



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Terapie manuală

Format electronic



Dan Nemeș
Elena Amăricăi

1. GENERALITĂȚI. SCURT ISTORIC

(2,6,7,9,11,12,13,14)

Tratamentul cu ajutorul masajului se practică de când lumea. Se pare că frecarea locului dureros ar fi cel dintâi gest terapeutic, iar animalele își freacă cu laba locul lovit sau rănit și se ling. La început el pare să fi fost o manevră instinctivă care cu trecerea timpului s-a perfecționat și a devenit, prin bazele științifice acumulate, o metodă terapeutică larg acceptată și folosită.

Utilizarea masajului se pierde în negura timpului. Informațiile istorice ne arată existența a două zone geografice unde, pe baza a două filozofii diferite de a înțelege și aplica medicina, s-au dezvoltat două metodologii diferite de masaj:

- Zona Europei Centrale și de Sud - Orientul Mijlociu - Africa de Nord, unde se practică așa zisul “masaj occidental” sau “clasic”:
 - La popoarele preantice din această zonă manevre simple de masaj erau asociate cu mijloace empirice de tratament (aplicații locale calde, ungeri cu substanțe medicamentoase, mișcări pasive ale membrelor) și erau însoțite de gesturi rituale în cadrul “procesului de vindecare”.
 - Asirienii, babilonienii, mezii și perșii, popoare războinice, îl foloseau ca metodă de tratament pentru războinicii răniți.
 - La triburile iudaice era asociat cu reguli stricte de igienă, pentru menținerea sănătății.
 - Adevărata dezvoltare inițială, asociată unei fundamentări metodologice, are loc în Grecia antică:
 - *masajul era practicat de către specialiști (aliptes) ca metodă de pregătire a atleților (pselafia), când se asocia cu antrenamentul atleților și era efectuat cu mâna sau cu lopățele speciale (palmule);
 - *putea fi executat cu sau fără uleiuri sau pulberi speciale, ce erau apoi îndepărtate cu instrumente adecvate (strigile);
 - *datorită culturii grecilor pentru dezvoltarea fizică era asociat întotdeauna cu mișcarea, cea sportivă în special și cea terapeutică în particular.
 - Odată cu cucerirea Greciei de către romani, aceștia preiau elementele de masaj dar nu și cele de mișcare specială, deoarece romanii practicau predominant exerciții războinice
 - *masajul s-a bucurat de un succes deosebit în băile publice;
 - *există un masaj igienic de dimineața, pentru înviorare și altul de seară pentru relaxare.
 - După împărțirea Imperiului Roman și căderii celui de Apus, tradiția masajului se păstrează în cel de Răsărit dar fără a mai avea același succes.
 - Arabii sunt cei care dau o nouă strălucire masajului ca metodă terapeutică. Avicena în “*Cartea legilor medicinei*” realizează prima fundamentare completă științifică și metodologică ale cărei prescripții se păstrează și astăzi. Arabii asociau masajului dieta și hidroterapia, în cadrul unei filozofii complete despre sănătate și viață.
 - O dată cu căderea Europei în epoca neagră a Evului Mediu, masajul se pierde ca metodă terapeutică simplă, ieftină și aflată la îndemâna tuturor. El se practică izolat, în adevărate “oaze”, de către inițiați și numai pentru un număr restrâns de pacienți.
 - Renașterea e cea care repune în drepturi masajul, Hyeronimus Mercuriali în “*De arte gymnastica*” realizând un adevărat manual.
 - Progresiv se extinde în Europa Occidentală ca metodă terapeutică în medicină, educație fizică și sport. El capătă o bază științifică, care îl ajută să primească o utilizare din ce în ce mai mare. Dintre cei care au contribuit la dezvoltarea sa teoretică și practică îi menționăm pe Linge, Zander, Mennel, Cyriax, Velpeau, Dagrin, Mezger, Neumann. Kolrausch, Leube, Dicke, Puttkamer, Vogler sunt cei care pun bazele masajului reflex segmentar, care face “legătura” cu masajul practicat în zona Extremului Orient.
 - Pe teritoriul țării noastre încă de pe vremea sciților, dacilor, geților se practica un masaj empiric, asociat cu manipulații și tracțiuni. Elemente ale sale se păstrează și astăzi, fiind practicat de către cei care “îndreaptă oaze” sau de către “baba” de la marginea satului. Introducerea masajului științific este realizată prin susținerea a două teze de doctorat pe această temă de către Manga în 1885 și Hălmagiu în 1889. Profesorii Marius Sturza și Tr. Dinculescu, alături de dr. Valentin Roșca

și de Adrian Ionescu, realizează adevărate școli de masaj, ale căror elevi și discipoli au dus la o largă răspândire a masajului ca metodă terapeutică.

- Zona Extremului Orient, unde se practică așa zisul “masaj energetic” sau “tradițional”:
 - Concepția filozofică diferită de cea occidentală, despre viață a influențat și dezvoltarea medicinei, inclusiv cea a masajului. Principiul dualității și al “comunicării” cu mediul extern și intern, al zonelor, punctelor și traiectelor energetice stau la baza fundamentării științifice a masajului oriental.
 - În textele ayurvedice ale Indiei se arată că masajul era folosit în scop igienic, pentru îngrijirea corpului și era asociat cu ungerea cu uleiuri aromatice și îmbăierea în ape și lacuri sacre. Pentru “scoaterea răului” din corp se folosea un masaj special care începea cu fața, continua cu trunchiul și apoi se aplicau mișcări rapide de la rădăcina spre extremitatea membrelor.
 - La chinezi, conform Nei-King, masajul se practica de pe vremea când se practica și acupunctura. Masajul se executa cu mișcări simple, lent și stăruitor. Era folosit pentru reactivarea circulației sangvine și a umorilor organismului, stimularea sau liniștirea nervilor, vindecarea unor tulburări și a bolilor cronice. Din Tonei-Na Pik-Kiue (secretele masajului) reiese că existau două manevre fundamentale: Ngam-Mo (“a calma cu mâna”, folosită la calmarea durerilor) și Tonei-Na (“a pune în mișcare”, folosită pentru stimulare). În timp acestea au căpătat o singură denumire - Ngam. La scurt timp se dezvoltă o nouă metodă, Tao-Inn, bazată pe baterea cu mâna sau cu instrumente speciale.
 - În Japonia, masajul s-a bucurat și se bucură de mare succes, existând diferite metode caracteristice zonei:
 - *Do-Inn: o variantă de Tao-Inn;
 - *An-Ma: an = presiune, ma = atingere;
 - *Kuatsu: de reanimare și stimulare;
 - *Shiatsu: shi = deget,atsu = presiune.

Deși există după cum am arătat, două “școli fundamentale” de masaj, bazate pe concepția privitoare la viață și medicină, baza masajului este una singură și se centrează pe ideea de “a face bine” printr-o metodă “fiziologică”. Este semnificativ faptul că cele două școli se întâlnesc (în mod inevitabil după părerea noastră) fie prin variante combinate și simplificate ale celor două (“Touch for Health”), fie în zona masajului reflexogen.

2. TERMINOLOGIE. DEFINIȚII. CLASIFICARE

(2,6,7,9,11,12, 13,14)

Originea cuvântului masaj este incertă. Se presupune că derivă fie din grecescul *massein* = a frământa, fie din cuvântul *mass* = a apăsa. Indiferent de originea sa, cuvântul masaj s-a impus, ca și tehnica respectivă. Masajul a fost întotdeauna asociat cu anumite manevre complementare, ajutoare. De aceea această ramură medicală a căpătat denumirea de “Masaj și tehnici complementare”. Fundamentarea sa științifică din ce în ce mai profundă, răspândirea sa tot mai largă și cuantificarea sa metodologică și tehnică justifică câștigarea denumirii de “Masoterapie”, care se impune tot mai mult și al cărui adept este și subsemnatul. Sufixul de “-terapie” arată locul său alături de celelalte terapii ale recuperării medicale (electroterapie, hidroterapie, fototerapie, magnetoterapie, kinetoterapie, laseroterapie, balneoclimatoterapie).

Cea mai potrivită definiție a sa mi se pare cea oferită de Adrian Ionescu: “*Prelucrarea metodică a părților moi prin mijloace manuale sau mecanice, în scop fiziologic, curativo-profilactic sau terapeutic*” (6, 7)

Clasificarea masoterapiei se poate realiza după mai multe criterii:

- **După persoana care efectuează masajul:**
 - ▲ masajul efectuat de către o altă persoană (masseur);
 - ▲ automasajul.
- **După regiunea la care se aplică:**
 - ▲ masaj somatic (asupra părților moi superficiale):
 - ◇ general:

- > extins la întreaga suprafață a corpului;
- > restrâns la părțile mai bogate în țesuturi moi;
- ◊ parțial:
 - > regional pe o parte importantă și bine definită a corpului;
 - > segmentar pe porțiuni anatomice distincte, în special membre;
 - > local pe porțiuni mici de piele și țesut subcutanat, pe grupe de mușchi, pe articulații;
- ▲ masajul profund (asupra organelor interne).
- ***După origine, tehnica și metodologia de aplicare (aceasta ni se pare clasificarea cea mai completă și de aceea am realizat una proprie care să se încadreze în cerințele actuale):***
 - masajul occidental:
 - ▲ masajul uscat:
 - ◊ masajul manual efectuat de către maseur sau automasaj:
 - masajul clasic:
 - tehnici clasice:
 - principale:
 - ⇒ netezirea;
 - ⇒ baterea;
 - ⇒ fricțiunea;
 - ⇒ vibrația;
 - complementare:
 - ⇒ cernutul și rulatul muscular;
 - ⇒ presiunile și tensiunile;
 - ⇒ tracțiunile, scuturăturile, elongațiile;
 - tehnici speciale:
 - pentru piele:
 - ⇒ kineplastia Morice;
 - ⇒ petrisajul Jaquet & Leroy;
 - ⇒ masajul trofic Glerant;
 - ⇒ metoda “palpare-rulare” Wetterwald
 - pentru mușchi, tendoane, ligamente:
 - ⇒ masajul manipulativ Terrier-Benz
 - ⇒ masajul asociat cu contracția musculară
 - ⇒ “metoda începutului bun” Bugnet
 - pentru fascii:
 - ⇒ masajul manipulativ Rabe
 - ⇒ metode californiene de fasciterapie
 - 1. metoda Lehner
 - 2. metoda Rolf
 - pentru capsula articulară:
 - ⇒ masajul profund Cyriax;
 - pentru segmente:
 - ⇒ masajul de apel al toracelui, pentru membrul superior;
 - ⇒ masajul de apel al abdomenului, pentru membrul inferior;
 - pentru afecțiunile veno - limfatice:
 - ⇒ drenajul manual limfatic Leduc & Godard;
 - ⇒ metoda van der Mohlen;
 - ⇒ masajul tălpii venoase Lejars;
 - pentru organele profunde: metoda Grossi
 - pentru efecte combinate:
 - ⇒ metoda Knap
 - ⇒ metoda Vogler
 - masajul reflex:
 - masajul reflex conjunctiv;
 - masajul reflex segmentar;

- masajele reflexe speciale:
 - ⇒ reflexologia vertebrală;
 - ⇒ reflexologia limbii;
 - ⇒ reflexologia endonazală;
 - ⇒ reflexologia auriculară;
 - ⇒ reflexologia irisului;
 - ⇒ reflexologia intestinului gros;
 - ⇒ reflexologia dinților;
 - ⇒ reflexologia palmară;
 - ⇒ reflexologia plantară;
 - ⇒ neuralterapia;
- ◇ automasajul:
 - masajul clasic;
 - masajul reflex;
- ◇ masajul mecanic:
 - masajul vibrator:
 - diferite tipuri de impulsuri de curent electric și câmp magnetic din domeniul joasei, mediei și înaltei frecvențe;
 - unde mecanice (ultrasunet) în câmp discontinuu și continuu;
 - prin electrozi, ventuze cu vid (vacuum) cu / fără diferite tipuri de impulsuri electrice;
 - fotolii, paturi, mese vibratorii (oscilante);
 - aparate vibratorii portabile;
- ▲ masajul umed:
 - ◇ masaj clasic:
 - fricțiunile;
 - spălările;
 - afuziunile;
 - băile, cu valuri, cu vârtej de apă (whirl pool), cu masaj, cu bule de diverse gaze, cu abur;
 - dușurile, în general;
 - ◇ masaj special:
 - baia cu vârtej de apă;
 - duș-masaj;
 - duș-subacvatic;
 - terapia cu factori contrastanți;
 - masajul cu gheață;
- masajul oriental:
 - ▲ masajul neenergetic:
 - ◇ osteopresura - masajul periostal;
 - ◇ digitopresura - presopunctura:
 - craniopresura;
 - rinofaciopresura:
 - ☐ faciopresura;
 - ☐ rinopresura;
 - auriculopresura;
 - mano și podopresura:
 - ☐ pe punctele de acupunctură;
 - ☐ pe sistemul pumn - gleznă;
 - presura generală pe punctele de acupunctură ale meridianelor;
 - ◇ touch for health;
 - ◇ metode combinate (cele mai uzitate):
 - chinezești:
 - ☐ Ngam;
 - ☐ Tao-Inn;

■ japoneze:

□ Do-Inn;

□ Shiatsu;

▲ masajul energetic pe punctele de acupunctură, pe puncte speciale și pe meridianele energetice.

3. EFECTELE MASAJULUI (INFLUENȚELE MASAJULUI ASUPRA ORGANISMULUI) (2,6,7,9,11,12,13,14)

Efectele masajului sunt multiple și pot fi clasificate după mai mult criterii.

- Efecte:
 - ◇ directe asupra țesuturilor (masajul somatic);
 - ◇ indirecte - profunde asupra organelor interne (masaj profund), pe membrul opus, la distanță;
 - ◇ reflexogene.
- Efecte:
 - ◇ stimulante, excitante;
 - ◇ calmante, relaxante, liniștitoare.
- Efecte:
 - ◇ parțiale (locale) - calmarea durerii, hiperemie locală, creșterea circulației locale, îndepărtarea stazelor, accelerarea proceselor de resorbție;
 - ◇ generale - stimularea funcțiilor aparatului respirator și circulator, creșterea metabolismului, îmbunătățirea stării psihice și a somnului, îndepărtarea oboselii.
- Efecte:
 - ◇ imediate;
 - ◇ tardive.
- Efecte:
 - ◇ obiective, ce pot fi monitorizate de către medic prin metode clinice și paraclinice;
 - ◇ subiective, declarate de către bolnav.
- Efecte asupra structurilor:
 - ◇ Asupra pielii:
 - ⇒ asuplizare, creșterea pragului sensibilității cutanate, influențarea substanței fundamentale și a fibrelor elastice;
 - ⇒ facilitarea secreției glandelor sudoripare cu creșterea secreției lor, favorizarea penetrației substanțelor grăsoase;
 - ⇒ vasodilatație activă cu creșterea vitezei de circulație, ceea ce determină menținerea echilibrului dintre circulația profundă și superficială, creșterea schimburilor nutritive;
 - ⇒ creșterea pragului de recepție al terminațiilor nervoase cu analgezie;
 - ⇒ descuamarea pielii și creșterea celulelor tinere;
 - ⇒ prin mecanism reflex, ce influențează circulația și metabolismul, contribuie la termoreglare;
 - ⇒ crește schimburile respiratorii la nivelul pielii, ceea ce contribuie la menținerea igienei sale;
 - ⇒ influențează organele profunde prin intermediul zonelor reflexe Head.
 - ◇ Asupra țesutului conjunctiv (țesutului celular subcutanat):
 - ⇒ reface elasticitatea și suplețea, ceea ce determină favorizarea mișcărilor corpului, dezvoltarea tonusului și rezistenței elementelor cu rol de fixare și protecție a organelor interne;
 - ⇒ favorizează schimburile nutritive prin creșterea aportului de sânge, cu evacuarea mai eficientă a reziduurilor;
 - ⇒ contribuie la resorbția și scăderea depozitelor de grăsime în cazul prezenței obezitității;
 - ⇒ are influențe reflexe asupra: circulației sângelui și limfei, schimburilor metabolice și excreției, funcțiilor hormonale și reacțiilor neuro-vegetative, organelor profunde prin intermediul zonelor reflexe Dicke.

◇ Asupra elementelor aparatului locomotor:

> asupra mușchilor:

- ⇒ crește performanța musculară prin creșterea conductibilității, a excitabilității și a contractibilității, prin creșterea elasticității mușchilor;
- ⇒ accelerează refacerea mușchiului obosit prin creșterea schimburilor vasculare cu aport de substanțe nutritive proaspete și îndepărtarea reziduurilor;
- ⇒ crește rezistența musculară la efort prin hiperemie și deschiderea de capilare;
- ⇒ crește viteza de refacere după traumatisme, atrofii;
- ⇒ crește sau scade tonus și excitabilitatea, în funcție de tehnică;

> asupra tendoanelor și tecilor tendinoase, fasciilor, aponevrozelor:

- ⇒ creșterea supleței și consistenței;
- ⇒ activarea circulației locale;
- ⇒ combaterea stazei sanguine și limfatice;
- ⇒ stimularea proprioceptorilor.

◇ Asupra circulației sângelui și limfei

- ⇒ la nivelul circulației venoase - crește viteza de circulație și ușor presiunea venoasă și susține valvulele venoase;
- ⇒ circulația limfatică este augmentată de aproximativ 25 de ori;
- ⇒ la nivelul circulației capilare există efecte pasive (indirecte) și active (directe) cu stimularea vasomotricității (deschiderea capilarelor închise), prin mecanism mecanic, neural și prin eliberarea de mediatori chimici;
- ⇒ circulația arterioară suferă un proces de adaptare secundar modificărilor de la punctele anterioare, existând și un efect direct mecanic și ambele determină creșterea fluxului sanguin;
- ⇒ munca inimii este astfel ușurată existând un efect de "digitalizare";
- ⇒ valorile tensionale pot fi controlate în funcție de necesități (scad la masajul relaxant și cresc la cel excitant);
- ⇒ se constată și modificarea compoziției sanguine - crește numărul de hematii și leucocite și cantitatea de hemoglobină;
- ⇒ astfel se realizează mobilizarea masei sanguine, activarea volumelor sanguine periferice stagnante, accelerarea circulației sanguine și vasodilatație capilară, drenaj și resorbție cu ameliorarea secundară a troficității celulare.

◇ Asupra sistemului nervos:

- ⇒ la nivel local se produce un reflex de axon cu vasodilatație secundară;
- ⇒ apar reflexe segmentare (prin interesarea segmentului medular și a arcurilor reflexe) la care se asociază efectul reflex nesegmentar realizat prin acțiunea asupra zonelor Head (cutanate), Dicke (țesut celular subcutanat), McKenzie (musculare) și astfel sunt influențate viscerele;
- ⇒ prin mecanism suprasedgmentar de transmisie la nivel subcortical și cortical apar efecte sedativ-relaxante și chiar hipnotice.

◇ Asupra țesutului și organelor profunde:

- ⇒ prin masajul peretelui abdominal apar efecte directe mecanice cu reglarea secreției / excreției și motilității viscerelor;
- ⇒ prin masaj reflex de toate tipurile apar în mod indirect aceleași efecte.

◇ Efectele masajului general:

- ⇒ se stimulează în sens reglator circulația, procesele endocrine, secrețiile endocrine, hematopeza, procesele coagulării;
- ⇒ se intensifică schimburile nutritive cu creșterea temperaturii corpului;
- ⇒ se produce relaxarea, scăderea sensibilității, reducerea tonusului neuro-muscular sau dimpotrivă creșterea acestora cu stimularea organismului, în funcție de tehnica folosită.

4. INDICAȚII. CONTRAINDICAȚII

(2,6,7,9,11,12,13,14)

Cu excepția contraindicațiilor, practic nu există limite pentru aplicarea masajului. ***Gama afecțiunilor unde se folosește masoterapia este extrem de largă.*** De menționat câteva idei:

- pe primul plan se situează, conform statisticilor, sechelele post traumatice, afecțiunile reumatice și tulburările neurologice și trofice.
- optimizarea formei sportive este o indicație foarte importantă;
- sindromul de decondiționare (hipomobilitate = sedentarism, creșterea în greutate = obezitate, scăderea capacității de adaptare a termo-reglării la rece) devine o arie tot mai largă de aplicare a masajului, în cadrul profilaxiei primare;
- nu în ultimul rând trebuie menționat rolul său în cadrul profilaxiei secundare;
- menținerea unei stări fiziologice normale și a formei fizice și psihice de zi cu zi sunt de asemenea indicații ale masajului care capătă o audiență tot mai mare.

Contraindicațiile masajului pot fi:

- definitive (absolute, totale): afecțiuni maligne sau cu potențial de malignizare prin masaj;
- temporare care la rândul lor pot fi determinate de:
 - 8 afecțiuni cu evoluție previzibil favorabilă, la care așteptăm statusul care ne permite să aplicăm masajul;
 - 8 afecțiuni cu evoluție imprevizibilă, la care ne abținem până când se determină statusul care ne permite aplicarea sau nu a masajului.

Dintre contraindicațiile masajului care se pot încadra într-una din categoriile de mai sus menționăm:

- procese inflamatorii în faza acută;
- boli infecto-contagioase;
- sindroame hemoragipare;
- boli acute ale organelor interne;
- plăgi și fracturi, arsuri, eczeme;
- psihopatii majore.

Indicațiile și contraindicațiile trebuie să țină seama și de particularitățile individuale ale pacientului și ale bolii.

5. CONDIȚIILE TEHNICE DE EFECTUARE A MASAJULUI

(2,3,4,6,7,9,11,12,13,14)

Masajul terapeutic trebuie prescris de către medici avizați și efectuat de către maseuri temeinic instruiți în domeniu. Este de preferat să fie executat în spații separate, relativ izolate, în care pacientul să se poată dezbrăca și să fie suficient loc pentru execuția confortabilă a sa.

Din punct de vedere al dotării sunt necesare:

- bancă, banchetă, pat cu lungime de 190 -200 cm, înălțime de 75 -85 cm, lățime de 80 - 90 cm și acoperite cu un material care să asigure un confort fizic bolnavului dar care să nu fie prea elastic;
- scaune cu spetează scurtă, tabureți;
- pudre, uleiuri, adjuvante pentru masaje speciale;
- instalații speciale pentru masajul mecanic și cel umed.

De asemenea trebuie asigurat un confort de microclimat și psihic pacientului. Este recomandat să se efectueze înainte de masă sau la 2 - 3 ore după masă. Manevrelor speciale nu sunt recomandate a fi aplicate seara înainte de culcare sau în perioadele de perturbări fiziologice ale organismului.

Tegumentul pe care se efectuează masajul este atent cercetat înainte pentru a depista eventualele semne care să contraindica procedura. Maseurul trebuie să aibă mâinile curate și fără plăgi, cicatrice; pielea mâinilor sale trebuie să fie moale și să aibă unghiile tăiate. Înainte de efectuarea masajului maseurul trebuie să-și "încălzească" mâinile (figura 1).

