretende restituir la belleza corporal y que no propone esquemas estandarizados de tratamiento, ya que se dirige al individuo y no a la enfermedad, y reúne además los principios de la homeopatía. Es aplicable en todos los dominios de la kinesiterapia clásicos:

— *En el campo deportivo, para una mejor comprensión y utilización del potencial muscular.*

— *En el campo traumatológico, para evitar las compensaciones reflejas debidas al dolor.*

— *En el campo reumático, para disminuir las presiones intraarticulares por medio de una mejor relajación muscular.*

Igualmente es un buen método preventivo que permite actuar contra las tensiones musculares y psíquicas.

La práctica del método presupone un gran conocimiento de la biomecánica, fisiología, anatomía y teoría

de F. Mézières; así como un gran conocimiento y comprensión del enfermo, y sobre todo una participación del paciente tanto física como psíquica, aunque algunos pacientes rechacen de forma espontánea los dolores y tensiones que el tratamiento les provoca, y sobre todo al término de algunas sesiones, la revolución que se opera en ellos.

A. INTRODUCCIÓN

El tratamiento de cualquier dismorfismo por el método Mézières, requiere de un examen global del enfermo con referencia al tipo normal (con exclusión de diferentes morfotipos clásicos de los cuales cada individuo debe llegar a la armonía de las proporciones, que es la belleza).

1. La forma sana

Es decir, la belleza corporal en el sentido estético del término. Sin entrar en el detalle de los cánones de la estética humana, ampliamente estudiada por las artes plásticas clásicas, enunciaremos algunas referencias fundamentales:

— En el examen de la cara, clavículas, hombros, pezones, espacios intercostales, éstos deben estar simétricos y al mismo nivel. El fascículo inferior de trapecio debe estar visible hasta la D 12.

— La nuca debe ser larga y consistente.

— Los contornos laterales del tórax deben ser rectilíneos y simétricamente divergentes desde las crestas ilíacas al pliegue de la axila.

— Los pies deben tocarse desde el talón al pulgar, al igual que la parte alta de los muslos, las rodillas, las pantorrillas y los maleolos internos (que deben estar más altos que los externos).

— El eje de las piernas debe pasar por el centro de las rodillas, el espacio intermaleolar y por el segundo dedo del pie.

— El pie debe ensancharse desde el talón hasta el borde de los dedos y éstos deben diverger y apoyar en el suelo. Los bordes laterales del pie deben estar rectilíneos y divergentes y el arco plantar debe estar visible.

— En flexión anterior y con la cabeza suspendida, la espina dorsal debe estar en convexidad total y regular y el eje vertical que debe pasar por las rodillas también debe atravesar las cabezas astragalinas.

— De perfil, la punta del pezón debe ser el punto más avanzado, el tórax y el abdomen deben estar rectilíneos hasta el pubis. El contorno de la espalda debe ser visible, el eje del brazo debe estar en la unión del tercio posterior y a dos tercios anteriores del tórax.

Así pues, de una manera general, se reconocerá como patológica toda disimetría ósea o muscular, toda actitud inestética, y se buscará por el tratamiento la corrección máxima del dismorfismo. Es fundamental que el examen analice en todos los casos el conjunto del cuerpo, y que el tratamiento esté centrado sobre el segmento corporal dismórfico aunque el dolor se localice en otro lugar, ya que la causa de una algia estará en general lejos del lugar donde ella se manifiesta.

2. Examen clínico sistemático

Básicamente será en comparación a la forma sana; por consiguiente global y analítico, buscando la causa dinámica del dismorfismo segmentario observado.

Se realizará en posición de pie, en flexión anterior del tronco y finalmente en decúbito dorsal primero con las piernas estiradas y después con las piernas en posición vertical. Cada posición debe observarse de frente y de perfil.

— *Posición de pie.* Esta será anatómica: pies juntos y palmas hacia delante, pero sin contracciones, evitando el paciente al máximo las correcciones conscientes de actitud.

Se estudiará de frente el aspecto general del enfermo, los ejes de las diferentes partes del cuerpo, la estática, la altura de los diferentes relieves óseos; dedos del pie, pie, rodillas, caderas, tórax, clavículas, hombros, cabeza; el paralelismo de la cintura, el aspecto del esternón y costillas, los diferentes relieves musculares y sus asimetrías. Se observará particularmente la rotación interna de los miembros, la aparente desigualdad en su longitud y los dismorfismos del pie.

En la espalda se buscarán los ejes vertebrales y sus desviaciones laterales que confirmarán el examen hecho de frente; el relieve de los omoplatos y los glúteos.

Y finalmente de perfil: se apreciarán las curvaturas antero-posteriores del raquis y de la cavidad poplítea.

— *Flexión anterior.* En esta postura, con los dorsos de las manos planos sobre el suelo, con la cabeza caída y suelta, se observará en primer lugar el desarrollo de la columna y las gibosidades eventuales, una vez efectuada la flexión. Se medirá la distancia dedos-suelo y se observará particularmente la curvatura y la flexión de rodillas, así como la tensión de los isquio-femorales.

— *Decúbito dorsal.* Estando el paciente tumbado sobre un plano duro, permitiendo así una referencia a un plano en el sentido geométrico, se estudiará de cara, la posición de la cabeza, el tórax y la respiración; los hombros y las alturas respectivas de las clavículas, la rotación de las piernas y las diferentes alturas de las espinas ilíacas con respecto al suelo y los maleolos.