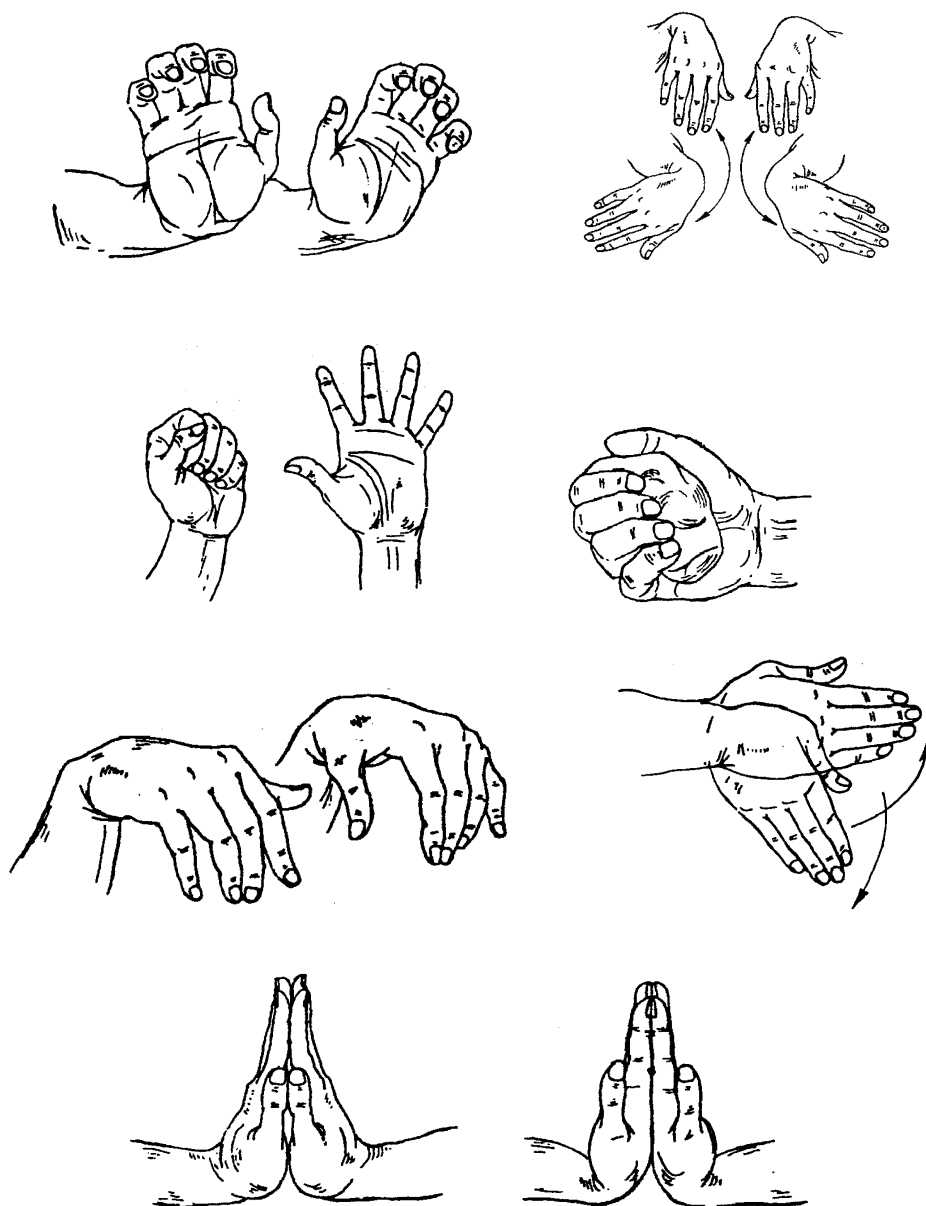


Fig. 1 Modalități de încălzire a mâinilor (1, 2)

6. CATEGORIILE METODOLOGICE DE MASAJ

6.1. MASAJUL OCCIDENTAL USCAT MANUAL

(2,3,4,6,7,9,11,12,13,14, 18,19)

6.1.1. Masajul clasic efectuat de către maseur

6.1.1.1. Tehnicile principale

Tehnicile clasice principale, fundamentale, numite și *procedee principale*, sunt reprezentate de următoarele:

Netezire (efleuraj, alunecare, masaj piaptăne)

- Reprezintă alunecări ritmice și ușoare efectuate asupra tegumentului în sensul circulației de întoarcere. Se adresează pielii, țesutului celular subcutanat, sistemului vascular periferic și sistemului nervos periferic. Poate fi aplicată cu efect ușor stimulant, ca manevră introductivă a

masajului sau cu efect relaxant, calmant ca manevră intercalată între celelalte manevre de masaj sau care încheie ședința de masaj.

- Se execută cu fața palmară sau dorsală a mâinilor și / sau a degetelor, cu pumnul. Pe suprafețe mici se poate folosi o mână, iar pe suprafețe mai mari ambele mâini (așezate în cerc, la același nivel sau paralel sau una deasupra celeilalte, cu mișcări simultane sau alternative).
- Se poate aplica în mai multe modalități tehnice:
 - ⇒ cu fața dorsală a degetelor, ușor îndoite ("masaj piaptăne"), folosit de obicei pentru regiunile păroase;
 - ⇒ cu partea palmară a degetului mare, cu ambele degete mari;
 - ⇒ cu regiunea tenară sau hipotenară;
 - ⇒ cu partea dorsală a mâinii în totalitate;
 - ⇒ apucând "în brățară" un membru și înaintând sacadat cu pași mici dinspre extremitatea distală spre cea proximală ("manevra mașinii de cusut");

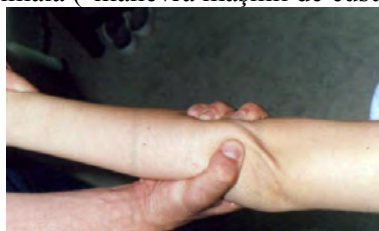


Fig. 2

- ⇒ cu marginea cubitală a mâinii întinse și în direcție oblică;
- ⇒ cu mâinile făcute căuș deasupra vertexului și lăsate să alunece pe părțile laterale ale capului ("în picătură de ploaie");
- ⇒ cu vârful degetelor așezate "în clește" deasupra tendoanelor sau joncțiunii tendino-musculare.

Fricțiune (frecare)

- Se adresează în special țesutului celular subcutanat și structurilor moi periarticulare. Are rolul de a crește suplețea și elasticitatea lor. Pe cale reflexă are efecte circulatorii, trofice și de stimulare sau relaxare neuro-musculară. De asemenea determină analgezie locală.
- Ea constă într-o comprimare blândă și o deplasare a țesuturilor moi pe planul osos.
- Fricțiunea se realizează astfel:
 - ⇒ pe regiuni mici cu vârful degetului mare sau al indexului, cu două sau trei degete reunite;
 - ⇒ pe regiuni mai mari, cu pumnul închis, cu marginea sau rădăcina mâinii;
 - ⇒ pe zone întinse, cu palma cu degetele extinse;
 - ⇒ fricțiunea poate fi aplicată cu intensitate ușoară, medie sau profundă, forța de pătrundere fiind dependentă de unghiul sub care mâna vine în contact cu tegumentul și care variază între 30-60° (cu cât unghiul crește cu atât presiunea va fi mai intensă);
 - ⇒ fricțiunea poate fi aplicată liniar sau circular, "în clește" sau "șerpuit".



Fig.3

Frământat (petrisaj, stoarcere întreruptă, mângăluire, rindea, ciupire)

- Este o manevră care se adresează în special mușchilor, îmbunătățindu-le mecanic calitățile, iar prin activarea circulației sanguino-limfatice crește și schimburile nutritive și eliminarea toxinelor.
- Constă în apucarea, ridicarea, "stoarcerea" țesuturilor moi și apoi presarea lor pe planul de sprijin osos, urmată apoi de slăbirea presiunii dar fără a desprinde mâinile de pe zonă. Mișcarea se reia în zonă sau în alta. Acest lucru se realizează în direcție longitudinală pe fibrele musculare:
 - ⇒ în sensul circulației de întoarcere venoase și limfatice pe zonele cu masă musculară;
 - ⇒ de la extremitate spre rădăcina membrilor.

- Poate fi executată:
 - ⇒ cu o mână sau cu ambele mâini, în aceeași direcție sau în sens invers, în special pentru spate și abdomen;
 - ⇒ cu două sau trei degete de la fiecare mână, mai ales pentru tendoane și mușchii de volum mai mic.
- Din punct de vedere tehnic poate fi realizată:
 - ⇒ circular ca un vârtej = "mângăluire" (fig. 4);
 - ⇒ ca o cută care este "plimbată" sub formă de "val" sau "șerpuit" (fig. 5);

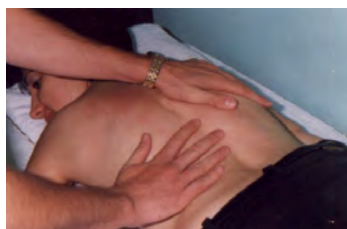


Fig. 4

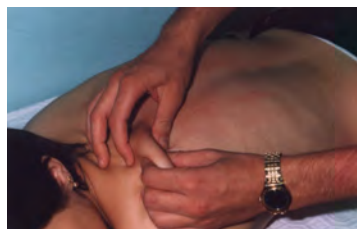


Fig. 5

⇒ "masajul rindea", care se execută cu mișcările pe care le face tâmplarul la rindea (fig.6);

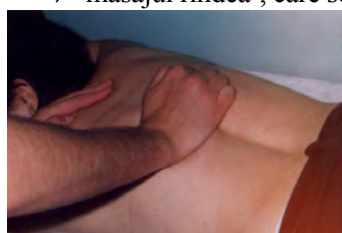


Fig. 6



Fig. 7

- ⇒ în regiunea abdominală, frământând cuta abdominală cu mișcările pe care le fac gospodinele spălând sau storcând rufe;
- ⇒ la membre:
 - > apucându-le ca o brățară, sub forma unei stoarceri întrerupte (fig. 7);
 - > ca o cută lungă ce este prinsă între palme și degete ca într-un clește și apoi este presată pe planul osos fără a o scăpa din mâini;
- ⇒ ca și ciupituri, cu două sau trei degete, de la o mână sau de la ambele, plimbate de-a lungul planului muscular.

Batere (tapotaj, tapotament)

- Constă din lovirea ușoară și ritmică a țesuturilor moi, superficiale sau profunde în funcție de intensitatea loviturii.
- Efectele locale constau într-o vasodilatație locală cu hiperemie și creșterea excitabilității neuro-musculare, cu activarea sistemului simpatic-parasimpatic. În aplicare pe zone reflexe are acțiune asupra organelor interne și sistemului nervos central, cu efect relaxant sau stimulant în funcție de tehnică, intensitate, durată.
- Modalitățile tehnice de aplicare sunt variate:
 - ⇒ "tocatul" ce se execută cu ambele mâini, ținute în ușoară extensie, cu palmele față în față și destul de apropiate, degetele ușor flectate, iar coatele ușor îndepărtate de corp: degetele cad moale pe piele printr-o mișcare realizată mai mult din articulația pumnului, de la o distanță mică, într-un ritm alert alternativ, producând un sunet asemănător lovirii cu nuiielele dacă sunt apropiate și cad cu partea lor cubitală, respectiv unul asemănător picăturilor mari de ploaie dacă sunt răsfirate și cad cu partea lor latero-palmară;
 - ⇒ "tocatul tangențial", "plescăitul" sau "lipăitul", ce constă din loviri tangențiale ușoare ale țesuturilor, când se "alunecă" pe regiunile sensibile (abdomen de obicei) fără a pătrunde în profunzime și care se execută cu fața palmară a degetelor;
 - ⇒ "bătătoritul", ce poate fi executat cu partea ventrală a pumnului sau "în ventuză", cu palmele făcute căuș, și care se aplică pe zonele cu masa musculară mare (spate de obicei);
 - ⇒ "percutatul" sau "ciocănitul", ce se realizează prin căderi perpendiculare ale vârfurilor degetelor ușor îndoite, fiind aplicată simplu pe spate și torace, iar în asocieră cu o ușoară alunecare pe peretele abdominal.



Fig. 8

Vibrație (zguduitura, tremurătura, trepidația)

- Constă în imprimarea țesuturilor moi a unor mișcări oscilatorii ritmice, care realizează deplasări mici ale acestora cu presiuni ondulatorii (ca un tremurat). Manevrelor fine și prelungite au efecte hiperemice locale și relaxante locale și generale. Dacă cresc în amplitudine și intensitate produc și o activare circulatorie locală. Efectele de redresare circulatorie și a propriocepției sunt asemănătoare terapiei cu factori contrastanți.
- Poate fi realizată manual sau mecanic (aparate vibratorii portabile, mese sau paturi sau scaune vibratorii). Deși acestea din urmă au oscilații vibratorii constante, realizarea manuală este mai sensibilă și odată însușită tehnică efectele sunt mai pregnante.
- Tehnic se realizează:
 - ⇒ ca "presiune vibratorie" sub forma unui punct (cu vârful unui deget sau cu trei degete reunite) ce se deplasează liniar pe un traiect neural sau tendino-muscular sau vascular;
 - ⇒ cu partea palmară a degetelor depărtate sau unite +/- palma, prin contracții alternative ale agonistilor și antagoniștilor mâinii, ce se aplică de obicei pe regiuni întinse;
 - ⇒ sub formă de trepidații (mișcări cu amplitudine și intensitate mai mare decât cele obișnuite), de obicei ale toracelui și în asociere cu mișcările respiratorii: palmele se aplică pe regiunile antero-laterale și se efectuează trepidația spre sfârșitul expirului și în special în pauza respiratorie.



Fig. 9

6.1.1.2. Tehnicile complementare

Tehnicile clasice complementare, numite și **procedee ajutătoare de masaj, procedee secundare**, se pot intercala între tehnicile principale, pot fi aplicate la sfârșitul ședinței de masaj sau se pot adăuga tehnicilor principale în cazul masajelor anumitor segmente sau regiuni. Ele întregesc acțiunile manevrelor de bază și îmbogățesc tehnica masajului. Unele derivă din cele principale, iar altele se pot aplica independent, având tehnică proprie. Principalele tehnici secundare sunt următoarele:

Cernutul și rulatul masei musculare

- **Cernutul** se execută cu mâinile aplicate de o parte și de alta a segmentului cu degetele ușor flectate. Masa musculară este "plimbată" de jos în sus și lateral, dintr-o palmă în alta (asemănător cernutului într-o sită), într-un ritm viu și cu deplasarea, din aproape în aproape a mâinilor, de-a lungul segmentului, în sus și în jos



Fig. 10

- Rulatul se execută tot cu mâinile așezate de o parte și de alta a segmentului, dar degetele sunt întinse și palmele apăsând pe țesuturi mai puternic decât la cernut. Țesuturile moi se rulează între palme, în toate sensurile, într-un ritm alert. Un maseur experimentat poate realiza rulatul numai asupra pielii și țesutului celular subcutanat.



Fig. 11

- Cernutul și rulatul cresc suplețea țesuturilor, augmentează funcția circulatorie și trofică, scad încordarea musculară și nervoasă, cu efecte calmante și relaxante generale.

Presiunile și tensiunile (compresiunile)

- *Presiunile* pot fi executate în mai multe maniere tehnice și scopuri diferite:
 - ⇒ pe periost - pe zone sau puncte speciale se execută presiuni continue sau intermitente, de intensitate medie sau mare, ce pot alterna cu neteziri sau vibrații locale cu acțiune locală și reflexă (creșterea sensibilității și o ischemie locală trecătoare, urmate de scăderea sensibilității cu analgezice și hiperemie persistentă, relaxare musculară, sedare generală);
 - ⇒ pentru modelarea craniului și toracelui la copiii mici (metoda Pecunia);
 - ⇒ pe nervi (metoda Cornelius) - prin presiune continuă sau vibratoare pe rădăcinile nervoase, traiectele nervilor sau punctele motorii, ce sunt indicate în radiculopatii sau neuropatii însoțite de tulburări funcționale;
 - ⇒ pe punctele de miogeloză sau musculatură "tensionată", de obicei pe spate, așezând palmele cu degetele întinse de o parte și de alta a coloanei vertebrale și aplicând presiuni se deplasează palmele de-a lungul coloanei, concomitent sau alternativ (pentru a realiza presiuni mai intense se poate folosi greutatea trunchiului, care prin aplecare în față este transmisă mâinilor); asocierea cu trepidații îi crește eficiența; manevra trebuie să producă o senzație plăcută de relaxare locală și generală.



Fig. 12

- *Tensiunile(compresiunile)* se execută asupra articulațiilor segmentelor, cu creșterea sau scăderea presiunii intraarticulare, prin mobilizări pasive sau activo-pasive blânde, progresive și insistente; ele determină o senzație plăcută locală cu creșterea supleței structurilor moi articulare și periarticulare și a circulației locale și implicit creșterea gradului de mișcare articulară și înlăturarea eventualelor infiltrate intra și periarticulare



Fig. 13

Tracțiunile, elongațiile și scuturăturile

- *Tracțiunile (manipulările)* executate asupra articulațiilor fac parte din terapia manipulativă (reprezentând o mobilizare forțată care poartă elementele unei articulații peste jocul voluntar și obișnuit al lor, până la limita jocului anatomic posibil, fără însă a-l depăși; astfel se tensionează articulația și apoi se execută un plus de mișcare pasivă, rezultând de obicei un cracment). Manipulările pot fi executate în modurile următoare:

◇ Asupra rahisului:

> Din punct de vedere tehnic sunt 3 feluri:

⇒ directe - asupra pacientului în decubit ventral se aplică presiuni directe pe apofizele spinose sau transverse, care determină o relaxare rapidă;



Fig. 14

⇒ indirecte - mișcările și presiunile se execută asupra segmentelor vecine coloanei (bazin, umeri) și prin intermediul lor se manipulează rahisul;

⇒ semiindirecte, ce sunt și ele de două tipuri:

- “asistate” - presiunea locală urmează același sens ca și mișcarea globală, fiind aplicată chiar pe segmentul vertebral mobilizat;
- “contrate” - presiunea locală este direcționată în sens contrar mișcării globale, fiind aplicată sub segmentul vertebral mobilizat;



Fig. 15

> Manipularea este precedată de testarea direcțiilor de mișcare ale segmentului vertebral ce trebuie mobilizat. Acest lucru se realizează pe o schemă a lui Maigne & Lesage, unde se notează gradul de limitare a unei direcții de mișcare sau de intensitate a durerii, prin bararea cu liniuțe (1-3). Mobilizarea se realizează pe direcția “liberă”.

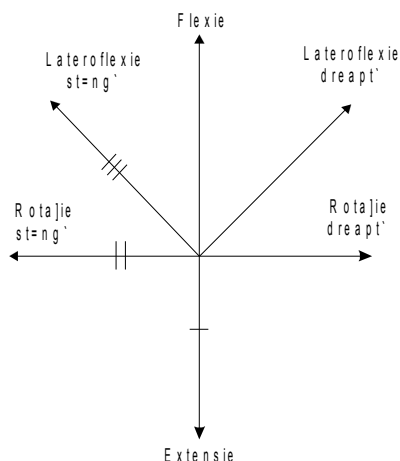


Fig. 16. Schema lui Maigne & Lesage de stea cu 6 brațe (19)

- > Tehnica generală:
 - ⇒ mobilizarea este precedată de decontractarea musculaturii segmentului prin aplicație locală de căldură sau prin masaj zonal lent și insistent (are eficiența cea mai mare);
 - ⇒ apoi se realizează poziționarea cât mai bună a pacientului și a manipulatorului, astfel încât să se obțină o relaxare maximă și un abord cât mai eficient;
 - ⇒ pe direcția de mișcare liberă (opusă celei mai limitate sau celei mai dureroase) se execută mobilizări lente până la nivelul de “punere în tensiune” (capătul arcului de mișcare); se revine și se repetă de câteva ori acest ciclu; după 5-10 asemenea mobilizări, la capătul arcului de mișcare se execută manipularea, scurt și ferm.
- > Sunt indicate în cervico-dorso-lombalgii cu semne neurologice absente și sindrom vertebral bun (fără cifoze și / sau scolioze): blocaje inter-apofizare (sindrom intervertebral posterior, minor), cervico-dorso-lombalgii acute / subacute / cronice, radiculopatii, nevralgii și nevrite.
- > Reacții postmanipulare:
 - ⇒ curbaturile: apar după prima ședință și dispar după 1-2 zile sau la administrarea de AINS (antiinflamatoare nesteroidiene);
 - ⇒ exacerbarea tranzitorie a durerii: apare la 6-10 zile după ședință și dispăre în 24 ore (apariția durerii în timpul sau imediat după manipulare arată aplicarea greșită a tehnicii);
 - ⇒ tulburări vegetative prin interesarea simpaticului local: sudorații, meteorism abdominal, dureri epigastrice, palpitații, greață și / sau vărsături.
- > Accidente:
 - ⇒ deces prin accident vascular trombotic de trunchi cerebral;
 - ⇒ tetraplegie sau paraplegii prin accident vascular medular;
 - ⇒ hemoragii meningiene;
 - ⇒ fracturi vertebrale;
 - ⇒ paralizii de plex brahial sau trunchi lombo-sacrat.
- > Contraindicații:
 - ⇒ suferințe ale rahisului de origine inflamatorie / infecțioasă / tumorală;
 - ⇒ osteoporoză avansată;
 - ⇒ artroza hiperostozantă avansată;
 - ⇒ persoanele trecute de 60 de ani și / sau cu labilitate psihică.
- ◇ Asupra membrilor:
 - > Se realizează mobilizarea articulației până la nivelul de “punere în tensiune” și de aici se efectuează manipularea, scurt, rapid și ferm, cu forțarea articulației peste această limită.
 - > Manipularea membrilor se realizează pe principiul mișcărilor “imposibile activ, dar fiziologic posibile”.



Fig. 17

- *Elongațiile vertebrale* reprezintă tracțiunea în ax a diverselor regiuni ale coloanei cu scopul de a îndepărta vertebrele între ele, pentru a reduce leziunile discale sau pentru a favoriza procesul de acomodare a aparatului disco-ligamento-radicular.

◊ Clasificarea tehnicilor:

- > după maniera de executare:
 - ⇒ în axul coloanei;
 - ⇒ pe segmentul vertebral înclinat = "orientate";
- > după modul de acțiune:
 - ⇒ continue:
 - de lungă durată (ore, zile) - forța de tracțiune este slabă și nu se ajunge la ecartaj vertebral;
 - de scurtă durată (minute) - forța de tracțiune este puternică și se realizează ecartajul vertebral;
 - ⇒ discontinue (intermitente) - forța de tracțiune crește progresiv, se ajunge la un maxim care se menține câteva minute, apoi scade treptat, ciclul reluându-se de câteva ori;
- > funcție de poziția pacientului, se pot realiza din poziție culcat, șezând sau ortostatică;
- > efectuate asupra corpului imersat în apă caldă beneficiază de efectul decontractant al acesteia, dar are dezavantajul dificultății de poziționare și de menținere a poziției corpului în apă.

◊ Metodele cele mai folosite:

- > elongația gravitațională - pacientul este poziționat pe un plan înclinat la 30-60° cu un corset pe torace și elongația se realizează prin greutatea trunchiului inferior (ce reprezintă 1/3 din greutatea totală a corpului) +/- sisteme de greutate de 5-15 kg prinse la nivelul gleznelor, timp de 30-40 minute / zi, 10-12 zile;
- > posturi de extensie - se realizează în trei timpi a câte 4-5 minute, din două în două ore progresiv, 5-6 zile:
 - ⇒ timpul 1 - pacientul în decubit ventral cu un sul sub torace;
 - ⇒ timpul 2 - pacientul așezat în coate cu bazinul fixat pe planul patului;
 - ⇒ timpul 3 - pacientul sprijinit în mâini cu membrele superioare extinse;
- * O variantă mai ușor de menținut, în special pentru copii și persoane deficiente, este prezentată în fig.18.