De perfil apreciaremos las diferentes curvaturas del raquis y los puntos de contacto con el suelo.

Por último elevaremos las piernas, una después de la otra; más tarde las dos juntas, pasivamente, observando la amplitud de los movimientos articulares así como las tensiones musculares y las modificaciones de las curvaturas vertebrales. Hay que insistir en la búsqueda de com-

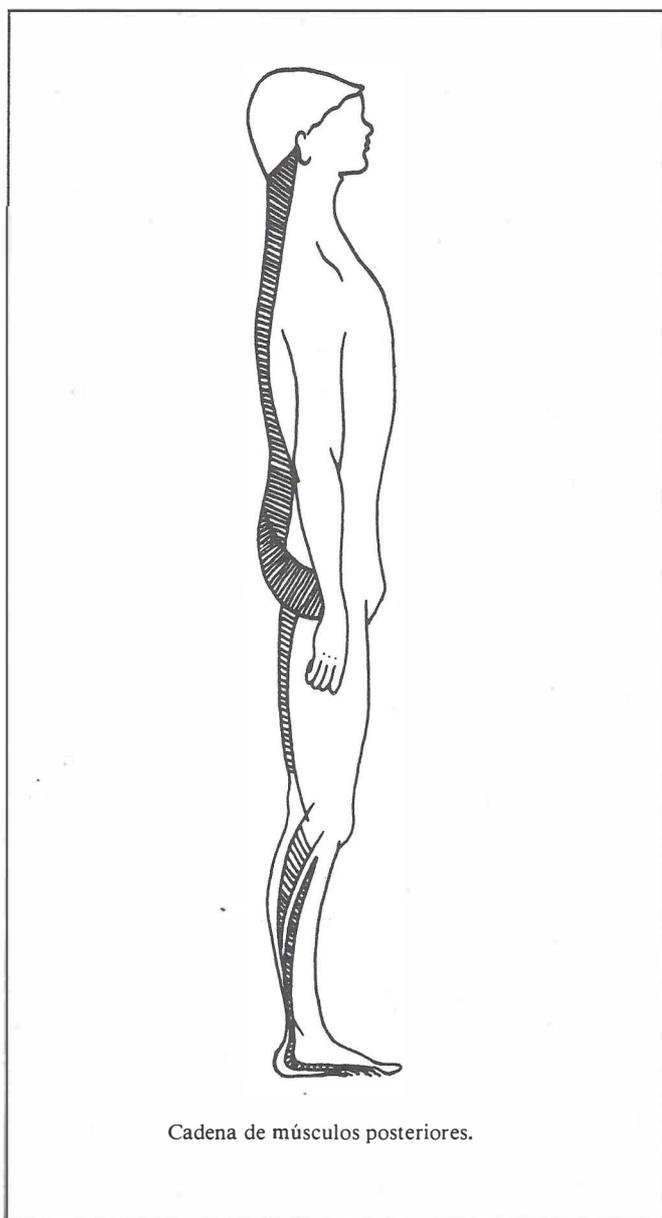
pensaciones que aparecen en este movimiento y que son uno de los fundamentos de la teoría de F. Mézières.

B. TERAPÉUTICA

Hemos elegido para mayor comprensión de la terapéutica un plan arbitrario de exposición. Comenzaremos por el raquis cervical y terminaremos por la curvatura plantar. Puede parecer paradójico estudiar esta terapéutica segmento a segmento, ya que la principal originalidad reside en el hacer analizar el conjunto de la dinámica corporal.

1. Las compensaciones

Estudiaremos primero esta noción esencial para la comprensión del método, noción que explica muy bien las dificultades encontradas para obtener una visión sintética.



“La pérdida de extensibilidad normal de los músculos posteriores nos aparece a la hora del examen cuando constatamos las modificaciones de la actitud inicial (estrictamente correcta y en tensión) que desencadena un movimiento normal, de amplitud completa y localizada. Impedir estas compensaciones limita el movimiento o hace aparecer otros cambios de actitud”, escribe F. Mézières.

En efecto, ningún movimiento puede estar limitado a un segmento del cuerpo. Las modificaciones de actitud del conjunto del cuerpo están integradas necesariamente por el juego de la cadena posterior, formado por la mayoría de los músculos poliarticulares.

Por ejemplo, la *rigidez del gran dorsal*, en el momento de la elevación de los omoplatos, provocará una limitación de movimiento, pero también un aumento de la lordosis lumbo-dorsal y en el decúbito dorsal la caída de éstos (los omoplatos): el trapecio por sus inserciones sobre las seis últimas vértebras dorsales estará afectado, así como los espinales. Y resultará una postero-flexión de la cabeza, una hiperlordosis cervical extendiéndose a las primeras vértebras dorsales. La abducción braquial unilateral provocará un aumento de la convexidad del hemitórax del lado homo-lateral y una elevación de la cadera, en consecuencia un acortamiento aparente de la pierna.

A modo de conclusión diremos que **ningún movimiento puede ser estrictamente localizado y que las interacciones serán más fuertes allí donde haya más rigidez.**

Igualmente es importante conocer la función de los músculos. Así los espino-costales tienen una triple función: siendo posteriores realizan la postero-flexión, fuera de la apófisis espinosas son latero-flexores y estando oblicuos son rotadores.

Estando en postero-flexión, esta misma impide la latero-flexión después de la rotación, favoreciendo la contractura muscular, de ahí la explicación de las fases de agravación de las escoliosis. En efecto, estando relativamente flexibles los músculos, la antero-flexión del tronco corrige la escoliosis pero entonces los músculos de las piernas compensan, ya sean doblando las rodillas, elevando los talones o por rotación interna de las rodillas recurvadas; estando demasiado rígidos estos músculos aparece la gibosidad en antero-flexión, donde una hiperlordosis es compensada por la exageración de los latero-flexores y de las rotaciones.

Las compensaciones a nivel de los miembros inferiores son debidas a las dos funciones principales de los isquio-femorales en particular: estando posteriores son postero-flexores del muslo y de la pierna y estando oblicuos son rotadores en la parte interna por los semi-tendinosos y semi-membranosos, y en la cara externa, por el bíceps crural.

La retro-flexión de la pierna tiene prioridad sobre las rotaciones. La rotación interna tiene prioridad sobre la externa. Una compensación francamente observada es el doblamiento de la rodilla o del codo que no puede estar referida a la laxitud de los ligamentos pero sí a un exceso de rigidez de la musculatura posterior, puesto que la re-

curvatura permite un acortamiento del mismo grado que la flexión.

La observación de las compensaciones es la base de este método; de ellas solamente podemos deducir la forma de trabajo, y ellas nos enseñan que no hay más que rigideces musculares y que éstas son simplemente la carga de los músculos posteriores.

2. Raquis cervical

a. Fisiología

Sin entrar en detalle de una mecánica muy compleja expondremos brevemente la fisiología de esta región.

La *actitud de la cabeza* está determinada por la tensión de los músculos que la sujetan al tórax, a los hombros y a la espalda. Los músculos más profundos (recto menor, oblicuo mayor y menor de la cabeza) son monoarticulares y sujetan dos huesos consecutivos. Los músculos superficiales se insertan en parte de éstos y de otros músculos y los recubren (esplenio, complejo mayor y menor, angular, trapecio, escaleno, esternocleidomastoideo). Todos salvo los escalenos se insertan sobre el cráneo. Se fijan: los esplenios sobre las tres primeras cervicales; los complejos sobre la séptima cervical y sobre los cinco primeros dorsales; el trapecio sobre todas las cervicales y las dorsales, el omoplato y la clavícula; el angular va de las cuatro primeras cervicales al omoplato; los escalenos de las seis últimas cervicales a la primera y segunda costilla.

Esto deja en evidencia la acción de los músculos cervicales sobre la cabeza, los hombros, la espalda y el raquis.

De esta forma, esta trama va de la cabeza a los pies y todo movimiento local tiene una incidencia sobre el conjunto del cuerpo. Entonces, la flexión lateral de la cabeza hace curvar la columna vertebral y todo el raquis, provocando la elevación de la cadera del lado homolateral. El tórax se vuelve cóncavo de este mismo lado y convexo del lado contrario. La rotación de la cabeza trae consigo una rotación del tórax en sentido contrario.

La *actitud de los hombros y de los brazos* modifica igualmente la estática de la cabeza y la morfología del tronco.

En efecto, por debajo de 60° la elevación de los brazos aumenta la concavidad de la nuca por la contracción de los trapecios y de los angulares, mientras que la columna dorsal se lordosa y proyecta el tórax hacia adelante. Más allá de 90° la abducción de los brazos moviliza el omoplato y por medio del gran dorsal provoca una lordosis, tanto más acentuada cuanto más rígido está el sujeto, y provoca en el extremo una elevación de la cadera homolateral. Sin extendernos en los ejemplos diremos que toda patología del raquis cervical muestra una imagen del conjunto del paciente.

b. Método de tratamiento

Después de examinar en principio de pie al enfermo, éste es colocado en decúbito dorsal con los brazos en abducción. El terapeuta se coloca a la cabeza de éste y mira la posición de la cabeza con respecto al cuello y los hombros. Apreciará por palpación el estado de los músculos y de la columna cervical. Tomaremos como

ejemplo una *escoliosis cervical baja con desviación derecha*. Hará falta como para toda escoliosis.

— estirar la musculatura cervico-dorsal que forma la concavidad, impidiendo en un primer momento acentuar la rotación por los estiramientos musculares; haciendo descender los hombros en la espiración; y pidiendo al sujeto que flexione lateralmente hacia la derecha la cabeza para estirar de este modo la musculatura del lado izquierdo. En esta posición se efectúan masajes y pinzamientos de los puntos más dolorosos.

“Hay que buscar el lugar más anudado, más duro, e internarse en él.”

Es muy importante trabajar manteniendo la barbilla metida para evitar la lordosis cervical. Después de constatar la relajación de los músculos de la concavidad, volveremos el raquis cervical a su posición estirándolo en todo momento.

— En un primer tiempo haremos volver la cabeza hacia la izquierda, cosa que agravará la escoliosis, pero la reduciremos haciendo pasar el brazo izquierdo hacia la derecha y empujando hacia abajo para arrastrar el omoplato y la columna por la acción del romboidees y del angular. Es importante hacer respirar al sujeto bajando el tórax a fin de que el raquis esté bien apoyado en el suelo.

— En una segunda fase haremos girar la cabeza hacia la derecha, posición que será más difícil, ya que es la postura correctora y el sujeto deberá respirar para bajar el tórax y estirar los músculos cervico-dorsales. Efectuaremos una tracción cervical progresiva manualmente (Fig. 1).