Fig. 18

- > elongații manuale ale coloanei cervicale - pacientul în decubit dorsal, cu capul în ușoară flexie, printr-o priză pe occiput și una pe menton, se realizează un ciclu de tracțiune de 6-8 secunde și o pauză de 8-12 secunde, timp de 30-50 minute;
 - > elongații cu căpăstrul Glisson - pacientul în șezând cu căpăstrul pe cap, de care se fixează, printr-o coardă petrecută peste un scripete, greutăți etalonate fixe sau crescute progresiv.
- ◊ Indicațiile și contraindicațiile elongațiilor sunt identice cu cele ale manipulărilor.

- *Scuturăturile* sunt mișcări oscilatorii ritmice și ample executate asupra membrelor, degetelor, toracelui, sau corpului în întregime și cu efecte relaxante (dacă sunt executate lent și ușor) sau stimulante (dacă sunt executate într-un ritm mai alert):
 - ◇ asupra membrelor - se prind mâinile de degete și picioarele de călcâie sau ambele de marginile lor laterale și se scutură în toate direcțiile în asociere cu tracțiuni ușoare în ax;
 - ◇ asupra degetelor - se aplică o mână "în căuș" peste vârful degetelor și cu cealaltă se fixează pumnul sau glezna, sau se aplică mâinile lateral pe zonă și se realizează fie flexia-extensia degetelor, fie o rulare a lor între palme;



Fig. 19

- ◇ asupra toracelui - se execută în corelație cu mișcările de respirație, (de obicei în pauza poatexpiratorie) prin scuturătură asemănătoare trepidățiilor;
- ◇ asupra corpului în întregime - se execută de obicei la sfârșitul ședinței de masaj, asupra copiilor sau persoanelor ce pot fi ridicate în brațe, cu trunchiul în ușoară extensie.

Alte tehnici folosite în scopul creșterii excitabilității locale

- **"Ciupirile" tegumentului și țesutului celular subcutanat** - efectuate cu vârful degetelor.



Fig. 20

- **"Pensările" porțiunilor musculare ale membrelor** - se apucă între degete o cută de piele, țesut celular subcutanat sau chiar mușchi dacă este posibil, care se strânge ușor, se ridică cât permite și apoi se eliberează brusc, executându-se alert pe diferite zone alternative (fig. 21).
- **"Stoarcerile"** - ca și cum s-ar stoarce o rufă, realizând o combatere a stazei circulatorii locale (fig. 22).



Fig. 21



Fig. 22

- **"Ridicările mușchilor", de obicei aplicate pe spate** - o cută mare este prinsă între degete și palmă și apoi deplasată în direcții variate.

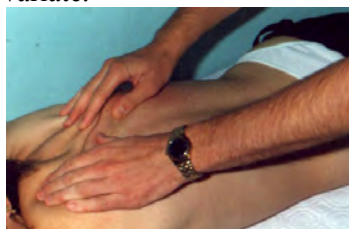


Fig. 23

6.1.1.3. Tehnicile speciale (2,9,12,18,19)

⇒ Pentru piele

- **Kineplastia Morice**: reprezintă un frământat al pielii și al țesutului conjunctiv sub forma unui "malaxaj" epidermo-dermic centripet, realizat cu una sau ambele mâini, în același sens sau în sens contrar; are rol în stimularea circulației locale, în special a celei veno-limfatice, și în menținerea sau creșterea troficității locale.



Fig. 24

- **Petrisajul Jaquet&Leroy:** este un frământat numai al tegumentului, realizat în sens centripet și folosind toate tehnicile expuse anterior, cu un rol trofic deosebit (fig. 25).
- **Masajul trofic Glerant:** constă în fricțiuni circulare ale epidermului pe țesutul celular subcutanat, la 5 cm de plagă și fără a desprinde mâna de pe tegument; are rolul de a ameliora circulația, de a dezvolta suplețea țesutului și de a combate instalarea edemului local în cazul plăgilor sau al grefelor tegumentare (fig. 26).

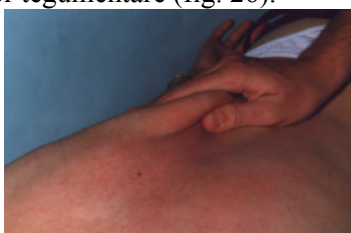


Fig. 25



Fig. 26

- **Metoda “palpare-rulare” Wetterwald:** se adresează fenomenelor de infiltrație și aderență ale tegumentului, adesea asociate fenomenului celulitic, realizându-se în 4 timpi:
 1. realizarea pliului cutanat ± tracțiune axială pentru îndepărtarea pielii de planurile subiacente;
 2. alunecarea laterală a celor 2 părți ale pliului, unul pe altul și asociată cu o stoarcere de intensitate variabilă;
 3. torsionarea pliului;
 4. rularea progresivă, pulpele degetelor II-III-IV trăgând pliul spre police și făcând să înainteze un “val” cutanat cu 1-2 cm la fiecare rulare.



Fig. 27

⇒ Pentru capsula articulară

- **Masajul profund Cyriax:** cu două sau trei degete se pătrunde profund în zona articulară și periarticulară, realizându-se fricțiuni transversale și spiralate ale capsulei articulare și inserțiilor ligamentare; are ca efect menținerea “funcționalității” acestor structuri relativ slab vascularizate și cu o reacție negativă rapidă la stimuli defavorabili interni și externi.

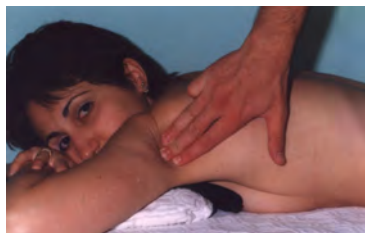


Fig. 28

⇒ Pentru mușchi, tendoane, ligamente

- **Masajul manipulativ Terrier-Benz** :constă într-un contact manual minimal al terapeutului cu zona afectată (de obicei pulpar și mai rar prin marginea radială sau cubitală a mâinii, articulația metacarpofalangiană a indexului, priza “în brățară”), iar mâna aplicată pe zona de tratat nu se mișcă, masajul realizându-se prin mișcarea indusă zonei/segmentului de către mobilizarea sa pasivă prin balansarea corpului terapeutului; adresându-se de fapt tuturor structurilor aparatului NMAK, dar cu pedictecție celor mai sus menționate, se indică în afectările posttraumatice și reumatismale ale acestora.



Fig. 29

- **Masajul asociat cu contracția musculară**: utilizat în special după imobilizările prelungite, care, de foarte multe ori, determină absența contracției voluntare și în constă contracția voluntară a mușchiului/grupelor musculare în timpul masajului, având drept scop refacerea regiunii care este sediul fenomenelor de inhibiție cu reintegrarea sa în ansamblul lanțului funcțional prin:
 - ⇒ *facilitarea contracției voluntare*: mușchiul/grupul muscular este ridicat cu toată mâna, apoi este pus în tensiune transversală sau longitudinală față de axul său lung, în funcție de necesități și pacientul este invitat să-și elibereze voluntar mușchiul/grupul muscular din aceste prize (contracția poate fi stimulată uzitând de elementele facilitatorii ale exercițiului fizic terapeutic);
 - ⇒ *facilitarea indirectă a relaxării*: relaxarea obținută prin asocierea contracției musculare la masaj este mai rapidă, mai puternică și mai durabilă decât cea obținută prin aplicarea masajului pe mușchiul necontracturat; există 3 metode de realizare a ei:
1. aplicarea unui masaj puternic și intenționat dureros la nivelul mușchiului contracturat și realizarea unei contracții voluntare a mușchiului, cât mai complete și mai intense (fig. 30).

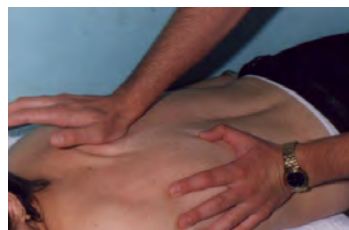


Fig. 30

2. scurtă tensiune manuală a mușchiului în perioada de relaxare a acestuia postcontracție, succedată de o succesiune de contracții-relaxări asociate masajului
 3. hold-relax-ul (contracția intensă contra rezistență) pe musculatura antagonistă
- **“Metoda începutului bun” Bugnet** : terapeutul aplică o priză “în clește” transversală pe mușchiul aflat în stare de relaxare până la hipotonie-hipotrofie ușoară, îl îndepărtează de planul osos subiacent, îl supune unei torsiuni și printr-o comandă verbală scurtă și clară cere pacientului să-și elibereze mușchiul din priza sa, exercițiul repetându-se, după o pauză de câteva secunde, lent de 10 ori ; având drept scop întărirea aferențelor proprioceptive ale sectorului tratat prin “revărsarea” influxurilor centripete în sensul extinderii stretch reflexului (spre deosebire de tehnica Rabe, unde receptorii articulari sunt stimulați prin deplasarea segmentelor osoase) este utilizată cu succes în deficiențele musculare posttraumatice, post-chirurgicale și reumatologice (fig. 31)



Fig. 31



Fig. 32

⇒ **Pentru fascii**

- **Masajul manipulativ Rabe** : reprezintă o “întindere” a fasciilor realizată printr-o mobilizare tracțională pasivă și rapidă a elementelor osteo-articulare, cu un contact manual cât mai mare al terapeutului cu zona/ segmentul de tratat; realizând o “elasticizare” a fasciilor și o “reglare” neuronală locală redă pacientului sensul corect al mișcării elementelor lezate (fig. 32).
- **Metode californiene de fasciterapie** :
 - ⇒ *metoda Lehner*: utilizează mobilizarea și întinderea progresivă a fasciilor ca și contracții izometrice de tipul hold-relax, la limita durerii, asupra pacientului relaxat și aflat într-un climat de confort (fig. 33);
 - ⇒ *metoda Rolf* : întinderea fasciilor se realizează într-o modalitate mai agresivă decât precedenta și peste limita dureroasă (fig. 34).



Fig. 33



Fig. 34

⇒ **Pentru segmente**

- **Masajul de apel al toracelui pentru membrul superior și al abdo-menului pentru membrul inferior**: În dorința de a crește eficacitatea masajului aplicat unui membru afectat de diferite cauze patologice se folosește inițial acest tip de masaj, cu rol de creștere a circulației locale, a excitabilității neuromusculare și a troficității structurilor constitutive; el se realizează prin tehnicile clasice cunoscute, alternativ centripet și centrifug, dinspre și înspre rădăcina membrului; ulterior se realizează masajul membrului respectiv în sens centripet.

⇒ **Pentru afecțiunile venolimfatice**

- **Drenajul manual limfatic Leduc & Godard**: precede aplicarea metodei van der Mohlen, având rolul de a goli limfaticele până la limita posibilă manual și se realizează într-o tehnică succesivă:
 - ⇒ inițial de aspirație (de apel) - dinspre zona distală a membrului se execută spre zona proximală fricțiuni profunde, lungi, progresive;
 - ⇒ apoi de resorbție - se execută succesiv presiuni intermitente urmate de relaxări, tot dinspre distal spre proximal, în genul “mașinii de cusut”;
 - ⇒ se reia tehnica de aspirație și apoi se aplică metoda van der Mohlen.

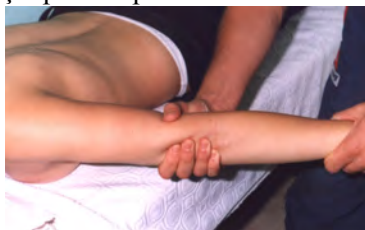


Fig. 35

- **Masajul tălpii venoase Lejars**: reprezintă o metodă care în ultima perioadă a căzut în desuetitudine, dar poate fi încă folosită cu succes în tulburările venoase ușoare și medii ale membrelor inferioare, cantonate de obicei la nivelul gambelor, care influențează negativ afecțiunile reumatismale ale genunchilor. Se realizează dinspre distal spre proximal, începând din zona inițială de pe plantă a marilor vase venoase și continuând înspre gleznă și treimea distală a gambei, prin neteziri urmate de fricțiuni și frământări, continue și intermitente. În final bolnavul adoptă o postură antideclivă timp de 30-60 minute.

⇒ **Pentru organele interne abdominale**

- **Metoda Grossi**: bazându-se pe existența legăturilor viscero-cutanate în care un stimul aplicat pe suprafața cutanată a peretelui abdominal acționează asupra musculaturii netede a stomacului și intestinului (fiind, de fapt, o metodă reflexoterapică specială), se adresează ptozelor gastrice și intestinale, a dereglărilor secretorii determinate de acestea, de origini diverse (inclusiv posttraumatice și chirurgicale, exclusiv tumorile neoplazice) și se realizează succesiv astfel:

1. pacientul în decubit dorsal și relaxat, iar terapeutul reperează zonele reflexe cutanate(existând 6 asemenea zone) hiperestezice;
2. terapeutul execută efloraje ușoare și lente pe toate zonele și se repetă acestea pe zonele cele mai sensibile, durata ședinței nede-pășind 20-25 de minute; eficiența tratamentului se urmărește prin aprecierea modificărilor zgomotelor intestinale la ascultația abdominală (practic, terapeutul așezat lateral față de pacient, cu o mână execută masajul și cu cealaltă deplasează stetoscopul).



Fig. 36

⇒ **Pentru efecte combinate (metode combinate)**

- **Metoda Knap:** propusă de Knap ca parte integrantă a unui program complex de menținere a sănătății, se poate folosi cu succes (iniferent de etiologia medicală sau postchirurgicală) pentru
 1. *stimularea circulației sanguine:* pacientul în decubit dorsal cu un membru inferior la verticală, iar terapeutul, printr-o priză “în brățară” a membrului, execută 30-40 de presiuni alunecate profunde, dinspre distal spre proximal;
 2. *combaterea constipației:* pacientul în așezat-rezemat cu genunchii flectați, iar terapeutul execută un masaj abdominal lent și profund, folosind tehnicile clasice, în sens orar și cu insistență pe colonul ascendent;
 3. *anihilarea punctelor dureroase musculare:* fricțiunea circulară li profundă cu pulpa degetelor, repetată de 40- 50 de ori, a 8 puncte speciale de la nivelul regiunii cervico-scapulo-toracice (ele fiind de fapt, o parte din punctele topografice speciale “miogelotice” întâlnite în sindroamele miofasciale și fibromialgice).
- **Metoda Vogler:** se bazează pe declanșarea efectelor reflexogene la distanță (fiind deci tot o metodă reflexoterapeutică specială) prin folosirea presiunilor aplicate pe anumite puncte și obținând, astfel, efecte antalgice și metabolice:
 1. *masajul periostului:* se realizează presiuni alunecate profunde și ritmate (alternanță de presiuni și relaxări) pe suprafețele periostale accesibile, pornind de la punctul tratat procedeul executându-se “în stea” (împingând țesutul superficial spre marginea zonei tratate, fără ca degetele să alunece pe piele) și apoi prin mișcări circulare lente pe locul dureros, la limita de toleranță a durerii, 20-30 de minute /ședință;
 2. *masajul colonului:* în constipațiile atone, bradikineziile veziculare, manifestările spasmodice ale colonului, ulcerele duodenale se execută o presiune lentă și profundă cu ultimele 4 degete pe peretele abdominal în sensul tranzitului intestinal (existând 5 zone speciale, la unghiurile colice și regiunea rectală), 30 de minute zilnic.

⇒/Pentru organele profunde - metode specifice

- Tehnica va fi prezentată la capitolul de masaj al diverselor organe și aparate.

6.1.1.4. Mobilizările postmasaj (mișcări și manevre după masaj)

Tehnica generală

- Mobilizări pasive din articulațiile masate și în cele învecinate cu regiunile masate în toate axele de mișcare permise.
- Mobilizări pasivo-active și activo-pasive, progresive, inițial în direcțiile libere și apoi în direcția cea mai deficitară.
- Tehnici de facilitare neuromusculare proprioceptive:
 - ⇒ fundamentale (de bază): iradierea influxului nervos de la musculatura puternică la cea slabă, iradierea de la un membru sănătos la cel bolnav, reflexe de postură și echilibrare, vizualizarea directă a mișcării, reciprocitatea între două scheme;
 - ⇒ speciale cu caracter general: inversarea lentă, inversarea lentă cu opunere, contracțiile repetate, inversarea agonistă, secvențialitatea pentru întărire;
 - ⇒ specifice:

- > pentru promovarea mobilității: inițiere ritmică, relaxare-opunere agonistă și antagonistă, rotație ritmică, stabilizare ritmică, mișcarea activă de relaxare-opunere;
- > pentru promovarea stabilității: contracția izometrică în zona scurtată, izometria alternantă;
- > pentru promovarea mobilității controlate: patrupezie;
- > pentru promovarea abilității: progresia cu rezistență, secvențialitatea normală.
- Utilizarea de elemente facilitatorii ale răspunsului neuro-muscular: stretch-ul, rostogolirea ritmică repetată, telescoparea, accelerația liniară și angulară, atingerea ușoară, contactele manuale și presiunea pe tendoanele lungi.
- Mișcări active simple și cu rezistență progresivă realizată manual sau cu ajutorul scripetoterapiei, suspensoterapiei, hidrokinetoterapiei, greutateților etalonate.
- Elemente de terapie ocupațională.
- Sportul terapeutic, dintre care înotul este cel mai complex și cu rezultatele cele mai rapide.

Tehnica particulară

- Va fi prezentată la fiecare categorie în parte.

6.1.1.5. Masajul diverselor regiuni

Se prezintă masajul regiunilor anatomice după structurarea metodologică și tehnică realizată de dr. Weiss L., care ni se pare cea mai adecvată (3,4). După tehnicile de **masaj parțial**, referitoare la diversele regiuni (extremitățile superioare, trunchiul, abdomenul și extremitățile inferioare), urmează, în final, **masajul general**. De asemenea, am considerat necesară, din rațiuni de ordin practic, detalierea unor noțiuni de anatomie topografică a regiunilor ce vor fi masate.

6.1.1.5.1. Masajul extremității superioare

Membrul superior (membrum superius) (1,17)

Sub aspect funcțional centura și membrul propriu-zis alcătuiesc o unitate “sine qua non”; în cadrul acestei unități centura scapulară are un rol subordonat segmentului apendicular, căruia îi asigură de fapt legătura cu blocul toracic.

A1) Umărul - noțiuni de anatomie topografică

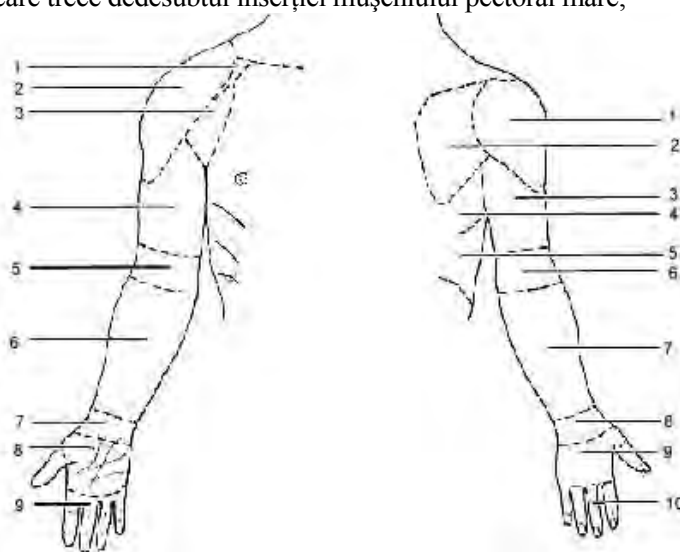
Umărul cuprinde trei regiuni topografice, dispuse în jurul centurii membrului superior și al extremității proximale a humerusului. Aceste regiuni sunt așezate în felul următor: regiunea deltoidiană - în partea laterală, regiunea scapulară - în partea posterioară și regiunea axilară - în partea medială.

- **Regiunea deltoidiană** (regio deltoidea)

Este regiunea laterală a umărului, ea corespunde mușchiului deltoid, care este mușchiul abductor al brațului și se inserează pe amprenta deltoică a humerusului printr-un tendon puternic.

Limitele sunt:

- ⇒ proximal - clavicula și acromionul;
- ⇒ distal - planul care trece dedesubtul inserției mușchiului pectoral mare;



Regiunile topografice ale membrului superior drept, văzute anterior. *Regiunile topografice ale membrului superior drept, văzute posterior.*

- | | |
|---|--|
| 1. Șanțul (triunghiul) deltopectoral. | 1. Reg. deltoidiană. 2. Reg. scapulară. |
| 2. Reg. deltoidiană. 3. Peretele anterior al axei. | 3. Reg. brahială posterioară. 4. Reg. costală. 5. |
| 4. Reg. brahială anterioară. 5. Reg. plicii cotului. 6. | 6. Reg. costoiliacă. 6. Reg. oleocraniană. 7. Reg. |
| Reg. Antebrahială anterioară. 7. Reg. anterioară a | antebrahială posterioară. 8. Reg. posterioară a |
| gâtului mâinii. 8. Reg. palmară a mâinii. 9. Reg. | gâtului mâinii. 9. Reg. dorsală |

Fig. 37 (17)

- ⇒ anterior - marginea anterioară a mușchiului deltoid (șanțul delto-pectoral);
- ⇒ posterior - marginea posterioară a deltoidului.

Stratigrafia cuprinde următoarele planuri:

- a) Pielea - fină și mobilă.
 - b) Planul subcutanat-alcătuit din țesut celular subcutanat cu panicul adipos. Conține: ramuri arteriale superficiale, vene superficiale, limfatice superficiale, ramuri nervoase (din plexul cervical și din nervul cutanat brahial lateral provenit din axilar).
 - c) Fascia deltoidiană-acopera mușchiul de care aderă.
 - d) Planul profund cuprinde:
 - ⇒ stratul muscular reprezentat de deltoid, inserat proximal pe claviculă și pe acromion, iar distal pe tuberozitatea deltoidiană;
 - ⇒ țesutul celular subdeltoidian conține: bursa seroasă subdeltoidiană, arterele circumflexe humerale anterioară și posterioară, ramuri ale arterei axilare însoțite de venele omonime, limfaticele profunde, nervul axilar;
 - ⇒ stratul tendinos profund este reprezentat de tendoanele de inserție ale următorilor mușchi: supraspinos, subspinos, rotundul mic (în partea lui postero-laterală), subscapular (în partea anterioară), tendonul pectoralului mare(anterior).
 - e) Planul articular - este reprezentat de fața antero-laterală a articulației umărului (gleno-humerală), precum și de articulația acromio-claviculară.
- **Regiunea scapulară** (regio scapularis)

Ocupă partea posterioară a umărului și este reprezentată de totalitatea părților moi situate pe fața dorsală a scapulei, dublând peretele posterior al axilei.

Limitele sunt:

 - ⇒ proximal - marginea superioară a scapulei;
 - ⇒ distal - marginea inferioară a rotundului mare;
 - ⇒ medial - marginea medială a scapulei;
 - ⇒ lateral - marginea posterioară a deltoidului.