Hay que destacar tres puntos importantes.

1. Se trabajará siempre con la nuca en estiramiento máximo (barbilla metida hacia dentro).

2. Se terminará siempre por el ejercicio que corrija la deformación.

3. Se vigilarán constantemente los contornos del tórax y de la cintura pelviana para impedir las compensaciones.

3. Raquis dorso lumbar

a. Principios

1. Las desviaciones antero-posteriores

— *La cifosis*. Hace falta ablandar los fascículos superiores de los trapecios y los rotadores internos de los brazos; estirar los espinales sobre toda su extensión y hacerlo paralelamente al eje raquídeo.

— *Lordosis lumbar*. Diagnosticada en el examen en posición de pie, la lordosis lumbar hace sitio a una cifosis dorsal extendida en el sujeto sentado con las piernas estiradas, que se convierte de nuevo en lordosis en la región cervico-dorsal. Ésta es corregida por una tracción vertical sobre la cabeza rechazando el mentón hacia el cuello. Las mismas posturas son aplicables en los dos casos y habrá que actuar simultáneamente sobre la cintura escapular y las extremidades del raquis.

“La lordosis se desplaza como un anillo sobre una vara.”

— *El exceso de curvatura*. En posición sentada y con las manos sobre los hombros, en lugar de exagerar las curva-

turas dorsales y lumbares diagnosticadas, se produce la inversión. Es aplicable entonces el mismo tratamiento. Según F. Mézières el término “cifosis” debería ser empleado en los contados casos donde la rigidez de los músculos de la cintura escapular es tal que impide la rectificación dorsal.

— *Lordosis total*. Hace falta también practicar durante los ejercicios inspiraciones costales superiores.

— *Inversión de las curvaturas*. Se justifica el mismo tratamiento. Estas conclusiones, por lo menos sorprendentes en kinesiterapia clásica, son desarrolladas en “Revolución en gimnasia ortopédica” y el autor concluye de esta forma sobre las desviaciones antero-posteriores: “De estas observaciones resulta el rechazo de la cifosis y del nivel o de la evidencia de la lordosis; el estiramiento simultáneo de los fascículos superiores de los trapecios y de los espinales sobre toda su extensión corrigen las diferentes desviaciones en el sentido antero-posterior. Todos los casos de desviación en este sentido comportan un acortamiento de los espinales y su estiramiento constituye el tratamiento”. El examen en posición de pie del paciente con intención de determinar la desviación de cada segmento con vistas al tratamiento no tiene interés alguno, sin contar que ello conduce a un diagnóstico erróneo. Este examen no tiene utilidad (de igual forma que las medidas que podamos tomar) más que para verificar los progresos durante el curso del tratamiento. Pero hay que añadir el caso donde la desviación no es aparente en sus movimientos libres, como vestirse y desvestirse y son entonces los ejercicios estáticos y las posturas Mézières (decúbito, piernas en 90°, alineamiento occipucio escapulo sacro) el único medio de apreciar la rigidez de los músculos de los canales (musculatura profunda de la espalda) y de la cintura escapular.

2. Las desviaciones laterales. Las escoliosis

Después de un ejercicio asimétrico la desviación lateral se corrige aprovechando una lordosis. Esto se explica por la tracción lateral que se produce sobre los músculos de los canales en el ejercicio asimétrico; por su rigidez pierden lateralmente su longitud que recuperan en el sentido antero-posterior. Entonces hay que practicar un estiramiento simétrico de los espinales sobre toda su extensión corrigiendo las cinturas escapular y pelviana y haciendo respirar al sujeto para ayudarse de las presiones intratorácicas que inducen a la corrección del tórax.

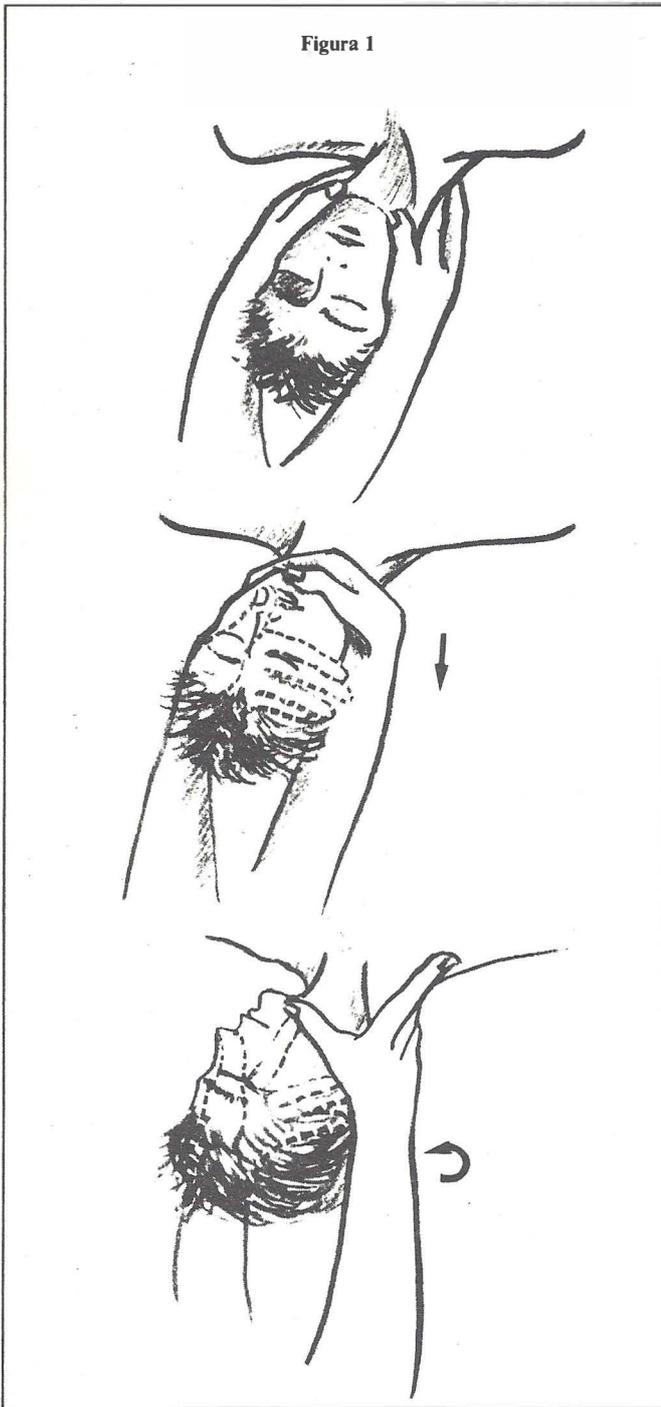
b. Aplicaciones

1. Desviaciones antero-posteriores.

Estando el paciente en decúbito dorsal, los miembros inferiores son elevados lentamente a partir de una posición bien alineada, nuca estirada, barbilla metida, tórax con respiración libre y desbloqueada, hombros descendidos evitando la hiperextensión de los codos, las caderas en rotación externa, los arcos plantares elevados, los dedos del pie estirados y separados, tocándose los pies al igual que las rodillas que están en ligera rotación externa y ligera flexión.

Hemos llegado a una posición en decúbito dorsal con

Figura 1



las caderas flexionadas a 90°. El estiramiento de los músculos es facilitado ahora por los movimientos de: flexión dorsal y plantar, extensión de los pies y abducción aducción para estirar los músculos largos interno o externo. Después de los movimientos de flexión o extensión plantar los dedos de los pies son estirados y separados. Durante la abducción aducción los talones son estirados hacia lo alto. Hay que desconfiar siempre de alguna eventual lordosis inter-escapular que pudiera pasar desapercibida. En este caso haremos cruzar los brazos sobre el pecho para evitar de este modo tomar apoyo sobre los hombros, o haremos coger los omóplatos pasando los

brazos por delante del pecho y apoyando los codos sobre el esternón.

2. Desviaciones laterales.

Las escoliosis son el asiento de predilección de las contracturas importantes de los músculos del plano posterior de la espalda. Los más afectados son el fascículo horizontal del gran dorsal del lado de la convexidad dorsal, el fascículo ilíaco del gran dorsal del lado de la convexidad lumbar y el gran adductor sobre todo del lado de la convexidad lumbar y de la latero-versión de la cintura pelviana.

La gran dificultad del tratamiento de las escoliosis procede del hecho de que hace falta obrar al mismo tiempo sobre la lordosis, la rotación vertebral y la latero-flexión. Si uno de estos tres componentes es olvidado en un ejercicio incorrecto, ello no hará más que agravar dicha escoliosis por compensación. Ejemplo. *Escoliosis dorsal derecha y lumbar izquierda:*

En posición tumbada se practica un estiramiento de los músculos posteriores, sea por medio de los miembros inferiores que tendremos probablemente elevados a 90°, sea por estiramiento de la nuca o por combinación de los dos métodos.

Se efectúa paralelamente la desrotación y la latero-flexión utilizando el miembro superior, según el caso, de forma que obtengamos una cintura pelviana paralela a la cintura escapular y un tórax simétrico. A partir de esta posición corregida nos servimos de la espiración para aumentar la presión intratorácica y actuar sobre los músculos paravertebrales (inter-transversales, espinosos, inter-espinosos) por estiramiento.

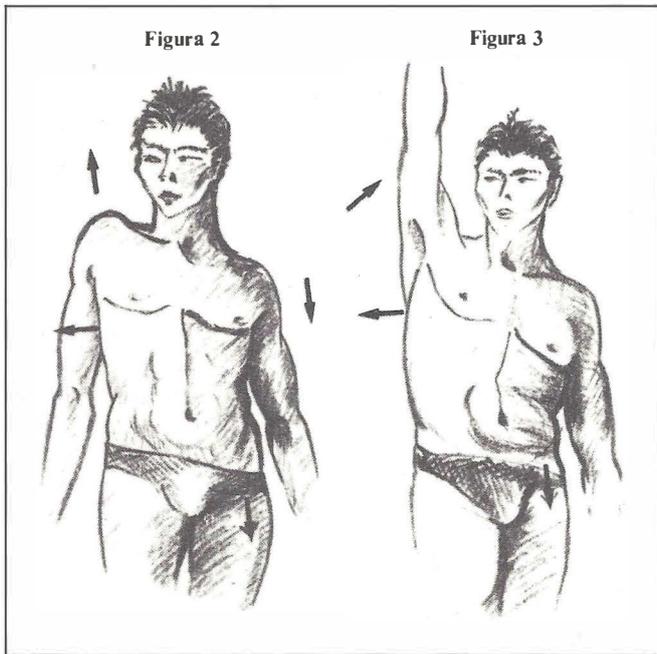
En posición sentada, con las piernas estiradas, talón, dedos de los pies y rodillas tocándose y en rotación externa. Podemos eventualmente flexionar una pierna o las dos de forma que pongamos en línea la cintura pelviana. A partir de esta posición corregida se le pide al paciente estirarse hacia arriba y adelante buscando el alineamiento occipucio-escapulo-sacro. Se rectifica la gibosidad por la acción de un miembro superior llevado hacia delante o cruzando el tórax y viniendo a buscar el hombro opuesto correspondiente a la gibosidad.