Stratigrafic regiunea scapulară este formată din:

 - a) Pielea - mobilă față de planurile subiacente, groasă.
 - b) Planul subcutanat - alcătuit din țesut celular subcutanat, în general redus, și de fascia superficială. Elementele nervoase sunt aceleași ca și în regiunea deltoidiană.
 - c) Planul profund - cuprinde fosa supraspinoasă și subspinoasă, separate de spina scapulei:
 - ◆ în fosa supraspinoasă se întâlnesc două straturi: unul superficial reprezentat de mușchiul trapez, care se inseră pe spina scapulei, și unul profund, în care se găsește mușchiul supraspinos;
 - ◆ în fosa infraspinoasă se întâlnesc de asemenea două straturi: stratul superficial este discontinuu, alcătuit din trei mușchi: fasciculul inferior al trapezului (supero-medial), dorsalul mare (inferior), fasciculul posterior al deltoidului (supero-lateral). Stratul al doilea conține în succesiune de sus în jos, mușchii: infraspinos, rotund mic și rotund mare. Toți sunt inserați în fosa infraspinoasă și se îndreaptă apoi în direcție laterală.
 - **Regiunea axilară** (regio axillaris)

Reprezintă totalitatea părților moi cuprinse între articulația scapulo-humerală (supero-lateral), fața laterală a toracelui (medial) și scapula (posterior). Regiunea axilară are forma unei piramide cu axul oblic îndreptat în jos și lateral. Ca atare i se vor descrie patru pereți (anterior, posterior, medial, lateral), o bază (fosa axilară), un vârf (vârful axilei) și un conținut (cavitatea axilei).

În această regiune se găsesc: mănunchiul vasculo-nervos al axilei (vasele axilare și fasciculele plexului brahial), ramurile colaterale ale acestora, vase și noduri limfatice axilare.

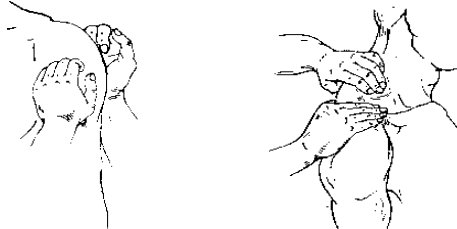
A2) Masajul umărului

Pentru masajul umărului trebuie să se ia în considerare musculatura acestei regiuni, care se împarte în trei grupuri: mușchiul supraspinos și subspinos, mușchiul deltoid, mușchiul pectoral.

Pentru ca articulația să fie ușor accesibilă masajului, bolnavul va sta pe un taburet liber din toate părțile.

Se începe cu masajul de introducere, apoi la fiecare mușchi în parte se procedează după cum urmează:

- ⇒ Se face netezirea cu palma a mușchiului supraspinos, apoi a celui subspinos (se poate aplica și tehnica pieptene). Frământatul se face cu două degete sau rezemând mâna pe spina scapulei; se poate face și un fel de geluire cu rădăcina mâinii de jos în sus. Baterea se face cu dosul sau cu dunga mâinii.
- ⇒ La mușchii pectorali se face netezirea, fixând cu mâna umărul apoi se aplică frământatul cu două degete. La femei se va masa cu grijă regiunea mamară, care este foarte sensibilă. Aici se poate face și geluire pe distanță scurtă. Fricțiunea se face numai când sunt cicatrici postoperatorii, aderente de scheletul osos al toracelui. Se face cu unul sau două degete de-a lungul cicatricei. Baterea asupra acestor cicatrice nu se face niciodată, deoarece în urma intervenției operatorii sunt lipsite de țesutul muscular subiacent.
- ⇒ Urmează mușchiul deltoid. Se netezește în sus, cu o mână sau cu două mâini, apoi se aplică petrisajul, mai mult sub formă de stoarcere făcută în sus, apoi transversal. Se poate aplica și geluirea combinată cu stoarcerea. Baterea se face cu dosul mâinii sau cu dunga degetelor. Se trece apoi la fricțiune, procedură foarte importantă pentru articulația umărului, care se începe cu partea anterioară a capsulei articulare. Pentru a fi accesibilă, mâna bolnavului se plasează la spate. În această poziție capul humeral proemină, putându-se acționa direct asupra capsulei, aplicând fricțiunea orizontal, vertical și circular. După aceasta, bolnavul își așează mâna pe umărul sănătos, punând astfel în evidență partea posterioară a capsulei articulare, astfel încât se poate pătrunde cu degetul sub acromion. Pentru a fricționa partea inferioară a capsulei articulare, bolnavul își va așeza mâna pe umărul maseurului, care plasează ambele degete mari în axila bolnavului și cu celelalte degete cuprinde partea superioară a umărului. Se trece apoi la fricțiunea bursei seroase a bicepsului. Bolnavul lasă să atârne mâna de-a lungul corpului, se palpează șanțul mușchiului deltoid între cele două porțiuni ale deltoidului și se fricționează, eventual combinat cu vibrația, șanțul bicipital.
- ⇒ La sfârșit se execută mișcările particulare pentru umăr, pasive și active de promovare - sprijinind brațul la ridicare - mișcări simetrice, simultan cu brațul normal, mișcări pendulare, eventual și mișcări sacadate. Mișcările articulației se fac în jurul axei verticale, rotația în afară și înăuntru, bolnavul ținând cotul întins sau îndoit, iar umărul fixat. La mișcările de circumducție cu un singur braț, bolnavul este în poziție șezândă, iar maseurul, așezat la spatele lui, cuprinde și imobilizează cu o mână trunchiul la nivelul umărului, iar cu cealaltă mână ține antebrațul în flexie și execută mișcări în sus, înainte, în jos și înapoi, descriind un cerc. Circumducția ambelor brațe se face tot în poziție șezândă, însă cu brațele întinse, cu mișcări simetrice. În jurul axei latero-laterale se fac abducția și adducția. La sfârșit se va executa și mișcarea de pronație și supinație extinsă a antebrațului, la care participă și musculatura umărului.



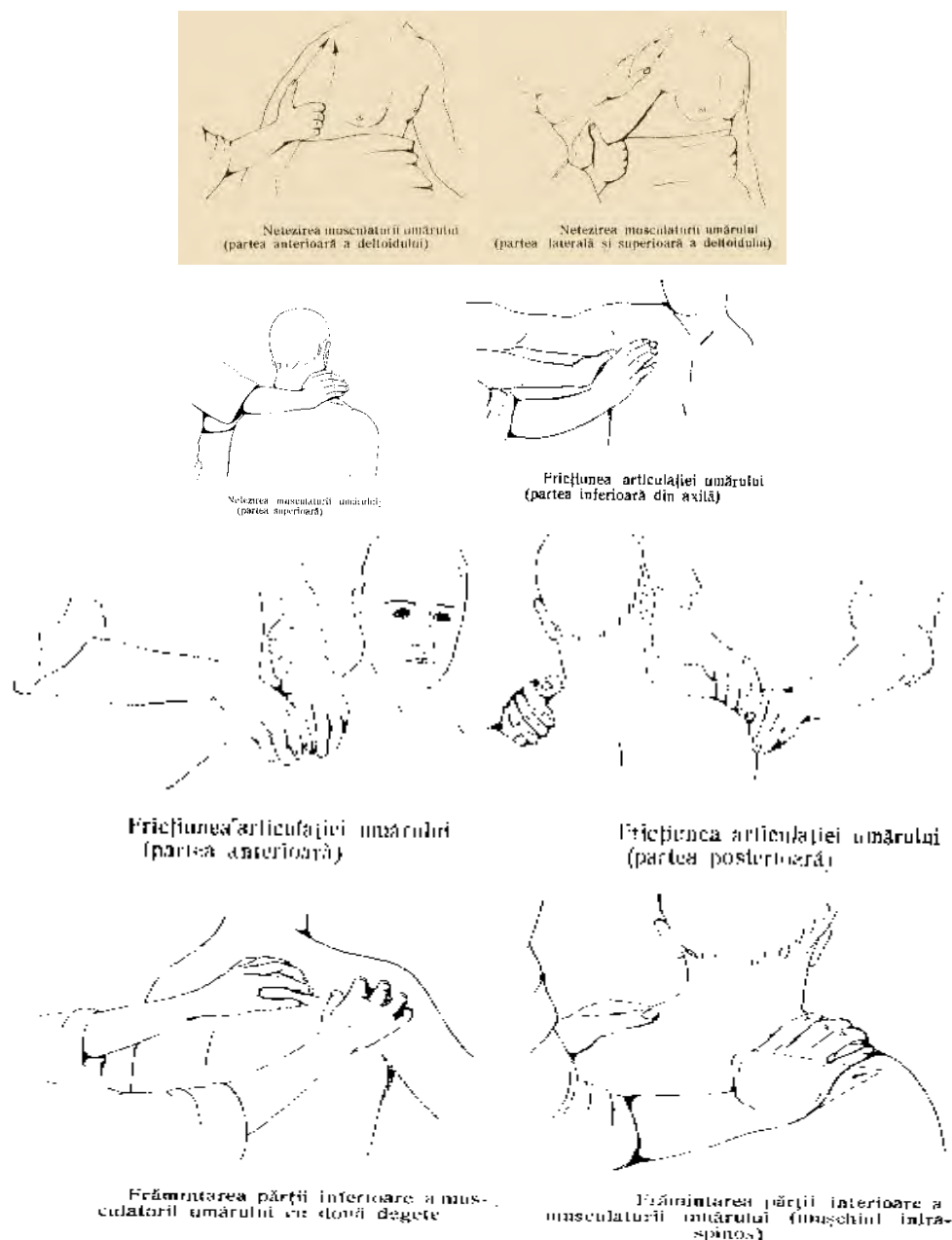


Fig. 38 (3,4,6,7)

B1) Brațul (brachium) - noțiuni de anatomie topografică

Brațul este segmentul situat între umăr și cot. La copii, femei și subiecții adipoși are forma aproape cilindrică. La subiecții musculoși, proemină relieful mușchiului biceps brahial, flancat de șanțul bicipital medial (întins din axilă până la plica cotului) și șanțul bicipital lateral (întins de la tuberozitatea deltoidiană până la plica cotului).

Brațul este împărțit într-o regiune anterioară și una posterioară, printr-un plan frontal dus prin cei doi epicondili și prin marginile medială, respectiv laterală ale diafizei humerale; planul trece prin cele două septuri intermusculare ale brațului.

- **Regiunea brahială anterioară (regio brachialis anterior)**

Stratigrafic cuprinde următoarele planuri:

- a) Pielea - mai fină pe fața medială decât pe cea laterală, este mobilă față de planurile subiacente.
- b) Planul subcutanat - conține în țesutul celulo-adipos o serie de elemente vasculo-nervoase superficiale (vena cefalică, vena bazilică, vasele limfatice superficiale, nervul cutanat medial al brațului).

- c) Fascia brahială-înconjoară brațul ca un manșon.
- d) Planul profund-este alcătuit din două straturi musculare. Cel superficial este reprezentat de deltoid - doar la inserția sa distală pe tuberozitatea deltoidiană - și de bicepsul brahial. Stratul al doilea este alcătuit, de sus în jos și în sens medio-lateral, din: coracobrahial, brahial, brahioradial. În partea medială a planului profund trece mănunchiul vasculo-nervos al brațului.

- **Regiunea brahială posterioară** (regio brachialis posterior)

Stratigrafic cuprinde următoarele planuri:

- a) Pielea - este mai groasă și cu peri mai lungi decât cei din regiunea anterioară.
- b) Planul subcutanat-mai bogat în țesut adipos, conține ca elemente nervoase superficiale: nervul cutanat brahial lateral superior, nervul cutanat brahial lateral inferior, nervul cutanat brahial posterior.
- c) Planul fascial - este reprezentat de partea posterioară a fasciei brahiale.
- d) Planul profund - prezintă mușchiul triceps brahial, cel mai puternic extensor al antebrățului, format dintr-o lungă porțiune inserată sus pe omoplat și doi mușchi vaști, unul intern, altul extern, inserați sus pe humerus, toți trei terminați în jos cu un tendon puternic inserat pe olecran. Între cele două capete scurte ale tricepsului, direct pe planul osos, descinde nervul radial cu vasele brahiale profunde și cu limfaticele profunde.

Nervul radial se desprinde din fasciculul posterior al plexului brahial, având origine în rădăcinile C5-T1. Nervul radial este un nerv mixt, predominant motor. Ramurile motoare se distribuie mușchilor extensori și supinatori ai membrului superior:

- ⇒ pentru extensorii cotului (triceps, anconeu);
- ⇒ pentru supinatorii antebrățului (scurtul supinator, cel mai puternic supinator);
- ⇒ pentru extensorii pumnului (primul și al doilea radial și cubitalul posterior);
- ⇒ pentru extensorii metacarpofalangieni (extensorul comun al degetelor, extensorul propriu al indexului, extensorul propriu al degetului 5);
- ⇒ extensorii policelui (scurtul și lungul extensor al policelui);
- ⇒ pentru abducția policelui (lungul abductor al policelui).

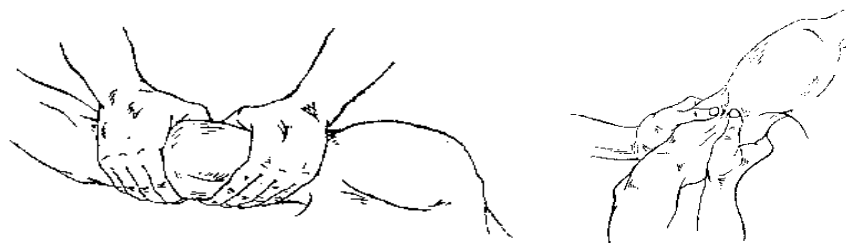
Ramurile senzitive asigură sensibilitatea tegumentelor feței posterioare a brațului, antebrățului și mâinii. Numai o zonă cutanată în tabachera anatomică este inervată exclusiv de radial-are valoare diagnostică.

Nervul radial conține puține fibre vegetative, spre deosebire de median și cubital, motiv pentru care tulburările vasculonutritive sunt rare în paralizia de radial.

B2) Masajul brațului

La masajul acestei regiuni se vor avea în vedere următoarele trei grupuri musculare: grupul bicepsului, împreună cu brahialul anterior și coraco-brahialul, grupul tricepsului, grupul deltoidului.

- ⇒ Se începe masajul cu grupul tricepsului, care suferă cel mai mult în urma traumatismului, reumatismului, proceselor osoase sau în urma inactivității, devenind cel mai repede atrofic. Maseurul ține cu mâna stângă antebrățul stâng al bolnavului în ușoară flexie, iar cu cealaltă mână cuprinde mai întâi masa musculară a tricepsului și netezește cu degetul mare, alunecând pe șanțul bicipital extern, apoi pe marginea posterioară a deltoidului, până la axilă, unde întâlnește celelalte patru degete care alunecă de-a lungul șanțului bicipital intern.



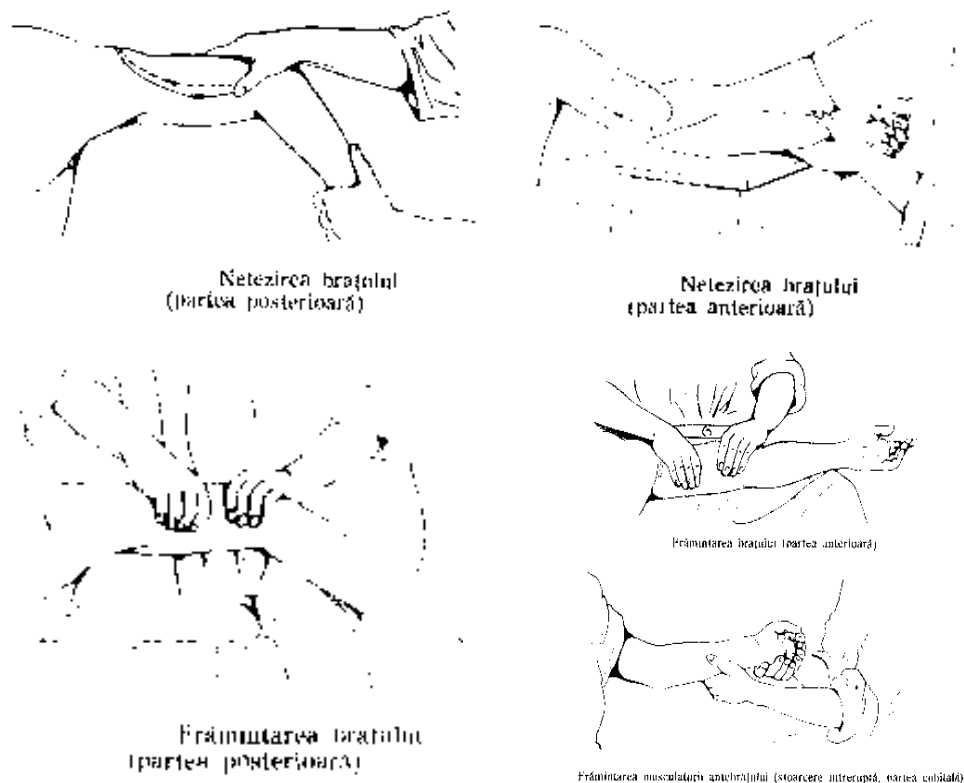


Fig. 39 (3,4,6,7)

- ⇒ Se trece apoi la netezirea bicepsului pe partea stângă. Degetul mare va urma traiectul șanțului bicipital intern, celelalte degete traiectul șanțului bicipital extern, prin alunecare îndreptându-se în sus, spre partea internă a umărului. Se trece apoi cu policele pe marginea anterioară a deltoidului spre axilă, unde se aduc și celelalte degete.
- ⇒ Urmează netezirea deltoidului, care este împărțit printr-un interstițiu ce traversează mijlocul masei musculare, în două părți: partea externă și internă. Se va masa fiecare parte separat. Partea internă se va netezi de la mijlocul brațului în sus, până la acromion, aplicând degetul mare de la mână dreaptă pe mijlocul mușchiului, iar celelalte degete pe partea lui anterioară. Partea externă se va netezi cu mâna stângă, pornind de la treimea inferioară către scapulă. Netezirea se poate combina cu vibrația, în aceeași ordine, fiind mai puțin dureroasă și cu rezultate dintre cele mai bune. Frământatul se începe la triceps, se continuă cu bicepsul, apoi cu partea internă a deltoidului și la urmă cu partea externă a deltoidului, făcându-se cu degetul mare și cu arătătorul sau cu palma. Aici se poate aplica mângăluirea, făcută cu două palme, de sus în jos, de-a lungul mușchiului și geluirea, mai ales la persoanele obeze, executată cu trei degete la partea anterioară, apoi la cea posterioară a brațului. Baterea se face cu dunga mâinii - degetele fiind lăsate libere - cu palma mâinii sau cu dosul mâinii. Identic se execută la brațul drept, cu prizele corespunzătoare.

CI) Cotul (cubitus) - noțiuni de anatomie topografică

Regiunea cotului, intermediară între braț și antebraț, corespunde articulației cotului.

Limitele sunt:

- ⇒ proximal - planul transversal care trece la două lățimi de deget deasupra epicondiliilor humerali;
- ⇒ distal - planul transversal dus la două degete sub cei doi epicondili humerali.

Cotul se împarte în două regiuni, anterioară și posterioară, prin planul frontal ce trece prin epicondiliile humerali.

• **Regiunea anterioară a cotului (regio cubitalis anterior)**

Este numită și plica cotului, prezintă trei reliefuri musculare: unul median, dat de flexorii antebrațului; unul lateral, al mușchilor epicondilieni laterali și altul medial, al mușchilor epicondilieni mediali.

Între aceste proeminențe musculare se delimitează două șanțuri: bicipito-radial și bicipito-ulnar. În șanțul bicipito-ulnar se poate palpa artera brahială.

Stratigrafic se succed:

- a) Pielea - este subțire, suplă, mobilă.
- b) Planul subcutanat - conține panicul adipos, cuprinde vase limfatice superficiale, precum și importante vene superficiale. În partea laterală urcă vena cefalică, iar, în partea medială, vena bazilică; de asemenea în partea laterală a regiunii descinde nervul cutanat lateral al antebrațului, iar în partea medială, ramura anterioară de bifurcație a cutanatului medial al antebrațului.
- c) Planul fascial - este format de fascia cotului, continuare a fasciei brahiale, continuată apoi cu cea antebrahială. Fascia este întărită medial de aponevroza bicipitală ce se desprinde din tendonul bicepsului.
- d) Planul profund - este alcătuit din trei grupuri musculare, între care se formează cele două șanțuri - bicipital medial (ulnar) și bicipital lateral (radial).
 - ⇒ Grupul mijlociu cuprinde porțiunea terminală a bicepsului brahial, care acoperă mușchiul brahial.
 - ⇒ Grupul medial, al flexorilor, este reprezentat de șase mușchi dispuși în trei straturi. Cei ai primelor două straturi sunt mușchii epicondilieni mediali (epitrohleeni). În primul strat se întâlnește rotundul pronator, flexorul radial al carpului, palmarul lung și flexorul ulnar al carpului. Stratul secund este format de flexorul superficial al degetelor, iar în ultimul strat se găsește flexorul profund al degetelor.
 - ⇒ Grupul lateral este alcătuit din patru mușchi dispuși de la suprafață spre profunzime: brahioradialul, lungul extensor radial al carpului, scurtul extensor radial al carpului și supinatorul.

În profunzime trece un important pachet vasculonervos, care cuprinde artera humerală și cele două vene satelite, artera radială cu recurenta ei anterioară, artera ulnară cu recurentele ei, nervii median, ulnar și radial, musclocutanatul și interosoșii.

- **Regiunea posterioară a cotului** (regio cubitalis posterior)

Este numită și regiunea olecraniană, cuprinzând olecranul, încadrat de cei doi epicondili humerali (cel medial proeminând mai mult decât cel lateral). Între ele se formează două șanțuri paraolecraniene, cel medial fiind mai adânc, aici simțindu-se cordonul nervului ulnar.

Stratigrafie:

- a) Pielea-groasă și mobilă, se cutează deasupra olecranului în extensie.
- b) Planul subcutanat-conține la nivelul proeminenței olecraniene o bursă seroasă subcutanată (frecvent inflamată în urma microtraumatismelor). Ca elemente nervoase, planul suprafascial cuprinde ramuri din radial, musclocutanat și din cutanatul medial al antebrațului.
- c) Fascia regiunii - strâns aderentă de periostul celor trei proeminențe osoase, se continuă cu fasciile învecinate.
- d) Planul profund este alcătuit din trei grupuri de mușchi:
 - ⇒ grupul mijlociu este reprezentat de inserția distală a tricepsului brahial pe olecran;
 - ⇒ grupul lateral, al extensorilor, numiți și mușchii epicondilieni laterali, sunt: extensorul degetelor, extensorul degetului mic, extensorul ulnar al carpului și anconeul;
 - ⇒ grupul medial cuprinde doar capul ulnar de origine al flexorului ulnar al carpului.

C2) Masajul articulației cotului

Pentru masajul articulației cotului maseurul șade ținând brațul bolnavului în abducție, articulația cotului în ușoară flexie, mâna în pronație, rezemând fața palmară a mâinii pe genunchiul maseurului.

⇒ Se începe cu masajul de introducere, netezind de la regiunea cubitală în sus, spre umăr, pe partea laterală și înăuntrul deltoidului, îmbrățișând tricepsul.

⇒ Fricțiunea părții posterioare a capsulei se execută pătrunzând cu unu sau două degete spre interiorul ei, de-a lungul epicondilului extern și intern, combinând eventual fricțiunea cu vibrația. Se aplică apoi ambele degete mari pe marginile olecranului, iar celelalte degete ale ambelor mâini pe plica cotului și se fricționează spre partea externă (epicondilul extern), apoi spre cea internă. După aceasta, bolnavul duce antebrațul în supinație și flexie, rezemându-și mâna (fața dorsală) pe pieptul maseurului, care va fricționa capsula articulară în partea ei anterioară, pătrunzând cu ambele police în plica cotului printre tendoane.

⇒ Ședința de masaj se va încheia cu netezire, urmată de mișcări pasive și active.



Fig. 40 (3,4,6,7)

D1) Antebrațul (antebrachium) - noțiuni de anatomie topografică

Limitele sunt:

- ⇒ proximal - planul transversal ce trece la două lățimi de deget dedesubtul condililor humerali;
- ⇒ distal - planul transversal dus la doi cm deasupra procesului stiloidian al ulnei.

Antebrațul este subdivizat topografic într-o regiune anterioară și una posterioară, printr-un plan frontal ce trece prin două linii verticale ce unesc epicondiliile humerale cu cele două procese stiloidiene ale radiusului și ulnei.

• Regiunea anterioară a antebrațului (regio antebrachialis anterior)

Stratigrafic prezintă:

- a) Pielea - fină, subțire, mobilă pe părțile subiacente.
- b) Planul subcutanat - reprezentat de țesutul celulo-adipos, conține ca elemente: venele superficiale (vena cefalică, vena bazilică, vena intermediară a antebrațului), nervii superficiali (ramurile anterioare din musculocutanat și din cutanatul medial al antebrațului).
- c) Fascia antebrachială - este mai groasă inferior, unde este întărită de fibre transversale care îi dau un caracter aponevrotic.
- d) Planul profund - cel muscular, cuprinde 11 mușchi dispuși în două grupuri, unul lateral și unul anterior propriu-zis:
 - ⇒ Grupul lateral este alcătuit din trei mușchi suprapuși (de la suprafață în profunzime): brahioradialul, lungul extensor radial al carpului și scurtul extensor radial al carpului.
 - ⇒ Grupul anterior propriu-zis are mușchii dispuși în trei straturi. Primul strat conține patru mușchi epicondilieni mediali (epitrohleeeni): rotundul pronator, flexorul radial al carpului, palmarul lung și flexorul ulnar al carpului. Al doilea strat este format din flexorul superficial al degetelor, iar stratul al treilea este constituit din trei mușchi: flexorul lung al policelui, flexorul profund al degetelor și pătratul pronator.

În cadrul planului profund trec elemente vasculo-nervoase importante: nervul median, mănunchiul vasculo-nervos radial, mănunchiul vasculo-nervos ulnar, mănunchiul vasculo-nervos interosus anterior. Vasele sangvine sunt însoțite de vase limfatice profunde.

Nervul median își are originea în rădăcinile C6-T1. Pe traseul antebraț-mână se desprind ramuri motorii pentru:

- ◆ rotundul și pătratul pronator(pronația antebrațului);
- ◆ marele palmar (flexia pumnului, la care participă însă și cubitalul anterior inervat de nervul cubital);

- ◆ cei doi lombricali externi (participă la flexia articulațiilor MCF);
- ◆ flexorul superficial comun al degetelor (flexia celei de-a doua falange pe prima);
- ◆ flexorul profund comun-fasciculele degetelor 2 și 3 (flexia falangei terminale pe cea de-a doua falangă);
- ◆ lungul flexor al policelui și capul extern al scurtului flexor (flexia articulației MCF și IF a policelui);
- ◆ scurtul abductor al policelui (abducția policelui, alături de lungul abductor inervat de nervul radial);
- ◆ opozantul policelui.

Deci, medianul este nervul flexiei mâinii, pronației și opoziției policelui. Paralizia medianului dă importante tulburări vasomotorii și trofice: cianoză/eritem al degetelor, hipersudorație, descuamație, atrofie musculară a lojei anterioare a antebrățului și eminenței tenare.

Paralizia nervului median este cea mai invalidantă pentru mână, deoarece asigură sensibilitatea celor mai importante zone ale mâinii și pentru faptul că desfințează pensa tridigitală (police-index-medius), principala pensă de prehensiune.

Nervul cubital dă ramuri pentru inervarea mușchilor antebrățului și mâinii, nu și pentru cei ai brațului. Inervează:

- ◆ cubitalul anterior, care participă la flexia pumnului (alături de marele palmar, inervat de median);
- ◆ cei doi lombricali interni;
- ◆ interosoșii palmari și dorsali (care participă la flexia articulației MCF și fac adducția, respectiv abducția);
- ◆ flexorul profund al degetelor, care realizează flexia falangelor distale ale degetelor 4 și 5;
- ◆ flexorul scurt și adductorul policelui;
- ◆ opozantul degetului 5.

Cubitalul este considerat nervul care comandă mișcările fine ale mâinii, în timp ce radialul și medianul, pe cele de forță.

- **Regiunea posterioară a antebrățului** (regio antebrachialis posterior)

Stratigrafia cuprinde:

- Pielea - este mai groasă, mai puțin mobilă și acoperită cu păr.
- Planul subcutanat-cuprinde venele superficiale, vasele limfatice superficiale și nervii superficiali care sunt reprezentați de ramuri cutanate ale nervului cutanat lateral al antebrățului (din musculocutanat), nervul cutanat posterior al antebrățului (din radial), nervul cutanat medial al antebrățului.
- Fascia antebrațială - este mai groasă, datorită inserției pe ea a mușchilor.
- Planul profund - conține 7 mușchi dispuși în două straturi. Primul strat este reprezentat de mușchii epicondilieni laterali (în ordine latero-medială): extensorul degetelor, extensorul degetului mic și extensorul ulnar al carpului. Stratul al doilea cuprinde: lungul abductor și scurtul extensor ai policelui (ce coboară oblic spre marginea laterală a gâtului mâinii), lungul extensor al policelui și extensorul indexului (cu traiect vertical spre mână).

D2) Masajul antebrățului

La executarea masajului antebrățului se va ține seama de cele două grupuri musculare: grupul extensorilor și grupul flexorilor.

⇒ Se începe cu netezirea flexorilor. Degetul mare va urma cursul șanțului dintre flexori și extensori, pe când celelalte degete cuprind extensorul și, pornind în aceeași direcție, se vor întâlni deasupra epicondilului intern. După aceasta se face netezirea extensorilor. Maseurul schimbă poziția mâinilor, degetul mare va netezi flexorii, iar celelalte patru degete vor netezi în același timp extensorii, unindu-se deasupra epicondilului extern.

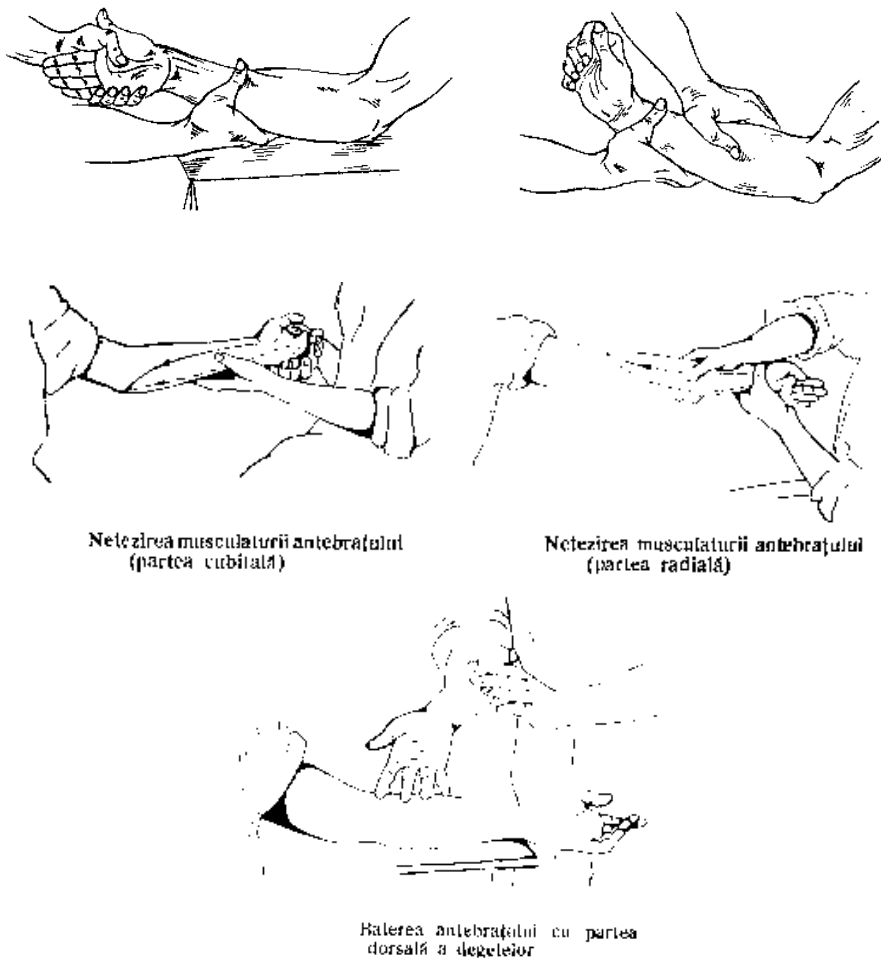


Fig. 41 (3,4,6,7)

- ⇒ Frământatul începe cu grupul extensorilor de la extremitatea distală a antebrațului până la articulația cotului, cuprinzând întregul grup muscular al extensorilor și al părților laterale ale flexorilor între degetul mare și celelalte degete. La persoanele obeze, frământatul se poate face și cu ambele mâini. Urmează frământatul grupului flexor, bolnavul ținând brațul în abducție, cotul îndoit și antebrațul în supinație. Mișcările de stoarcere se vor face în sus, alunecând spre epicondilul intern.
- ⇒ Fricțiunea nu se face, exceptând cazurile când sunt cicatrice sau indurații de-a lungul tendoanelor.
- ⇒ Batarea se poate face, fiind executată cu degetele ținute libere. Este substituită mai mult de vibrație.

E1) Gâtul mâinii (pumnul) - noțiuni de anatomie topografică

Este un segment scurt, de legătură între antebraț și mână. Postero-medial proemină procesul stiloidian al ulnei.

Limitele sunt:

- ⇒ proximal - planul transversal dus la 2 cm deasupra procesului stiloidian ulnar;
- ⇒ distal - planul dus imediat sub pisiform și sub tuberculul scafoidului.

Gâtul mâinii se divide într-o regiune anterioară și alta posterioară, cu ajutorul planului frontal ce trece prin mijlocul extremităților distale ale oaselor antebrațului.

• Regiunea anterioară a gâtului mâinii

Stratigrafic regiunea cuprinde:

- a) Pielea - subțire și aderentă de fascie, este vizibilă rețeaua venoasă subcutanată prezintă trei pliuri transversale (ce se accentuează la flexia mâinii).

- b) Planul subcutanat - format din țesut conjunctiv dens, conține ca elemente epifasciale: o rețea venoasă superficială, vase limfatice superficiale, ramurile palmare (cutanate) din nervul median, ramura cutanată palmara din nervul ulnar.
- c) Planul fascial - este reprezentat de continuarea fasciei antebrachiale. În partea inferioară a regiunii, ea este dublată de o panglică fibroasă transversală profundă - retinaculul flexorilor. Aderent de retinacul trece tendonul mușchiului palmar lung. În partea ulnară trece mănunchiul vasculo-nervos ulnar.
- d) Planul profund-cel musculo-tendinos, este dispus în patru straturi:
 - ⇒ Primul strat este alcătuit din trei tendoane, care în ordine medial-lateral sunt: tendonul brahioradialului, tendonul flexorului radial al carpului, tendonul flexorului ulnar al carpului.
 - ⇒ Al doilea strat tendinos este reprezentat de cele patru tendoane ale flexorului superficial al degetelor.
 - ⇒ Al treilea strat este format din tendonul flexorului lung al policelui și tendoanele flexorului profund al degetelor.
 - ⇒ Ultimul strat este alcătuit din fasciculele inferioare, transversale, ale mușchiului pătrat pronator.
- **Regiunea posterioară a gâtului mâinii**
Stratigrafic regiunea cuprinde:
 - a) Pielea - mai groasă, mai mobilă și cu pilozitate mai accentuată ca cea anterioară.
 - b) Planul subcutanat - alcătuit dintr-un țesut conjunctiv lax ce conține și grăsime, prezintă: originea venelor cefalică și bazilică, vase limfatice superficiale, ramuri nervoase din ramura superficială a radialului și ramura dorsală a nervului ulnar.
 - c) Planul fascial - este întărit de fibre transversale, care formează retinaculul extensorilor.
 - d) Planul profund - este tendinos. În ordine radio-ulnară întâlnim tendoanele următorilor mușchi: lungul abductor și scurtul extensor ai policelui, extensorii radiali ai carpului (lung și scurt), lungul extensor al policelui, tendoanele extensorului indexului și ale extensorului degetelor, extensorul degetului mic, extensorul ulnar al carpului. Între tendoanele lungului abductor și scurtului extensor ai policelui, pe de o parte, și tendonul lungului extensor al policelui, pe de alta, se delimitează o depresiune numită tabachera anatomică.

F1) Mâna (manus) - noțiuni de anatomie topografică

Limita proximală este reprezentată de planul dus imediat sub pisiform și sub tuberculul scafoidului. Mâna poate fi împărțită în două porțiuni: una proximală, mâna propriu-zisă, ce corespunde scheletului carpo-metacarpian; alta distală, reprezentată de cele cinci degete, corespunzătoare scheletului falangian.

Mâna propriu-zisă se subîmparte la rândul ei într-o regiune palmară și una dorsală.

• **Regiunea palmară a mâinii (palma manus)**

Are o formă concavă, cu o depresiune centrală delimitată între eminența tenară - în partea radială, cea hipotenară - în partea ulnară, ambele date de masa musculaturii policelui, respectiv a degetului mic, iar distal de buretul digito-palmar.

Stratigrafic cuprinde următoarele planuri:

- a) Pielea - groasă, puțin mobilă, lipsită complet de păr și glande sebacee, în schimb cu multe glande sudoripare.
- b) Planul subcutanat - prezintă tracturi fibroase, prin care pielea aderă de planul următor. La nivelul eminenței hipotenare, planul conține mușchiul palmar scurt. Nervii acestui plan sunt reprezentați de ramurile palmare ale medianului (ce inervează pielea eminenței tenare și a porțiunii mijlocii a palmei) și de către nervul cutanat palmar (care inervează pielea eminenței hipotenare).
- c) Planul fascial - este reprezentat de fascia palmară superficială, care în porțiunea mijlocie alcătuiește aponevroza palmară.
- d) Planul profund subfascial - este alcătuit din două straturi, unul musculo-tendinos și altul muscular interosos.
 - ⇒ Stratul musculo-tendinos subfascial este dispus în trei loji palmare:

- ◆ Loja laterală (tenară) cuprinde cei patru mușchi ai policelui, așezați în trei straturi: superficial (abductorul scurt); stratul mijlociu (mușchiul opozant al policelui și flexorul scurt); stratul profund al lojii este alcătuit din fasciculul oblic al adductorului.
 - ◆ Loja medială (hipotenară) conține cei trei mușchi ai degetului mic, așezați în două straturi. Superficial sunt dispuși abductorul (în partea ulnară-medială) și flexorul scurt (în partea radială-laterală).
 - ◆ Loja mijlocie (mezotenară) este alcătuită din două straturi. Stratul superficial cuprinde tendoanele flexorului superficial al degetelor, iar stratul profund pe cele ale flexorului profund de care sunt anexați cei patru mușchi lombricali.
- ⇒ Stratul muscular interosos este reprezentat în ordine de: fascia mușchilor interosoși (palmara profundă), vasele și nervii, mușchii interosoși (trei palmari și patru dorsali).
- **Regiunea dorsală a mâinii** (dorsum manus)

Stratigrafic se succed:

 - a) Pielea - foarte subțire, mobilă, acoperită în mod variabil cu păr, se vede prin transparența ei rețeaua venoasă superficială.
 - b) Planul subcutanat - este lax, aproape lipsit de grăsime, ceea ce permite difuzarea exudatelor, edemațiindu-se considerabil în inflamația regiunii palmare și în tulburările circulatorii cardiovasculare.
 - c) Planul fascial - este reprezentat de fascia dorsală a mâinii, care se continuă proximal cu retinaculul extensorilor.
 - d) Planul profund - cel tendinos, este alcătuit din tendoanele întâlnite și la gâtul mâinii.
 - **Degetele mâinii** (digiți manus)

Limita față de mâna propriu-zisă este reprezentată de linia curbă cu concavitatea proximală, care trece palmar prin plicele digito-palmare, iar dorsal prin comisurile interdigitale. Degetelor li se descriu o regiune palmară și una dorsală, separate prin planurile frontale duse prin axul falangelor.

Ca și mâna propriu-zisă, degetele pot fi frecvent sediul unor leziuni, care se pot complica cu supurații, dând naștere panarițiilor. Tendința supurațiilor este de a difuza în profunzime amenințând periostul, osul și teaca sinovială; ele se pot extinde proximal spre palmă, în special în cazul tenosinovitelor degetelor I și V, deoarece tecile sinoviale ale tendoanelor acestor degete se continuă în regiunea palmară, până în canalul carpian.
- F2) Masajul articulațiilor degetelor mâinii și a articulației radio-carpene**
- Principii generale: mâna bolnavului se așează pe genunchiul maseurului, care începe cu masajul de introducere.
- ⇒ Se netezește cu palma în sus, de la vârful degetelor spre articulația radio-cubitală, apoi fiecare deget în parte de la vârful degetului, pe partea anterioară, posterioară și laterală, cu policele și indicele.
- ⇒ După netezire, urmează frământatul, prinzând și comprimând între police și indice musculatura laterală a falangelor, pe partea internă, apoi pe cea externă sau concomitent. Frământatul se poate face și în sens vertical și înapoi, sub formă de mângăluire, cu două degete.
- ⇒ În continuare se fricționează cu atenție toate articulațiile interfalangiene și metacarpo-falangiene, mai ales pe partea posterioară și laterală, deoarece exsudatele intraarticulare proemină de obicei dorsal și lateral.
- Masajul regiunii dorsale a mâinii se face astfel:
- ⇒ Mâna bolnavului se sprijină pe genunchiul maseurului sau pe un suport și se netezește cu mâna dreaptă în sus, de la articulația metacarpo-falangiană spre fața dorsală a antebrațului, până la articulația cotului.
- ⇒ Frământatul se face mai ales pe regiunea tenară și hipotenară sub formă de stoarcere, cu degetul mare și cu indexul.
- ⇒ La musculatura degetului mare se aplică netezirea, apoi frământarea de compresiune, urmate de frământarea cu două degete, vertical, pe musculatura policelui.
- ⇒ Se masează apoi mușchii interosoși, care nu trebuie uitați, deoarece aici se instalează frecvent atrofii pronunțate. Maseurul pătrunde cu pulpa degetelor în spațiile intermetacarpene, apoi netezește și frământă cu partea laterală a degetelor, sub formă de geluire, în ambele direcții.

Masajul palmei nu are aceeași importanță ca masajul regiunii dorsale. Totuși, această regiune poate fi grav atinsă prin plăgi, accidente sau flegmoane. Din cauza aponevrozelor puternice ale palmei, masajul acestei regiuni este mai dificil. De aceea, mâna se așează în flexie palmară și se netezește mai energic de la rădăcina degetelor spre antebraț cu partea dorsală a degetelor al II-lea și al V-lea complet îndoite. Prin apăsări adânci și prin frământat lateral, se mobilizează tendoanele acestei regiuni.

Masajul articulației radio-cariene se efectuează în modul următor:

- ⇒ Va începe cu masajul de introducere, netezind în sus, spre articulația cotului.
- ⇒ Mâna se așează în flexie dorsală ca să se poată pătrunde în articulație și se fac fricțiuni între apofiza stiloidă a radiusului și cubitusului.
- ⇒ Se trece apoi la partea anterioară, flectând palmar complet mâna pentru a relaxa tendoanele în vederea unei mai ușoare pătrunderi între ele.
- ⇒ De asemenea trebuie să se ia în considerare atât partea internă, cât și cea externă a articulației. Eventual fricțiunea se va combina cu vibrația.
- ⇒ Masajul se termină totdeauna cu netezirea, după care urmează toate mișcările posibile din articulația degetelor și cea radio-carpiană.

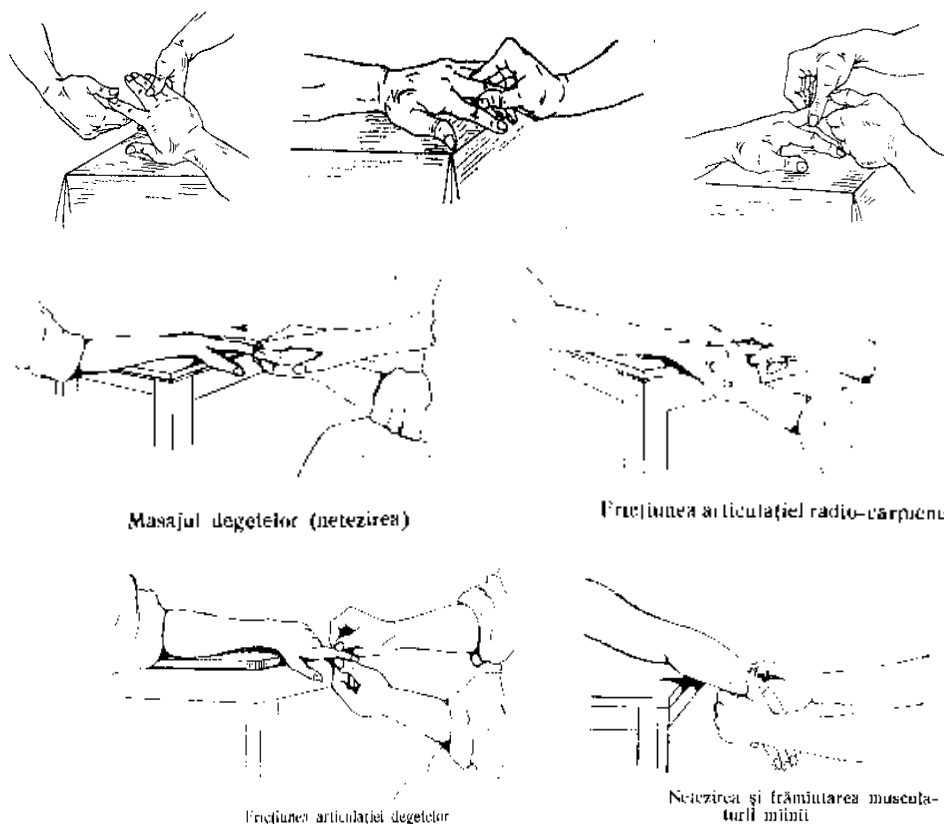


Fig. 42 (3,4,6,7)

6.1.1.5.2. Masajul trunchiului

Trunchiul (truncus) (1,17)

Reprezintă segmentul corpului situat dedesubtul gâtului; pe trunchi se prind rădăcinile membrilor. Trunchiul este format din trei segmente, care, de sus în jos, sunt: toracele, abdomenul și pelvisul.