4. Tórax: miembro superior y omóplato

a. Principios

— *Tórax:* La forma torácica está en función de la del raquis y de la actitud escapular, la estática influye entonces sobre la morfología. En consecuencia, los ejercicios respiratorios sólo deben ser realizados durante las posturas permitiendo el alargamiento de los músculos espinales. Anteriormente ya hemos visto las relaciones existentes entre el raquis cervical y el tórax.

— *Omoplato y miembro superior.* Ya hemos visto también las relaciones del omoplato y miembro superior con el raquis cervical. Para F. Mézières hace falta buscar en la rigidez de los músculos posteriores el origen de muchas artritis y artrosis escapulo-humerales por anquilosis y compresiones articulares debidas a fuertes presiones musculares.



b. Aplicación

— *Tórax*. “Las deformaciones torácicas se corregirán por el trabajo de los segmentos adyacentes superiores e inferiores, y es por el trabajo de la cabeza y del cuello, músculos cervicales y de la cintura escapular como se pueden aumentar los volúmenes anterior y laterales del tórax.”

“Elevación del occipucio en el plano escapular y del sacro.” Este movimiento se efectúa acercando la barbilla al cuello, activando de esta forma los precervicales, desencadenando en consecuencia el levantamiento en masa de toda la pared anterior del tórax y eliminando la lordosis cervical.

Por compensación, la lordosis lumbar se agudiza y se extiende a la región dorsal. Esta inversión de curvatura debe ser corregida durante el ejercicio, ya que es la responsable de la proyección hacia delante de la región submamaria. Podrá ser corregida por la espiración y por la postura de las piernas en 90° que obligará a los abdominales a contraerse y a descender en su inserción superior.

— *Flexión lateral de la cabeza*. La flexión produce en el lado opuesto una expansión del contorno lateral del tórax que se coloca en postura convexa. La elevación de un hombro produce igualmente, pero en el mismo lado, una expansión del contorno lateral del tórax y un abombamiento del lado opuesto (Fig. 2 y 3).

La elevación de un brazo produce los mismos efectos (Fig. 3). La rotación lateral de la cabeza produce en el lado opuesto una elevación de la mitad anterior del tórax. El hombro del lado opuesto se desplazará en consecuencia hacia adelante, de lo que debemos vigilar e impedir.

— *Omoplato*. El paciente está en decúbito dorsal con las piernas en escuadra sostenidas por un apoyo que solamente debe dar el ángulo correcto. Conseguida la posición deberá el paciente mantener activamente la postura. El terapeuta se coloca a su lado. El brazo es tirado hacia

arriba para conseguir el movimiento del omoplato más allá de los 90°, resultando de la acción conjugada del trapecio inferior y del serrato mayor. Una salida prematura del omoplato (a menudo indicador de una rigidez importante del gran dorsal) será rechazada y haremos respirar al sujeto para evitar la lordosis (Fig. 4). Podemos remarcar que el solo hecho de haber efectuado varias respiraciones forzadas basta para volver a colocar al omoplato, lo que muestra la importancia de esta acción diafragmática.

— *Brazo*. Se pueden levantar los dos brazos para estirar bilateralmente el gran dorsal o levantar un brazo para eliminar el abombamiento del lado homolateral, un tórax cóncavo o actuar sobre una vértebra del lado contralateral. Pero la técnica más utilizada consiste en hacer cruzar los brazos cogiendo los omoplatos con las manos, con los codos apoyados sobre el pecho, permitiendo así ayudar más aún el curso de la espiración y actuando sobre la mitad superior de la lordosis dorso-lumbar (que no puede alcanzar la elevación de los miembros inferiores a 90° la cual no alcanza más que a la mitad inferior de esta lordosis). Se puede igualmente asociar técnicas de relajación por circunducción de las manos interesándonos los dermatómeros C7, C8 y D1.

— *Manos*. Este trabajo se efectúa en la misma posición que para el omoplato. Se le pide al paciente cerrar fuertemente el puño y flexionarlo, al máximo, mientras tanto mantendremos los codos estirados en eje. Las tensiones son a menudo asimétricas y la dificultad es más grande en un lado (Fig. 5). Se mantiene entonces una gran dificultad en flexionar el puño y el hombro homolateral tiende a levantarse mientras que en el lado contrario la extensión es más difícil y el codo se levanta.

Del mismo modo utilizaremos el ejercicio siguiente: los antebrazos son girados en pronación y se le pide al sujeto que efectúe una extensión máxima de las manos (Fig. 6). El terapeuta efectúa una tracción en el eje del brazo estando el codo estirado y apoyado sobre el suelo. Se le pide empujar al máximo sobre la palma de la mano y la respiración se sincroniza al ejercicio

5. Diafragma

Es muy importante considerar el diafragma no sólo como motor de la respiración sino también como músculo lordosante. Es de capital importancia efectuar las posturas sin que exista un bloqueo diafragmático. El relajar el diafragma puede obtenerse por medio de un masaje suave en la región epigástrica.

6. Miembro inferior

No insistiremos sobre el trabajo de las piernas ya que se realiza con el trabajo de la cadena posterior; cuando se levantan las piernas en posición decúbito dorsal. Por el contrario, estudiaremos el trabajo del pie a través del ejemplo del pie plano.

a. Principios

Cuando un sujeto tiene pies planos presenta siempre

otros disformismos: en general rotación interna de las rodillas y desviación de los ejes anteriores y posteriores de la pierna. La corrección de éstos conlleva a la reaparición de la bóveda plantar. Se puede fácilmente poner en evidencia el papel de los músculos posteriores en la génesis del pie plano:

— El sujeto estará de pie con las piernas y los pies juntos; se le hace inclinarse hacia delante. La tensión de los músculos posteriores (de las piernas en particular) impiden a las manos llegar al suelo. Si se acentúa la flexión observamos una rotación interna de las rodillas que aumenta el disformismo del pie. El pie plano es pues siempre un pie volcado.

b. Tratamiento

Practicaremos un alargamiento de los músculos posteriores de los miembros inferiores en rotación externa de la pierna que se practicará tratando de borrar al mismo tiempo la lordosis, ya que el pie plano puede ser considerado como una compensación (pie hueco). El tratamiento será el mismo que el de los miembros inferiores y región lumbar. Igualmente se podrán ejecutar ejercicios de tonificación de la bóveda haciendo estirar los dedos de los pies.

7. El reflejo antálgico a priori

“Al lado de los reflejos antálgicos conscientes comunes y descritos desde hace mucho tiempo (y que designamos como “a posteriori”) nos encontramos en cada instante, no sólo en sujetos reconocidos como enfermos, cantidad de automatismos antálgicos anormales que no llaman la atención de nadie y cuyo origen es absolutamente ignorado.”

Así, la actitud en rotación del muslo, flexión de la rodilla y del pie en los enfermos de coxartrosis, es una actitud de defensa contra un dolor oculto que en un comportamiento normal surgiría, en una región alejada de la zona en donde se ha reconocido la alteración. Es entonces indispensable buscar esta zona inicialmente dolorosa y tratarla.

8. Fenómenos simpáticos y parasimpáticos

A lo largo de las sesiones de tratamiento hemos visto la importancia de las reacciones individuales. Citamos algunas: transpiración abundante, rubor, hundimiento de un ojo, inflamación de una mejilla, y también sensaciones de hambre, frío, sueño, bostezos incoercibles, vértigos y encorvamientos. La lista de reacciones individuales sería muy larga de establecer pero se ha de destacar que estas reacciones son la regla durante un tratamiento.

9. Las imágenes mentales en el curso de la terapia Mézières

En efecto; se constata en los enfermos durante el tratamiento:

- aparición de sueños, tanto retroactivos de escenas de la infancia como sueños repetitivos del mismo tema;
- la toma de consciencia de la rigidez, del bloqueo: rigi-

deces musculares que llevarán igualmente a escenas de la infancia, permitiendo revivir un traumatismo físico o psíquico;

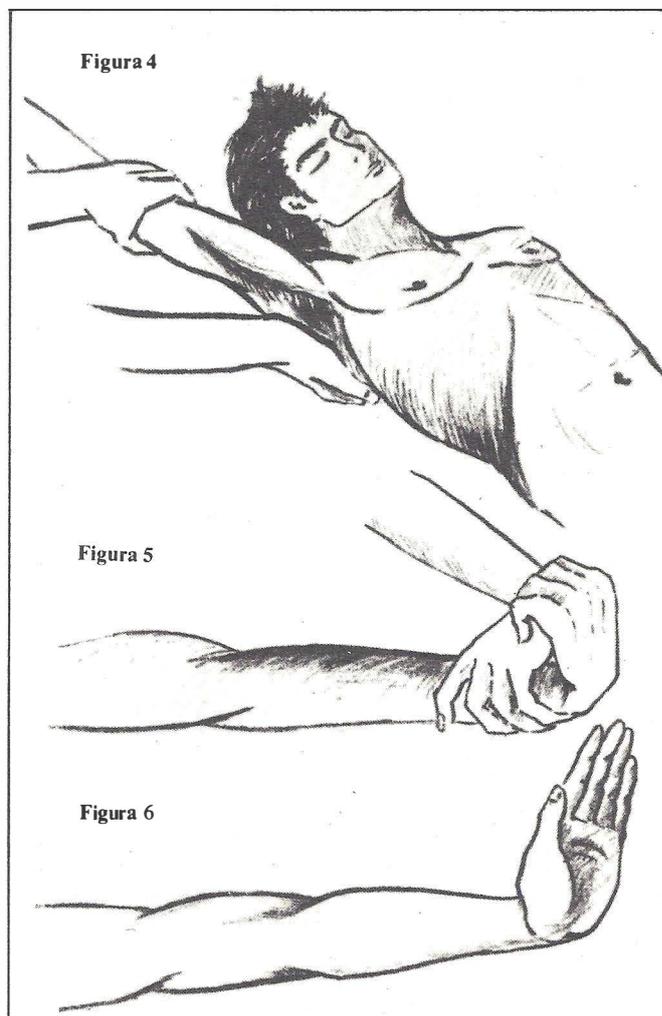
— bloqueo respiratorio tanto inspiratorio como espiratorio;

— bloqueo pelviano o lumbar;

— bloqueo de la mandíbula;

— e impresiones coenestésicas, como dolores de tipo coronario o recuperación de un campo visual.