Scheletul trunchiului este reprezentat de coloana vertebrală, stern, coaste și pelvisul osos.

A1) Regiunea rahidiană (regio vertebralis) - noțiuni de anatomie topografică

Regiunea rahidiană se întinde în partea posterioară a gâtului și a trunchiului, cuprinzând coloana vertebrală împreună cu conținutul canalului vertebral, precum și totalitatea părților moi situate dorsal de ea.

În cadrul regiunii rahidiene se studiază coloana vertebrală osoasă și părțile moi retrorahidiene (regiunile retrorahidiene).

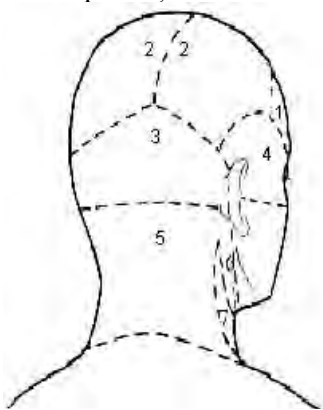
- **Coloana vertebrală**

Coloana vertebrală formează axul osos al trunchiului; nu este rectilinie, prezintă curbură în planele sagital și frontal. Curburile în plan sagital sunt:

- ⇒ cervicală - cu convexitatea înainte(lordoza cervicală);
- ⇒ dorsală - cu convexitatea înapoi(cifoza dorsală);
- ⇒ lombară - cu convexitatea înainte(lordoza lombră);
- ⇒ sacrococcigiană - cu convexitatea înapoi.

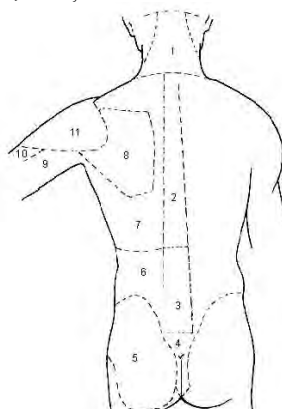
În stări patologice pot să apară devieri de la normal ale acestor curbură, fie în sensul unei exagerări a curburii dorsale(cifoză), fie o exagerare a curburii lombare (lordoză), fie o deviere în plan frontal (scolioză). De obicei o deviere într-o anumită regiune este însoțită și de modificări compensatoare în celelalte regiuni învecinate ale coloanei vertebrale.

Coloana vertebrală are un rol static important; ea susține întreaga greutate a capului, trunchiului și a membrilor superioare, pe care o transmite pelvisului și membrilor inferioare. Curburile în plan sagital îi măresc foarte mult rezistența și elasticitatea. Datorită lanțului articular realizat, coloana poate fi antrenată în mișcări variate și ample, conferind corpului o mare mobilitate. În plus, coloana vertebrală oferă o protecție eficientă măduvei spinării, conținută în canalul vertebral.



Regiunile topografice ale capului și gâtului (văzute postero-lateral)

1. Reg. frontală. 2. Regiunile parietale.
3. Reg. occipitală. (1. 2. 3. Reg. fronto-parieto-occipitală) 4. Reg. temporală. 5. Reg. cefei. 6. Reg. sternocleido-mastoidiană 7. Reg. laterală a gâtului



Regiunile topografice parietale ale trunchiului și regiunile umărului (vedere posterioră)

1. Reg. cefei. 2. Reg. rahidiană toracică. 3. Reg. Rahidiană lombară. 4. Reg. sacrococcigiană.
5. Reg. gluteală. 6. Reg. costoliacă. 7. Reg. Costală. 8. Reg. scapulară. 9. Reg. brahială posterioară.
10. Reg. brahială anterioară 11. Reg. deltoidiană

Fig. 43 (17)

- **Regiunile retrorahidiene**

Reprezintă totalitatea părților moi situate înapoia coloanei vertebrale. Raportate la diferitele porțiuni ale coloanei, deosebim - de sus în jos - următoarele subdiviziuni: regiunile nuchală, toracică, lombară și sacro-coccigiană.

- ♦ **Regiunea cervicală posterioară (regio cervicalis posterior - regio nuchalis)**

Este regiunea posterioară a gâtului, denumită și regiunea cefei sau regiunea nuchală. Împărțită și mediană, ea corespunde coloanei cervicale.

Limitele ei sunt următoarele:

- ⇒ superior - protuberanța occipitală externă și liniile nuchale superioare;
- ⇒ inferior - linia orizontală convențională ce unește cele două acromioane, trecând prin vârful procesului spinos al vertebrei C7;
- ⇒ lateral - în dreapta și în stânga-marginile laterale ale mușchilor trapezi, care corespund planului frontal ce trece prin procesele transverse ale vertebrelor cervicale.

Stratigrafic regiunea este alcătuită din:

- a) Planul cutanat - are în partea superioară toate caracteristicile pielii păroase a capului, cu care se continuă: este groasă, păroasă și aderentă de straturile profunde; este bogată în glande

sebacee și sudoripare. Pe măsură ce descindem, pielea devine mai subțire, mai mobilă și pilozitatea scade.

b) Planul subcutanat - conține elemente vasculo-nervoase lipsite de importanță; doar la limita superioară a regiunii ies din profunzime, de o parte și de cealaltă a liniei mediane, ramurile posterioare ale perechii a doua de nervi spinali (nervul occipital mare al lui Arnold).

c) Planul fascial - este reprezentat de fascia mușchiului trapez.

d) Planul profund - cel muscular, este format din mai multe straturi:

⇒ Primul este alcătuit din trapez, inserat pe linia nuchală superioară, pe protuberanța occipitală externă, precum și pe toată lungimea ligamentului nuchal, până la procesul spinos al proeminentei (vertebra C7).

⇒ Stratul al doilea conține patru mușchi suprapuși în ordinea următoare: romboidul, mai profund dințatul mic posterior și superior, spleniusul, ridicătorul scapulei.

⇒ Stratul al treilea este format din trei mușchi longitudinali, care în sens medial-lateral sunt: semispinalul capului (complexul mare), longissimul capului (complexul mic), longissimul gâtului.

⇒ Stratul al patrulea cuprinde mușchii interspinoși și intertransversari, bine reprezentați în regiunea nuchală, precum și cei patru rotatori ai capului (mușchii drepti posteriori ai capului-mare și mic, mușchii oblici ai capului - superior și inferior).

Elementele vasculo-nervoase ale planului profund sunt următoarele:

⇒ artera occipitală (ramură a carotidei externe), ramuri din subclaviculară (artera cervicală profundă, artera transversă a gâtului);

⇒ vene tributare venelor occipitală, vertebrală și subclaviculară; limfonoduri occipitale;

⇒ nervi reprezentați de ramurile posterioare ale celor opt nervi cervicali.

◆ Regiunea retrorahidiană toracică

Continuarea în jos a precedentei, regiunea răspunde peretelui posterior al toracelui. Ea cuprinde părțile moi situate dorsal de coloana vertebrală și are forma unui patruleter alungit vertical, situat între cele două regiuni costale.

Limitele ei sunt următoarele:

⇒ în sus - linia convențională ce unește cele două acromioane, trecând prin vârful procesului spinos al vertebrei C7;

⇒ în jos - două linii oblice care merg de-a lungul coastelor XII;

⇒ lateral - în dreapta și în stânga - verticalele care trec prin unghiurile costale posterioare.

Stratigrafia este reprezentată de:

a) Pielea - groasă, aderentă pe linia mediană prin tracturi fibroase, de procesele spinoase și de ligamentul supraspinos; devine mai mobilă în părțile laterale.

b) Planul subcutanat - format din țesut lax, infiltrat cu grăsime pe părțile laterale; conține elemente vasculo-nervoase provenite din vasele intercostale și din ramurile posterioare ale nervilor spinali.

c) Fascia superficială - este de fapt fascia de înveliș a mușchilor trapezi și dorsali mari.

d) Planul profund muscular - este alcătuit din patru straturi, suprapuse astfel:

⇒ Primul strat este alcătuit din doi mușchi lați: trapezul și dorsalul mare.

⇒ Stratul al doilea conține patru mușchi: romboidul, dințatul mare posterior și superior, spleniusul și dințatul mic posterior și inferior.

⇒ Stratul al treilea este alcătuit din trei coloane musculare desprinse din masa comună lombară și aparținând extensorului coloanei vertebrale (musculus erector spinae); în sens latero-medial, acestea sunt reprezentate de porțiunea toracică a iliocostalului, longissimul toracic și porțiunea toracică a spinalului.

⇒ Al patrulea strat conține o multitudine de fascicule musculare scurte incluzând: porțiunea toracică a semispinalului, multifidul, rotatorii coloanei.

Vasele și nervii planului profund provin din vasele intercostale și respectiv din ramurile posterioare ale nervilor spinali toracici. Vasele limfatice sunt tributare limfonodurilor subscapulare.

◆ Regiunea retrorahidiană lombară

Situată în continuarea regiunii precedente, ea se găsește înapoia abdomenului și a coloanei lombare.

Limitele ei sunt următoarele:

- ⇒ în sus - liniile oblice care merg de-a lungul coastelor XII;
- ⇒ în jos - planul orizontal care trece între vertebra L5 și baza sacrului;
- ⇒ lateral - de o parte și de cealaltă-verticalele duse prin marginea laterală a mușchilor proprii ai coloanei vertebrale.

Stratigrafic se succed:

- a) Pielea - aceleași caracteristici ca și în regiunea toracică.
- b) Planul subcutanat - format din țesut conjunctiv lax, având o cantitate mai mare de grăsime decât în precedentele două regiuni.
- c) Planul fascia - este reprezentat de fascia de înveliș a mușchiului dorsal mare.
- d) Planul profund - constă din trei straturi:
 - ⇒ Primul strat este cel musculo-fascial, constituit din fascia toraco-lombară și de fasciculele inferioare ale dorsalului mare și ale dințatului mic posterior și inferior.
 - ⇒ Stratul al doilea conține masa musculară comună a extensorului coloanei. Latero-medial se pot distinge fasciculele celor trei coloane musculare ce pornesc din această masă: iliocostalul, longissimul și spinalul. Tot în acest strat se includ și mușchii interspino lombari și intertransversari lombari.
 - ⇒ Al treilea strat este aponevrotic, fiind reprezentat de foița mijlocie a aponevrozei posterioare a mușchiului transvers al abdomenului.

◆ **Regiunea sacrococcigiană**

Denumită și regiunea sacrată, ea cuprinde ansamblul planurilor anatomice care formează peretele posterior al pelvisului.

Aspectul exterior al regiunii este aproape plan sau ușor convex în partea superioară pentru ca în partea sa inferioară să se adâncească între cele două regiuni gluteale, pentru a forma îngustul șanț intergluteal.

Limitele ei sunt următoarele:

- ⇒ în sus - planul orizontal ce trece prin discul dintre vertebra L5 și baza sacrului;
- ⇒ în jos - vârful coccigelui;
- ⇒ lateral - de ambele părți-liniile oblice în jos și medial, care unesc spinele iliac postero superioare cu vârful coccigelui.

Stratigrafic prezintă:

- a) Pielea - groasă și rezistentă, mobilă în partea superioară, devine mai puțin mobilă la nivelul șanțului intergluteal.
- b) Planul subcutanat - relativ gros în porțiunea sacrată a regiunii, se reduce mult în partea inferioară, în special în șanțul intergluteal.
- c) Planul musculo-aponevrotic superficial - este constituit în primul rând de fascia toracolombară inserată pe creasta sacrată mediană; pe marginea sa infero-laterală se inseră fascicule ale mușchiului gluteu mare (ca și pe părțile laterale ale sacrului și coccigelui).
- d) Planul osteo-articular - este alcătuit din sacru și coccige; apoi articulația sacro-coccigiană mediană și articulațiile sacroiliace, precum și inserțiile supero-mediale ale celor două perechi de ligamente sacroischiatic.
- e) Planul muscular profund - este reprezentat de cei doi mușchi piriformi. Elementele vasculo-nervoase ale acestui plan sunt: artera sacrată medie; arterele sacrate laterale; venele comitante ale arterelor; vase limfatice; ramurile anterioare ale nervilor sacrați care converg spre orificiul ischiadic mare, pe fața anterioară a mușchiului piriform; ele constituie plexul sacrat; la nivelul vârfului coccigelui se găsește glomul coccigian (glanda Luschka).
- f) Planul fascial profund - este reprezentat de fascia pelviană parietală.

A2) Masajul cefei

În masajul la ceafă sunt interesate: pielea, musculatura, partea inferioară a fasciei, și natural, vasele sangvine și limfatice. Masajul la ceafă se face întotdeauna de sus în jos. Mușchii care se

masează sunt: partea superioară a mușchiului trapez, mușchii mici dintre craniu și coloana vertebrală și mușchii coloanei cervicale.

- ⇒ Se începe cu netezirea de la dosul urechii în jos, pe mijlocul cefei, apoi în părțile laterale ale cefei. Aceasta se face cu palma, cu degetul mare și arătător, dosul falangelor și al articulațiilor interfalangiene (pieptănând).
- ⇒ Frământatul se face sub formă de stoarcere, cu degetul mare, arătător și mediu perpendicular pe direcția fibrelor musculare sau prinzând musculatura între rădăcina mâinii și celelalte patru degete. Când se întâlnesc indurații se fac mișcări sub formă de geluire sau sub forma frământatului între două degete.
- ⇒ Se fixează capul cu o mână și se face masaj prin fricțiune cu cealaltă, masând cu două degete cât se poate de adânc articulația atlanto-occipitală și în părțile laterale ale acestei articulații.
- ⇒ Vibrația se execută fin, din coate, și se asociază la netezire și, câteodată, la petrisaj. Se practică în inflamațiile din jurul inserțiilor tendoanelor la craniu.
- ⇒ Baterea nu se face la persoane debile. Când musculatura pacientului este bine dezvoltată, atunci se poate executa, nu prea tare, cu dunga mâinii.
- ⇒ La ceafă se mai poate face un masaj combinat. Cu o mână se frământă partea superioară a cefei și concomitent se netezește, cu cealaltă mână, partea sa inferioară.

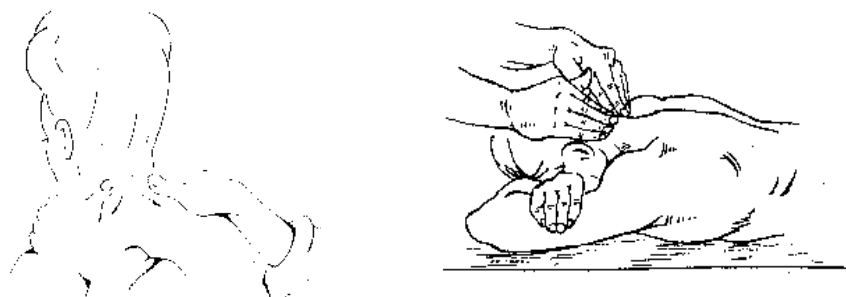


Fig. 44 (3,4,6,7)

Masajul cefei decongestionează creierul, de aceea este indicat în congestii cerebrale. De cele mai multe ori însă, masajul cefei este recomandat în afecțiunile reumatice și în nevralgiile mușchilor cefei, unde se va acționa în special asupra indurațiilor dureroase ale mușchilor.

Masajul se încheie cu mișcări active și pasive de flexie, extensie, lateralitate și rotație.

B1) Toracele (thorax) - noțiuni de anatomie topografică

Toracele constituie porțiunea superioară a trunchiului. El conține cavitatea toracică în care sunt situate cea mai mare parte a organelor aparatului respirator, o parte a tubului digestiv, organul central al aparatului circulator și vasele mari din imediata sa apropiere, noduri limfatice, marile colectoare limfatice și nervi importanți.

Așa cum este el considerat în clinică, toracele are forma unui trunchi de con răsturnat, cu baza mare în sus și turtit antero-posterior. În anatomia topografică însă, în definirea toracelui se face abstracție de rădăcinile membrilor superioare (umeri). Astfel considerat, toracele are tot forma unui trunchi de con ușor turtit antero-posterior, dar de data aceasta cu baza mare în jos și cea mică răspunzând părții inferioare a gâtului (fig. 45).

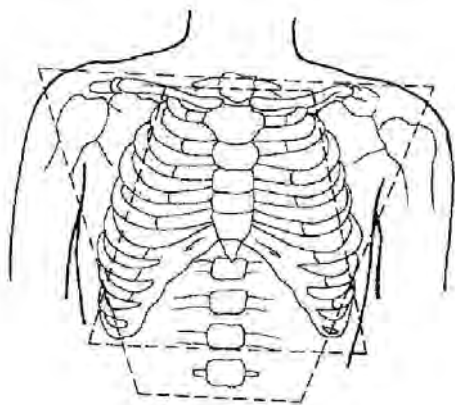
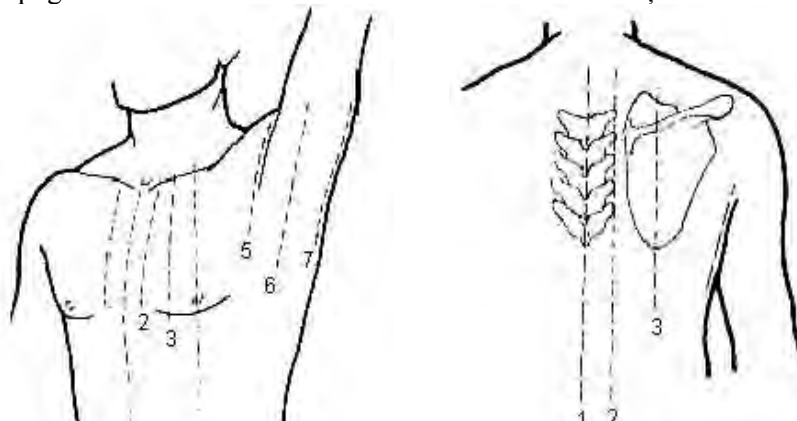


Fig. 45 (I,17)

Limite: cavitatea toracică este limitată în sus de un plan oblic, care trece prin apofiza spinoasă C7 și prin marginea superioară a sternului, iar în jos este separată de cavitatea abdominală prin diafragmă, careia, în exterior, îi corespunde anterior apendicele xifoid, posterior apofiza spinoasă T12. Deci, toracele anterior este mai scurt, corespunzând lungimii sternului, iar posterior este mai lung, corespunzând coloanei dorsale, de la T1 la T12.

În anatomia topografică se folosesc la torace o serie de linii convenționale de orientare.



Liniile convenționale antero-laterale de orientare la torace. *Liniile convenționale posterioare de orientare la torace.*

- | | |
|--|---|
| 1. Linia mediosternală. 2. Linia parasternală. 3. Linia medioclaviculară. 4. Linia mamelonară. 5. Linia auxiliară anterioară. 6. Linia axială mijlocie. 7. Linia axilară posterioară | 1. Linia mediană posterioară. 2. Linia paravertebrală. 3. Linia scapulară |
|--|---|

Fig. 46 (17)

Regiunile parietale ale toracelui sunt următoarele: regiunea sternală, regiunea costală, regiunea diafragmatică, regiunea rahidiană toracică. Datorită importanței sale anatomo-clinice, se mai descrie și regiunea mamară (suprapusă regiunii costale).

• **Regiunea sternală**

Mediană și nepereche, regiunea sternală este situată în partea anterioară a toracelui și corespunde sternului.

Limitele sunt următoarele:

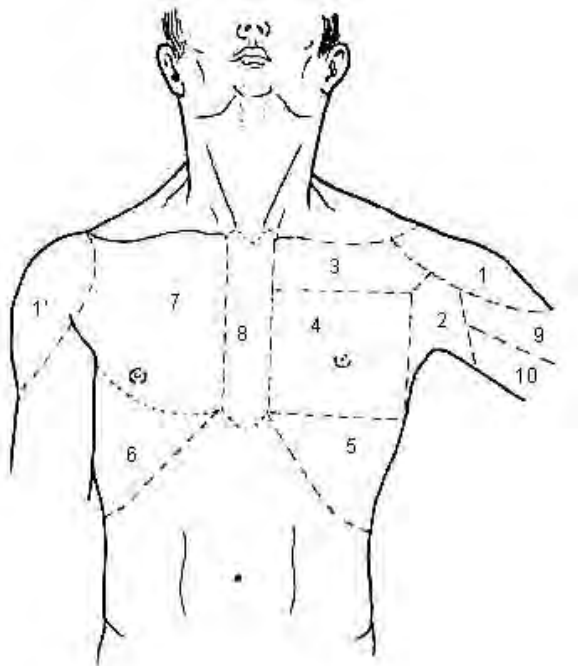
- ⇒ în sus - incizura jugulară;
- ⇒ lateral - de o parte și de cealaltă - marginile sternului împreună cu articulațiile sternocondrale;
- ⇒ în jos - baza procesului xifoid.

Stratigrafia prezintă:

- a) Pielea - groasă, puțin mobilă, este acoperită la bărbat cu păr mai mult sau mai puțin, conține numeroase glande sudoripare și sebacee.
- b) Planul subcutanat - puțin dezvoltat, este sărac în grăsime; dintre elementele superficiale amintim decât rețeaua venoasă superficială, care, deși alcătuită din vene subțiri, este importantă,

întrucât face parte din vasta rețea a peretelui antero-lateral al trunchiului, care participă la realizarea anastomozelor cavo-cave.

- c) Planul fascial superficial - este reprezentat de fasciile pectoralilor mari, care, pe linia mediană aderă de periostul sternal. În partea inferioară, stratul fascial este reprezentat de inserția superioară a tecii mușchiului drept abdominal.



Regiunile topografice parietale ale toracelui și regiunile umărului (vedere anterioară)

1 și 1'. Regiunile deltoidiene. 2. Reg. axiară. 3. Reg. subclaviculară. 4. Reg. mamară.

5. Reg. costală. 6. Cadranul antero-inferior al reg. costale. 7. Cadranul antero-superior al reg. costale.

8. Reg. sternală. 9. Reg. brahială anterioară. 10. Reg. brahială posterioară.

Fig. 47 (17)

- d) Planul muscular superficial - este constituit de inserțiile sternale ale mușchilor: sternocleidomastoidieni la nivelul manubriului, al pectoralilor mari pe părțile laterale ale corpului sternal, dreptilor abdominali la nivelul procesului xifoid.
- e) Planul osteo-articular - este alcătuit din stern și articulațiile lui cu claviculele și cu cartilajele costale.
- f) Planul muscular profund - este format în principal din mușchiul transvers al toracelui (triunghiularul sternului). La acest plan mai participă și: inserțiile diafragmei pe corpul sternului și pe procesul xifoid, ale sterno-hioidienilor și sternotiroidienilor pe fața posterioară a manubriului, inserțiile mușchiului drept abdominal pe procesul xifoid și pe cartilajele costale V-VII.

• Regiunea costală

Regiune pereche, este cea mai întinsă regiune parietală toracică. Ocupând spațiul dintre stern și coloană, cele două regiuni iau parte la alcătuirea pereților anterior, laterali și posterior ai cavității toracice. Regiunii se suprapun supero-lateral umărul, iar anterior regiunea mamară.