Sin multiplicar los ejemplos donde nuestra falta de formación nos impide extraer conclusiones, es necesario constatar que existe en este campo todo un material analítico totalmente inutilizado; aunque esto no nos tiene que preocupar ya que no es el fin de este método. F. Mézières se mueve en el dominio del cuerpo y pretende la restitución de la belleza. En este terreno obtiene muy buenos resultados. Pero su método, justamente por eficaz, mueve el cuerpo en sus estructuras rígidas y fijadas y lo modifica. No es asombroso pues que perturbando el equilibrio físico en sus estructuras más profundas y más invertidas por el inconsciente, se recomponga su equilibrio psicológico. Es esta recomposición la que observamos, pero no la tratamos. Esta situación es algunas veces vivida difícilmente por el paciente que interrumpe



el tratamiento o abandona toda participación, viéndose el kinesiterapeuta delante de un fenómeno de transferencia y sin una formación analítica suficiente. Observamos las dificultades de un tratamiento en estas condiciones y el riesgo de psicoanálisis salvaje que nos trae tal situación. Algunos terapeutas superan dicha situación asumiéndola y continuando el trabajo corporal mientras escuchan al paciente como única ayuda psicológica, aunque otros terapeutas profundizan en este terreno sin demasiados resultados.

F. Mézières limita claramente en su método cuándo deben excluirse los problemas psíquicos, y nos parece que tiene razón al dirigirse a kinesiterapeutas sin formación psicoanalítica y a enfermos que en su mayor parte no piden la ayuda de una psicoterapia complementaria.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EXTRAÍDO DEL MÉTODO MÉZIÈRES

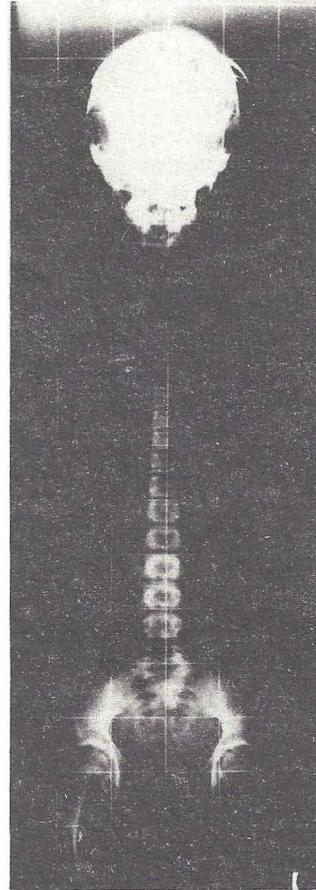
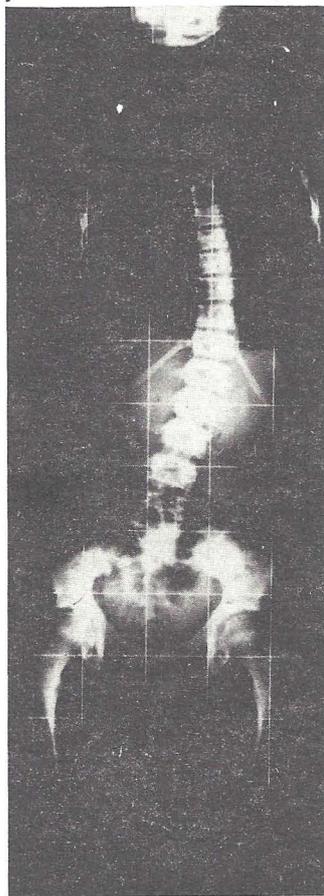
por Ph-E. Souchard.

Una madre de familia presenta el 20 de agosto de 1974 a su hija de 10 años de edad, afectada de una actitud escoliótica objetivada por la radiología realizada cuatro días antes. Esta madre, muy observadora de las posturas

que adoptaba su niña, sostiene que la aparición de esta deformación es muy reciente y que su instalación fue muy brusca. Una anamnesis muy completa permite estudiar que esta niña en algún tiempo pasado, antes de la aparición de dicha deformación, sufrió una caída sin mayor consecuencia que un ligero dolor en la nalga que desapareció en varias horas. La primera sesión del método Mézières, practicada el 20 de agosto, revela el dolor oculto en la nalga y lo suprime obteniendo resultados suficientemente claros para pedir de nuevo unas placas. Pasadas éstas el 26 de agosto permitían testificar que la columna de la niña había regresado a su postura normal (Fig. 7). Hay que remarcar sobre la radiografía n.º 1 que la cabeza no está perfectamente equilibrada, comprobando que esta actitud escoliótica era susceptible de evolucionar.

Es evidente que este caso no nos ilustra lo que podemos alcanzar en un tratamiento Mézières sobre viejas escoliosis, que reclaman desgraciadamente cuidados atentos y duraderos, pero, en este caso, un reflejo antálgico a posteriori para ocultar un dolor sobre la nalga ha creado una compensación escoliótica. Una sola sesión practicada a tiempo sobre la verdadera causa de la lesión nos dio la razón.

Figura 7



Radiografía n.º 1 (20 de agosto de 1974)

Radiografía n.º 2 (26 de agosto de 1974)