Limitele sunt:

- ⇒ anterior - marginea laterală a sternului;
- ⇒ posterior - marginea laterală a musculaturii profunde ce ocupă șanțurile vertebrale;
- ⇒ în sus - prima coastă;
- ⇒ în jos - linia oblică în jos și înapoi ce trece prin arc costal, vârful coastelor XI și XII, și apoi marginea inferioară a coastei a XII-a.

Limita profundă este reprezentată de pleura parietală.

Stratigrafia cuprinde:

- a) Pielea - mai subțire în porțiunea antero-laterală, mai groasă posterior; este mobilă pe planurile subiacente.

- b) Planul subcutanat - conține numeroase elemente vasculo-nervoase superficiale, dintre care o importanță reală o au venele. Acestea se anastomozează realizând o vastă rețea; rețeaua participă la realizarea anastomozelor cavo-cave și porto-cave, reprezentând o importantă cale de derivație a sângelui venos, în cazul unor obstrucții pe marile vene din abdomen.
- c) Planul fascial superficial - rezultat prin fuzionarea fasciilor musculare, este subțire antero-lateral, dar devine mai gros în partea posterioară.
- d) Planul muscular superficial - este reprezentat astfel:
 - ⇒ În partea anterioară-pectoralul mare cu cele trei fascicule ale sale (clavicular, sternocostal, abdominal), mușchiul subclavicular, pectoralul mic, dreptul abdominal.
 - ⇒ În partea posterioară găsim: superior-fasciculele orizontal și ascendent ale trapezului; inferior-dorsalul mare; profund de aceștia, întâlnim porțiunea laterală a romboidului, apoi cei doi dinți mici posteriori.
 - ⇒ În partea laterală se află: scalenul posterior, oblicul extern al abdomenului, dințul anterior. Dintre elementele vasculo-nervoase mai importante ale acestui plan se numără: artera toracică laterală (ramură a axilarei), nervii toracic lung și toracodorsal (din plexul brahial), ramurile cutanate laterale și anterioare din vasele și nervii intercostali.
- e) Planul osteo-muscular-constituie peretele toracic propriu-zis. El este alcătuit din coaste, cu porțiunile lor osoase și cartilaginoase delimitând între ele spațiile intercostale, în care se dispun mușchii intercostali (externi, interni). Spațiile intercostale sunt parcurse de mănunchiurile vasculo-nervoase intercostale. Elementele acestora sunt așezate în ordine - de sus în jos - vena, artera și nervul.
- f) Planul muscular profund - este reprezentat astfel: la limita posterioară a regiunii - mușchii subcostali, în partea anterioară inserțiile costale ale mușchiului transvers al toracelui și inserțiile porțiunii costale a diafragmei.
- g) Planul fascial profund - este format de fascia endotoracică.

B2) Masajul părții anterioare a toracelui

Masajul acestei regiuni se deosebește, după cum se aplică, la bărbați sau la femei. Pe când la bărbați se pot aplica toate manipulațiile de masaj, la femei trebuie să se țină seama de regiunea mamară, care este sensibilă. De obicei, masajul se aplică pe pectoralul mare, pe dințul mare și pe mușchii intercostali.

- ⇒ Netezirea pectoralului mare se face în direcția fibrelor musculare, mergând de la apendicele xifoid în sus, spre mijlocul claviculei, apoi spre umăr și în sfârșit, spre axilă.
- ⇒ După câteva neteziri, se va face frământatul, prinzând musculatura pectoralului mare între degetul mare și celelalte degete. Pe partea superioară a toracelui se poate aplica și manipulația de geluire.
- ⇒ Fricțiunea se face în cazuri de aderențe după fracturi costale. Se execută cu ajutorul degetului arătător, eventual cu cel mijlociu, aplicându-le în spațiul intercostal respectiv și făcând la început mișcări de netezire de-a lungul spațiului, urmate de mișcări concentrice și circulare de fricțiune, care deplasează în același timp și tegumentul.
- ⇒ Această manipulație se combină uneori cu vibrația.
- ⇒ Baterea se face numai asupra mușchiului pectoral.

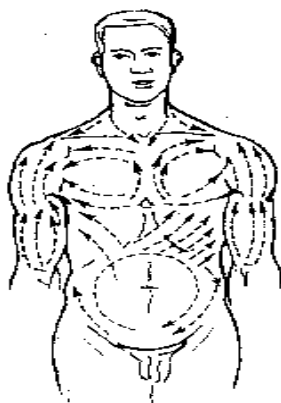


Fig. 48 (6,7)

- La sfârșit pentru dezvoltarea cutiei toracice se vor face exerciții de respirație:
- ⇒ Bolnavul inspiră adânc, ridicând mâinile lateral, apoi expiră lăsând mâinile să revină la poziția inițială, de-a lungul corpului.
 - ⇒ Bolnavul întinde mâinile înainte, flexează capul pe piept, apoi inspiră adânc, lăsând capul înapoi și întinzând cât mai mult brațele lateral.
 - ⇒ Bolnavul flexează capul pe piept, împreunează mâinile pe partea occipitală a capului și apropie coatele. Va inspira adânc, ducând în același timp coatele în afară și capul înapoi.
 - ⇒ Bolnavul flexează capul și întinde mâinile de-a lungul corpului cu palmele întoarse în afară și degetul mic înainte, în pronație maximă. În timpul unei inspirații profunde, cu brațele rămase lipite de corp, se execută rotația mâinii din pronație în supinație maximă, pornind de la partea anterioară a corpului la partea laterală.

B3) Masajul spatelui

La această regiune se va ține seama de următoarele grupuri musculare: mușchiul trapez, mușchiul dorsal mare, mușchiul romboid și cel pătrat. Din punct de vedere practic împărțim regiunea în două părți: cea a spatelui și cea a regiunii lombo-sacrate și regiunea inițială a șaoldurilor.

- ⇒ Masajul spatelui se face începând de la creasta iliacă în sus și de la osul sacrat la regiunea cervicală. Bolnavul va fi culcat pe abdomen, cu brațele în abducție orizontală. Cu ambele palme întinse, se face netezirea de jos în sus, spre regiunea cervicală, spre umeri, apoi spre axile. Netezirea se poate face și dinafară spre înăuntru, având în vedere circulația profundă a acestei regiuni. După ce s-a repetat de câteva ori netezirea superficială a acestei regiuni se va face netezirea apăsată și în formă de pieptene și la urmă frământarea. Aceste procedee se poate aplica în diferite feluri, cu dosul mâinii sau cu partea palmară a celor patru degete având în vedere musculatura puternică a acestei regiuni. Urmează geluirea, care se execută prin apăsarea celor patru degete asupra tegumentului, făcând mișcări de geluire. Se masează apoi ligamentele interspinoase, sub forma unei neteziri profunde (combinând netezirea cu frământarea). Acest procedeu se execută cu ambele degete mari de o parte și de alta a apofizelor interspinoase sau în formă de geluire. Concomitent se face frământarea musculaturii spatelui, masaj important pentru redresarea deformațiilor coloanei vertebrale. Baterea spatelui se face în mai multe feluri: cu palmele; cu partea cubitală a mâinii, degetele fiind ținute ca pumnul; cu partea dorsală a falangelor; excepțional, la persoanele obeze, cu coatele.
- ⇒ Masajul spațiilor intercostale este indicat în stadiul cronic al nevralgiilor și nevritelor intercostale și se face sub forma unei neteziri ușoare însoțite de vibrație. Atunci când este atrofiată și musculatura intercostală se va aplica frământarea executată cu cele trei degete ale mâinii, în formă de apăsare și geluire. Fricțiunea se va face cu unul sau cu două degete, de obicei numai în cazurile de dureri musculare, spasme musculare, cicatrice. Vibrația se aplică adeseori, combinată cu celelalte manipulații de masaj (netezire, frământare și fricțiune).
- ⇒ Masajul regiunii lombo-sacrate și al regiunii inițiale a șaoldurilor are în vedere mușchii din această regiune: dorsalul mare, pătratul lombar, oblicul mare și oblicul mic, care se inseră pe o aponevroză rezistentă. Deseori, durerile sunt localizate în inserția costală și iliacă a pătratului lombar. Frământare se face aici mai dur, sub formă de geluire cu baza mâinii: de la coloana

vertebrală la dreapta și la stânga și cu rădăcina mâinii dinspre partea laterală spre coloana vertebrală, căutând să se frământă mușchii oblici și mușchiul pătrat. Fricțiunea se face de-a lungul crestei iliace prin mișcări laterale, verticale și orizontale, eventual combinate cu vibrații. De asemenea, se fac fricțiuni de-a lungul coastei. Înainte de a termina, se aplică baterea asupra regiunii lombare, bolnavul fiind întâi culcat pe abdomen, apoi în poziție genu cubitală. Osul sacrat are pe partea posterioară o mulțime de ligamente și tendoane, unde se localizează deseori noduli reumatici. De aceea se va acționa asupra acestei regiuni palpând creasta iliacă și fricționând suprafața posterioară a sacrului, pe ambele margini până la coccis. Fricțiunea se va face cu degetul mare, destul de puternic, având în vedere nodulii, pe care deseori îi putem palpa.

- ⇒ La articulația sacro-coccigiană și intercoccigiană pot fi localizate dureri foarte intense, datorate luxațiilor și fracturilor, care pot fi influențate prin masaj. Această regiune fiind uneori foarte sensibilă, trebuie să se încerce masajul cu o oarecare precauție. După o netezire prealabilă, se face fricțiunea cu degetul mare sau cu două degete (index și mediu). De asemenea, introducând degetul mâinii în rectul bolnavului, se va încerca mobilizarea cocigelui, făcând în același timp fricțiuni și vibrații exterioare. Ședința de masaj se încheie totdeauna cu netezirea regiunii.

În conjuncție cu masajul spatelui și al regiunii lombo-sacrate se va utiliza o gimnastică menită să corecteze, în limita posibilă, deviațiile coloanei vertebrale. La această gimnastică se va avea în vedere totdeauna convexitatea coloanei vertebrale, făcându-se mai multe mișcări care tind să îndrepte această convexitate și să întărească în același timp musculatura și ligamentele situate pe partea convexă a spatelui.

- ◆ În scopul redresării scoliozei se vor executa cu bolnavul mai multe mișcări, unele stând în picioare, altele șezând și altele în poziția culcat:
 - ⇒ În picioare se va fixa mâna corespunzătoare convexității deasupra șoldului. În același timp, îndointrunchiul de partea convexității, se vor face mișcări cu membrul superior opus, ridicându-l și căutând să se ajungă cu degetele la urechea de partea corespunzătoare convexității.
 - ⇒ În poziție șezândă se vor executa aceleași mișcări, întâi pe un plan frontal, apoi cu semirotăția posterioară și anterioară a trunchiului.
 - ⇒ În poziție culcată, laterală și pe partea convexității, peste un rulou rezistent așezat între șold și torace, la marginea patului, se vor executa cu bolnavul, sprijinit de un ajutor, mișcări de înclinare, punând bolnavul să respire în același timp, cât mai adânc, pentru a mări volumul hemitoracelui de partea opusă.
 - ⇒ Bolnavul este așezat pe o banchetă, culcat cu fața în jos astfel ca bazinul să fie plasat pe marginea banchetei; trunchiul va fi sprijinit de un ajutor. În această poziție bolnavul va fi ridicat și aplecat. Mișcarea aceasta este rezervată doar pentru persoane tinere.
 - ⇒ În poziție culcată, pe o banchetă cu fața în jos, astfel ca bazinul să fie plasat în același fel ca mai sus, pe marginea banchetei și cu trunchiul sprijinit de un ajutor, se vor face cu bolnavul mișcări în direcție orizontală, la dreapta și la stânga, însă mai mult spre partea convexității.
 - ⇒ Bolnavul stă culcat cu fața în sus, bazinul fiind plasat pe marginea banchetei și trunchiul fiind sprijinit de un ajutor; în această poziție, se vor face cu bolnavul mișcări în direcție orizontală, la dreapta și la stânga, însă și aici mai mult spre partea convexității; la aceste două mișcări din urmă este important ca bolnavul să facă respirații adânci, pentru a mări volumul toracelui de partea opusă.
- ◆ Pentru redresarea cifoscoliozei se recomandă următoarele exerciții:
 - ⇒ Bolnavul, culcat pe abdomen, cu mâinile întinse de-a lungul corpului, este invitat să ridice capul și umerii, formând o curbă a coloanei vertebrale cu concavitatea spre spate.
 - ⇒ Bolnavul, culcat pe abdomen, cu degetele împreunate la spate, având partea palmară în afară și întinzând la maximum membrele superioare, sprijinit de maseur, este invitat să-și ridice capul și umerii, formând o curbă a coloanei vertebrale cu concavitatea spre spate.
 - ⇒ Bolnavul, în picioare, ridică mâinile în sus, le întinde lateral și în jos, lasă capul înapoi, împreunează mâinile la spate, întorcându-le cu palmele în afară și apoi le întinde cu putere, ritmic.

- ◆ Pentru redresarea lordozei trebuie urmărită întărirea musculaturii anterioare a coloanei vertebrale, în special în regiunea lombo-sacrată, precum și musculatura abdomenului. Pentru acest scop se vor executa cu bolnavul următoarele exerciții:
 - ⇒ Bolnavul se așează mai întâi pe spate, cu genunchii flectați, fixând gambele, apoi va fi invitat să-și ridice trunchiul - prin această mișcare, se va întări, în primul rând, mușchiul psoas-iliac.
 - ⇒ Bolnavul fiind plasat pe spate, cu picioarele întinse este invitat să ridice ambele membre inferioare întinse cât se poate de mult; dacă bolnavul nu poate executa ușor această mișcare, maseurul îi va sprijini membrele inferioare, pentru a-i ușura mișcarea prin promovare.
 - ◆ Ca și metode specifice se aplică: Klapp, Cotrel, Wagner-Burger, Heckscher.
- După aceasta, se vor executa toate mișcările indicate la masajul abdominal (vezi paragraful respectiv).

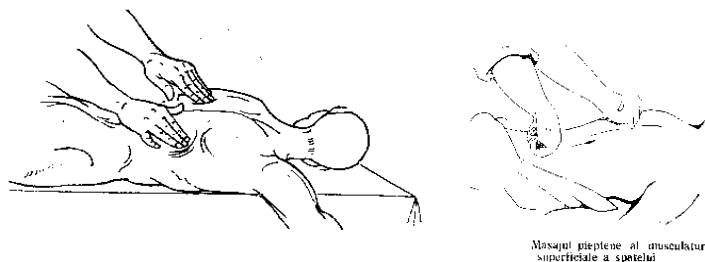


Fig. 49 (3,4,6,7)

CI) Abdomenul (abdomen) - noțiuni de anatomie topografică

Abdomenul este partea trunchiului interpusă între torace și pelvis, fiind situat înaintea porțiunii lombare a regiunii rahidiene. El conține cavitatea abdominală în care se află cea mai mare parte a aparatului digestiv, o parte a aparatului urinar, precum și importante vase sanguine, vase și noduri limfatice și nervi.

Limitele - la suprafață - sunt reprezentate de două linii circulare, neregulate, una superioară și alta inferioară, care îl separă de celelalte două segmente ale trunchiului. Linia superioară pornește de la baza procesului xifoid până la discul intervertebral T12-L1, trece prin arcu costal până la coasta X-a, vârful coastelor XI și XII și marginea inferioară a acestora din urmă.

Limita inferioară a abdomenului pornește de la marginea superioară a simfizei pubiene, urcă de-a lungul plicii inghinale, urmează apoi creasta iliacă și ajunge la orizontala care trece prin discul intervertebral L5-S1.

Abdomenul - în raport cu limitele sale superficiale - este mai înalt în partea anterioară, unde se întinde de la procesul xifoid până la simfiza pubiană. De o parte și de cealaltă, din cauza oblicității descendente a arcurilor costale și a oblicității ascendente a plicelor inghinale, înălțimea sa se reduce treptat, pentru ca în partea posterioară să ajungă la dimensiunile porțiunii lombare a coloanei vertebrale.

Din punct de vedere topografic, abdomenului i se descriu pereții care formează regiunile parietale și cavitatea abdominală cu conținutul său.

Unele regiuni parietale abdominale sunt mediane: regiunea sterno-costo-pubiană cu dependența sa, regiunea ombilicală, în partea anterioară; porțiunile lombare a coloanei vertebrale și a regiunii retrorahidiene, în partea posterioară. Între regiunile mediane anterioare și cele mediane posterioare se găsesc regiunile laterale perechi: cea costo-iliacă, regiunea inghinală și cea lombo-iliacă.

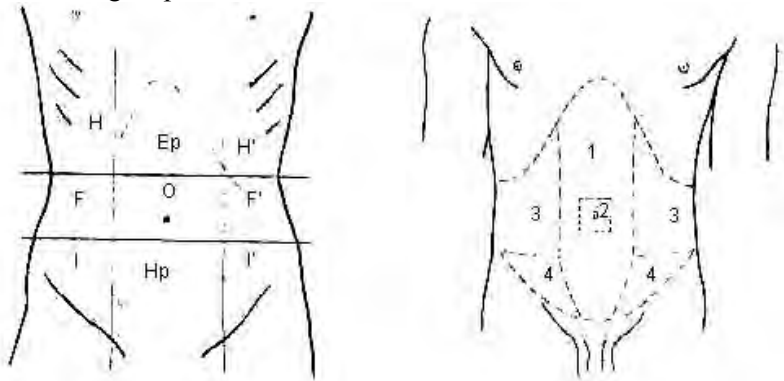
În clinică se utilizează o diviziune clinico-topografică a pereților antero-laterali ai abdomenului. Această divizare se face cu ajutorul unor linii convenționale (fig. 50). Dintre acestea, două sunt verticale, ridicate prin mijlocul plicelor inghinale, și două orizontale: una superioară trece prin extremitatea anterioară a coastelor X; alta inferioară ce trece prin punctul cel mai înalt al creștelor iliace. Se obțin astfel trei etaje, fiecare cu câte trei cadrane.

a) În etajul superior:

- ⇒ epigastrul, în care se proiectează lobul stâng al ficatului, o parte a stomacului, duodenul și pancreasul;
- ⇒ hipocondrul drept răspunde lobului drept al ficatului și căilor biliare;
- ⇒ hipocondrul stâng corespunde unei porțiuni a stomacului și splinei.

b) În etajul mijlociu:

- ⇒ zona ombilicală (mezogastru) - se proiectează ansele intestinului subțire și colonul transvers;
- ⇒ flancul drept corespunde colonului ascendent;
- ⇒ flancul stâng răspunde colonului descendent.



Împărțirea clinico-topografică a peretelui abdominal anterior:

H, H'. Hipocondrul drept și stâng.
Ep. Epigastrul. F, F'. Flancul drept și stâng.
O. Zona ombilicală. I, I'. Fosa iliacă dreaptă și stângă. Hp. Hipogastrul

Regiunile topografice parietale ale abdomenului.

1. Reg. Sterno-costo-pibiană.
2. Reg. ombilicală.
3. Reg. Costo.ilică.
4. Reg. inghinală

Fig. 50 (17)

c) În etajul inferior:

- ⇒ hipogastrul - în care se proiectează ansele ileale, colonul sigmoidian și vezica urinară în stare de plenitudine;
- ⇒ fosa iliacă dreaptă răspunde cecului și apendicelui vermicular;
- ⇒ fosa iliacă stângă răspunde primei porțiuni a colonului sigmoidian.

• **Regiunea sterno-costo-pubiană**

Este regiunea mediană a peretelui anterior al abdomenului. Ea răspunde mușchilor dreپți ai abdomenului și tecilor lor.

Limitele sunt:

- ⇒ în sus - procesul xifoid și arcurile costale;
- ⇒ în jos - marginea superioară a oaselor pubiene, cuprinsă între cei doi tuberculi pubieni;
- ⇒ lateral, de o parte și de cealaltă - marginile laterale ale mușchilor dreپți.

În profunzime, regiunea se întinde până la peritoneul parietal inclusiv.

Stratigrafia este următoarea:

- a) Pielea - subțire, fină, suplă și foarte mobilă, este prevăzută în partea inferioară cu păr, la ambele sexe.
- b) Planul subcutanat - mai mult sau mai puțin bogată, în funcție de starea de nutriție și de sex, se continuă cu cel al regiunilor învecinate. Dintre vasele conținute în planul superficial, venele sunt mai importante; ele au numeroase anastomoze cu venele superficiale ale regiunilor învecinate, cu care formează o bogată rețea venoasă toraco-abdominală, care reprezintă un important teritoriu de anastomoză cavo-cav și porto-cav.
- c) Planul aponevrotic superficial - este reprezentat de lamele anterioare ale tecilor mușchilor dreپți ai abdomenului. Pe linia mediană, planul aponevrotic constituie linia albă.
- d) Planul muscular - este alcătuit din mușchii dreپți ai abdomenului, ei primesc ramuri din ultimii 5-6 nervi intercostali, precum și din nervii iliohipogastric și ilioinghinal. Teaca mușchiului drept mai conține și piramidalul, mușchi inconstant și nefuncțional.
- e) Planul aponevrotic profund - este format de lamele posterioare ale tecilor mușchilor dreپți. Cele două lame, anterioară și posterioară, ale tecilor mușchilor dreپți abdominali, se unesc pe linia mediană, contribuind la formarea liniei albe.
- f) Fascia transversalis - acoperă fețele posterioare ale tecilor, continuându-se și în regiunile învecinate.
- g) Planul preperitoneal - are la nivelul regiunii sterno-costo-pubiene, două componente: țesutul celular preperitoneal și fascia ombilicoprevezicală.
- h) Planul peritoneal - este reprezentat de peritoneul parietal anterior.

- **Regiunea ombilicală**

Limitile regiunii sunt:

- ⇒ superior și inferior-două linii convenționale duse la câte 2 cm deasupra și respectiv dedesubtul ombilicului;
 - ⇒ lateral, de o parte și de cealaltă-marginile mediale ale celor doi mușchi dreپți ai abdomenului.
- Sarcina, ascita și herniile ombilicale modifică, mai mult sau mai puțin, aspectul normal al regiunii.

Stratigrafia constă din:

- a) Pielea - fină și subțire, este aderentă la nivelul șanțului și cicatricei ombilicale.
- b) Planul subcutanat - conține elemente venoase ale rețelei subcutanate abdominale. În regiunea ombilicală se realizează comunicări ale acestor vene cu porta, prin venele paraombilicale. În hipertensiunea portală, aceste anastomoze se dilată și formează un desen caracteristic, ca niște raze ce pleacă de la ombilic, cunoscut sub numele de “cap de meduză”.
- c) Planul aponevrotic - este reprezentat de linia albă, care prezintă un orificiu-inelul ombilical.
- d) Planul preperitoneal - alcătuit de țesutul celular preperitoneal, se reduce foarte mult la nivelul inelului ombilical.
- e) Peritoneul parietal - reprezintă ultimul plan; prezintă de multe ori o depresiune în dreptul inelului ombilical.

- **Regiunea costo-iliacă**

Limitile regiunii sunt:

- ⇒ în sus - arcul costal și marginea inferioară a coastei XII;
 - ⇒ în jos - orizontala care unește cele două spine iliace antero superioare, continuată înapoi cu creasta iliacă;
 - ⇒ înainte - marginea laterală a mușchiului drept al abdomenului;
 - ⇒ înapoi - marginea laterală a mușchilor proprii ai coloanei vertebrale (erectorul coloanei).
- Din considerente clinice și topografice, regiunea costo-iliacă se subîmparte, prin linia medio-axilară, în două porțiuni: regiunea antero-laterală și regiunea postero-laterală ale peretelui abdominal.

- ♦ **Regiunea antero-laterală a peretelui abdominal**

Denumită și regiune costo-iliacă anterioară, are următoarea *stratigrafie*:

- a) Pielea - subțire și fină, este mobilă pe planurile subiacente.
- b) Planul subcutanat-conține un strat variabil de țesut adipos, ce se continuă și în regiunile învecinate. Rețeaua venoasă superficială reprezintă un important teritoriu de anastomoză cavo-cavă și porto-cavă. În caz de obstrucție pe vena portă sau pe cava inferioară, venele devin puternic turgescențe și vizibile prin tegumente. Nervii sunt ramuri perforante laterale ale ultimilor 5 nervi intercostali și ale subcostalului, precum și ramuri din iliohipogastric și ilioinghinal.
- c) Planul fascial superficial - este reprezentat de fascia subțire ce acoperă mușchiul oblic extern, care se continuă și în regiunile învecinate.
- d) Planul profund - este constituit din mai multe planuri.
 - ⇒ Stratul musculo-aponevrotic este format din mușchii lați ai abdomenului. Stratul conține trei lame musculo-aponevrotice, care se suprapun dinspre suprafață spre profunzime astfel: oblicul extern, oblicul intern și mușchiul transvers abdominal.
 - ⇒ Stratul fascial profund este alcătuit de către fascia transversalis, care se continuă și în regiunile învecinate.
 - ⇒ Stratul țesutului celular extraperitoneal (fascia extraperitoneală) este slab reprezentat.
 - ⇒ Peritoneul parietal alcătuiește ultimul strat al planului profund.

- ♦ **Regiunea postero-laterală a peretelui abdominal**
[regio lumbalis (lombaris)]

Este de fapt regiunea costo-iliacă posterioară, pe care Nomina Anatomica o denumeste regiunea lombară. În ce privește ultima denumire, atragem atenția posibilității creării unor confuzii cu porțiunea lombară a regiunii retrorahidiene sau cu regiunea lombo-iliacă.

Stratigrafic se succed:

- a) Pielea - este mai groasă, dar mobilă și suplă.

- b) Planul subcutanat - este un țesut conjunctiv lax infiltrat cu o cantitate variabilă de grăsime; la nivelul crestei iliace planul aderă de os.
- c) Planul fascial - este reprezentat de o lamă formată din fasciile de înveliș ale mușchilor oblic extern și dorsal mare; ea se continuă și în regiunile învecinate.
- d) Planul profund-constă din mai multe straturi.
 - ⇒ Stratul musculo-fascial superficial este format de porțiunea laterală a fasciei toracolombare, de pe care pornesc fascicule ale mușchiului dorsal mare.
 - ⇒ Stratul musculo-aponevrotic mijlociu este alcătuit din: fasciculele posterioare ale oblicului intern și aponevroza sa posterioară; în partea superioară - ultimele fascicule ale dințatului posterior și inferior.
 - ⇒ Stratul aponevrotic-reprezentat de lama mijlocie a aponevrozei posterioare a mușchiului transvers al abdomenului, se continuă în regiunea retrorahidiană lombară.
 - ⇒ Stratul muscular al pătratului lombelor - este întins între coasta XII-a și creasta iliacă.
 - ⇒ Stratul fascial profund este format de lama anterioară a aponevrozei posterioare a mușchiului transvers(fascia pătratului lombelor), care se termină la baza proceselor costale.
- e) Planul premuscular - constă din două straturi: fascia transversalis și stratul retroperitoneal (alcătuit din țesut celulo-adipos, bine dezvoltat în special în dreptul rinichiului).
- f) Peritoneul parietal-ultimul strat al regiunii; la nivelul colonului ascendent (în dreapta) și a celui descendent(în stânga), peritoneul este înlocuit de fascia de coalescență retrocolică.

- **Regiunea inghinală**

Este o regiune pereche antero-inferioară a peretelui abdominal;este situată sub regiunea costo-iliacă anterioară și deasupra regiunii anterioare a coapsei.

Limitele sunt:

- ⇒ superior - orizontala ce unește spinele iliace anterosuperioare;
 - ⇒ infero-lateral - plica inghinală;
 - ⇒ medial - marginea laterală a mușchiului drept al abdomenului;
- Regiunea are deci o formă triunghiulară.

Stratigrafia este aceeași cu cea a regiunii costo-iliace anterioare, diferențele datorându-se traiectului printre straturile planului profund, a funiculului spermatic la bărbat, a ligamentului rotund al uterului la femeie.

- **Regiunea lombo-iliacă**

Este o regiune profundă, pereche, situată la nivelul peretelui posterior al abdomenului, de o parte și de cealaltă a coloanei lombare.

Limitele sunt:

- ⇒ superior - ligamentul arcuat medial, care o separă de regiunea diafragmatică;
- ⇒ inferior - planul convențional care trece prin plica inghinală și marginea anterioară a coxalului, separând-o de planurile profunde ale regiunii anterioare a coapsei;
- ⇒ medial - fața laterală a coloanei lombare și apoi linia terminală a coxalului, care o delimitează de regiunea rahidiană și respectiv de pelvis;
- ⇒ lateral - marginea laterală a mușchiului psoas mare, continuată apoi cu creasta iliacă, ce o separă de regiunea costo-iliacă posterioară.

Stratigrafic cuprinde următoarele planuri(dinapoi-înainte):

- a) Planul muscular - cuprinde mușchii iliopsoas și micul psoas.
- b) Planul fascial - este reprezentat de fascia iliacă, fuzionată cu fascia transversalis. Fascia iliacă împreună cu coloana lombară și cu fosa iliacă, delimitează loja mușchiului iliopsoas, care se continuă la coapsă pe sub ligamentul inghinal până la inserția acestui mușchi.
- c) Planul retroperitoneal (fascia extraperitoneală) - este o lamă de țesut celular, relativ subțire în porțiunea superioară a regiunii, dar care devine mult mai groasă și bogată în grăsime în partea inferioară.
- d) Peritoneul parietal - este planul ultim al regiunii; în fosa iliacă stângă el este înlocuit cu fascia de coalescență retrocolică (Toldt), care separă fascia iliacă de fața posterioară a ansei iliace a colonului sigmoidian.

C2) Masajul abdomenului

Metodele de masare a abdomenului sunt foarte variate. Masajul abdominal este indicat, pe de o parte, în congestii ale unor organe abdominale, în atonia gastrointestinală, în spasmele intestinale, iar pe de altă parte în atrofia musculaturii abdominale și în ptoza organelor abdominale (tratate fiecare cu manipulații speciale). Deci, masajul abdomenului se adresează peretelui abdominal și organelor abdominale.

• Masajul peretelui abdominal

Prin masajul peretelui abdominal se urmărește întărirea musculaturii și influențarea musculaturii organelor din interiorul abdomenului. În acest scop se vor face următoarele manipulații.

- ⇒ La început se face o netezire circulară superficială pentru a reduce sensibilitatea pacientului și contractura mușchilor abdominali. Bolnavul stă culcat pe spate, pe un suport tare, cu coapsele și genunchii în ușoară flexie, cu completa relaxare a musculaturii. Maseurul se așează de partea dreaptă a pacientului și aplică rădăcina mâinii sau policele între simfiză și ombilic, iar cu degetele întinse face mișcări circulare în sensul acelor de ceas. Urmează o netezire circulară și mai profundă, executată cu rădăcina și cu palma mâinii, apăsând în profunzime. Se face apoi o netezire circulară profundă, aplicând palmele ambelor mâini în ușoară supinație de ambele părți ale abdomenului (mâna stângă pe partea dreaptă a abdomenului iar mâna dreaptă îndreptată spre stânga bolnavului), mâna stângă alunecând în sus și transversal, în direcția colonului ascendent și transversal, de-a lungul colonului descendent și sigmoid, continuând apoi deasupra organelor bazinului.
- ⇒ Frământarea transversală se face cu rădăcina și cu palma mâinii dintr-o parte a abdomenului către cealaltă. Se așează rădăcina mâinii pe partea dreaptă a abdomenului și se împinge conținutul abdominal spre partea stângă apoi se trage cu degetele în ușoară flexie, în sens invers. Aceeași manipulație se poate face și în sens invers. A doua formă de frământare, cu efecte puternice asupra musculaturii abdominale, poate fi executată prinzând musculatura dreptului abdominal între degetul mare și celelalte patru degete ale mâinii și făcând apoi mișcări transversale asupra fibrelor dreptului în același sens și mai ales în sens invers. La sfârșit se pot adăuga, în special la persoanele cu perete abdominal adipos, ciupituri profunde și repezi ale masei adipoase.
- ⇒ Fricțiunea ușoară a peretelui abdominal se face parte cu degetele, parte cu rădăcina mâinii, în direcția acelor de ceasornic. Acest procedeu acționează mai mult asupra intestinului subțire.
- ⇒ Baterea se face în toate direcțiile și în toate felurile: cu degetele relaxate, cu dosul degetelor, cu dosul falangei și pentru influențarea musculaturii organelor din interiorul abdomenului cu palmele întinse sau cu palma mâinii în concavitate.
- ⇒ Masajul se încheie cu mișcări fine de vibrație executate cu fața palmară a degetelor sau cu rădăcina mâinii, îndeosebi pe plexul solar hipogastric. Între fiecare dintre manipulații se fac câteva mișcări de netezire.

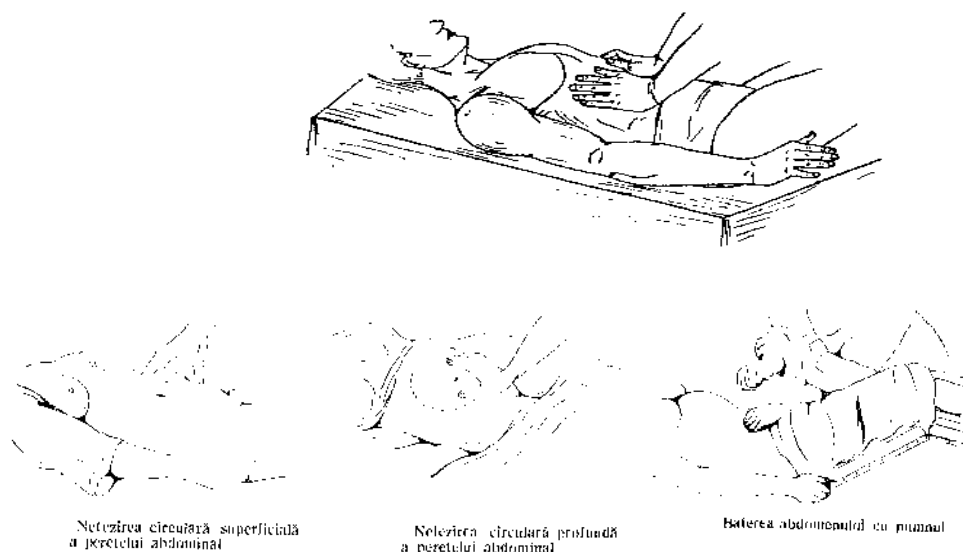


Fig. 51 (3,4,6,7)

- **Masajul organelor abdominale**

Înainte de a începe masajul organelor abdominale trebuie masat peretele abdominal în modul menționat mai sus, netezind circular superior și profund, frământând transversal, și numai după aceea se trece la masajul propriu-zis al organelor abdominale, începând cu colonul. Indiferent de organul abdominal care va fi masat, trebuie să se întrebuițeze ca masaj de introducere manipulațiile menționate. Tehnica propriu-zisă este prezentată la masajul organelor și aparatelor.

Pentru întărirea musculaturii abdominale se vor executa cu bolnavul următoarele exerciții de gimnastică:

- ⇒ bolnavul este solicitat să treacă din poziție șezândă în poziție culcată, fără sprijinul brațelor;
- ⇒ din poziția culcată să treacă în poziția șezândă printr-o mișcare de avânt a brațelor;
- ⇒ bolnavul este solicitat să execute același exercițiu cu mâinile împreunate la ceafă;
- ⇒ din poziție șezândă să treacă alternativ în decubit lateral drept și stâng;
- ⇒ va fi solicitat ca în decubit dorsal să execute ridicarea și coborârea înceată a membrilor inferioare și mișcări de ciclism;
- ⇒ bolnavul, în poziție șezândă, va ridica simultan membrele inferioare și va înclina trunchiul, cu tendința ca degetele mâinilor să atingă degetele picioarelor.

6.1.1.5.3. Masajul extremității inferioare

Membrul inferior (membrum inferius) (1,17)

Sub aspect funcțional centura și membrul propriu-zis alcătuiesc o unitate “sine qua non”; în cadrul acestei unități centura scapulară are un rol subordonat segmentului apendicular, căruia îi asigură de fapt legătura cu blocul toracic.

Membrele inferioare sau pelviene sunt segmentele corporale care se desprind din părțile infero-laterale ale trunchiului. Ele sunt adaptate în primul rând pentru stațiunea bipedă și pentru locomoție.

Limita care separă membrul inferior de trunchi este reprezentată de o linie circulară, care începe în partea anterioară de la tuberculul pubelui, se continuă prin plica inghinală, creasta iliacă și șanțul intergluteal, până la vârful coccigelui; trece apoi prin șanțul genito-femural până la tuberculul pubian.

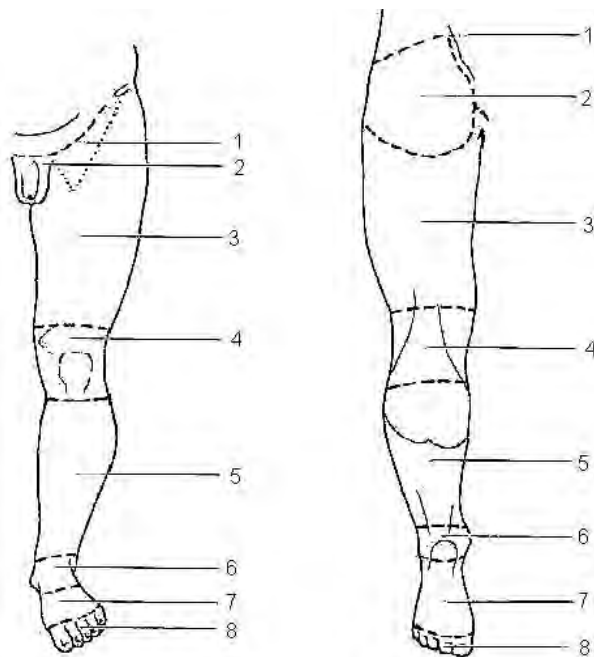
Din punct de vedere topografic, membrului inferior i se descriu șase segmente: regiunea gluteală, coapsa, genunchiul, gamba, gâtul piciorului și piciorul.

A1) Regiunea gluteală (regio glutealis)- noțiuni de anatomie topografică

Cunoscută și sub numele de regiune fesieră, constituie segmentul supero-posterior al membrului inferior, prin care acesta se desprinde de pelvis. Mușchii puternici pe care regiunea îi cuprinde, servesc la locomoție, ortostatism și de asemenea la poziția șezândă.

Regiunea fesieră este limitată în sus de creasta iliacă, în jos de plica fesieră.

Forma rotunjită este dată de mușchiul marele fesier, care are rolul de redresare a bazinului pe femur, pentru menținerea stațiunii verticale. Pielea este suplă, cu multe glande sebacee, sub piele se găsește un strat bogat în țesut adipos.



- Regiunile topografice ale membrului inferior stâng (vedere anterioară)
1. Triunghiul femural Scarpa. 2. Scrotul.
 3. Reg. anterioară a coapsei. 4. Reg. anterioară a genunchiului (regiunea patelară). 5. Regiunea anterioară a gambei. 6. Reg. anterioară a gâtului piciorului.
 7. Reg. dorsală a piciorului. 8. Reg. dorsală a degetelor.

- Regiunile topografice ale membrului inferior stâng (vedere posterioară)
1. Reg. sacro-coccigială. 2. Reg. gluteală. 3. Reg. posterioară a coapsei. 4. Reg. posterioară a genunchiului (regiunea poplitee).
 5. Regiunea posterioară a gambei. 6. Reg. posterioară a gâtului piciorului. 7. Reg. plantară.
 8. Reg. plantară a degetelor.

Fig. 52 (17)

Mușchii fesei sunt: mușchii fesieri (mare, mijlociu și mic), piramidalul, gemenii superior și inferior, obturatorii intern și extern, pătratul crural. În profunzime, sub acești mușchi se află un țesut celulo-adipos, care comunică cu bazinul prin marea scobitură sciatică și cu groapa ischiorectală prin mica scobitură sciatică. Prin acest țesut trec vasele și trunchiurile nervoase importante care ies din bazin: marele și micul sciatic nervii rușinoși interni, artera fesieră cu venele și nervul ei, artera ischiatică.

Planul osteo-articular este reprezentat de o mare parte a feței laterale a coxalului (fața gluteală, spina ischiadică, tuberozitatea ischiadică și marea scobitură ischiadică), de marele trohanter și de fața posterioară a colului femural, precum și de fața posterioară a articulațiilor sacroiliacă și coxofemurală.

A2) Masajul articulației coxo-femorale

Masajul acestei regiuni este mai dificil, din cauza musculaturii masive care acoperă această articulație și care nu permite decât acces limitat la capsula articulară. Singurele două puncte de acces sunt:

- ⇒ la inserția croitorului, unde se pătrunde pe partea lui internă, prin apăsare și vibrație;
- ⇒ între trohanter și tuberozitatea ischiatică, unde se pătrunde fixând genunchiul bolnavului în flexie și articulația coxo-femurală în ușoară abducție (preferabil din decubit ventral), executând mișcări de vibrație, eventual de batere.

Masajul se termină cu mișcări pasive și active de flexie, extensie, abducție, adducție, circumducție și rotație, cărora le revine o importanță mai mare decât masajul acestei regiuni. Dintre toate aceste mișcări, cea mai importantă este mișcarea de abducție, deoarece în procesele patologice este prima interesată, ducând de timpuriu la fixația parțială a articulației.

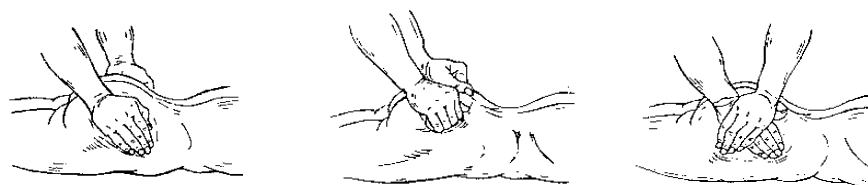


Fig. 53 (6,7)

B1) Coapsa (femur/regio femoralis) - noțiuni de anatomie topografică

Este segmentul cuprins între regiunea gluteală și peretele abdominal anterior-pe de o parte, respectiv genunchi-pe de alta. Coapsa are forma unui trunchi de con cu baza în sus.

Topografic se subdivide în două regiuni, una anterioară și alta posterioară. Separția lor o face un plan aproximativ frontal care trece: lateral - prin verticala ce unește trohanterul mare cu epicondilul femural lateral; medial - prin verticala ce unește tuberculul pubelui cu epicondilul femural medial.

• **Regiunea anterioară a coapsei (regio femoralis anterior)**

La subiecții musculoși, ea prezintă trei reliefuri musculare, dispuse sub forma literei N. Relieful lateral, vertical, corespunde tensorului fasciei lata; cel medial, ușor oblic în jos și în afară, este format de adductorul lung; relieful mijlociu, datorat croitorului, este oblic în jos și medial. Ultimele două proeminențe musculare împreună cu plica inghinală, delimitează triunghiul femural (Scarpa).

Stratigrafic regiunea cuprinde următoarele planuri:

- a) Pielea - este mai groasă în partea laterală decât în cea medială, este foarte mobilă pe planurile subiacente și prevăzută cu peri.
- b) Planul subcutanat-este bine reprezentat la majoritatea indivizilor, dar mai ales la femei, fiind constituit din țesut adipos, care, pe alocuri-mai ales medial-are o dispoziție lamelară. El conține numeroase elemente superficiale. Arterele sunt ramuri ale femuralei; iar, dintre vene, o importanță cu totul aparte o are vena safenă mare ce primește ca afluent vena safenă accesorie, care o leagă de vena safenă mică. Trunchiurile colectoare limfatice mari însoțesc vena safenă mare. Nervii superficiali sunt reprezentați de: cutanatul femural lateral (în porțiunea laterală), 2-3 ramuri cutanate anterioare din nervul femural (pentru porțiunea mijlocie), ramura femurală a genitofemuralului (în porțiunea supero-medială) și ramura cutanată a nervului obturator (pentru zona infero-medială). O importanță practică mare au limfonodurile inghinale superficiale, situate în aria triunghiului femural.
- c) Fascia lata - formează următorul plan, are o formă cilindrică, învelind întreaga coapsă. Pornește de pe ligamentul inghinal și de pe fascia gluteală, iar în jos se continuă cu fascia genunchiului. La nivelul triunghiului Scarpa, fascia lata prezintă numeroase orificii mici pentru trecerea vaselor limfatice(în această zonă ia numele de fascia cribroasă), precum și un orificiu mare-fosa ovala-prin care trece arcul venei safene mari. Fascia lata trimite prelungiri care formează teci perim musculare pentru mușchii croitor, gracilis, tensor al fasciei lata, precum și teaca vaselor femurale.
- d) Planul profund - este alcătuit din trei straturi musculare, care conțin și elemente vasculo-nervoase foarte importante.
 - ⇒ Stratul muscular superficial este alcătuit din patru mușchi, care se succed în sens latero-medial: mușchiul tensor al fasciei lata, mușchiul croitor, mușchiul adductor lung și mușchiul gracilis (dreptul intern).
 - ⇒ Stratul muscular mijlociu conține următorii mușchi tot în sens latero-medial: vastul lateral, dreptul femural, vastul medial - cei trei mușchi sunt capete de origine ale cvadricepsului. Alți mușchi este iliopsoasul, care coboară din abdomen ajungând la coapsă prin lacuna musculară. Urmează pectineul și, mai medial așezat, adductorul scurt; iar cel mai medial mușchi al acestui strat este adductorul mare.
 - ⇒ Stratul muscular profund este reprezentat de doi mușchi: vastul intermediar și obturatorul extern. Vastul intermediar, cel de al patrulea cap de origine al cvadricepsului, ia naștere pe fața laterală a diafizei femurale și se atașează apoi tendonului terminal împreună cu celelalte trei fascicule.

- **Regiunea posterioară a coapsei (regio femoralis posterior)**

Stratigrafia este următoarea

- a) Pielea - ceva mai groasă decât în regiunea anterioară, mobilă și prevăzută cu peri mai puțini și scurți.
- b) Planul subcutanat - bogat în grăsime, se continuă proximal cu cel din regiunile gluteală și perineală, iar distal cu cel din regiunea poplitee. Ca element superficial mai important menționăm nervul cutanat femural posterior, ramură a plexului sacrat, care inervează pielea regiunii.
- c) Planul fascial - este format de fascia lata.
- d) Planul profund - este alcătuit din două straturi:
 - ⇒ Stratul muscular superficial cuprinde trei mușchi. În partea laterală se află capul lung al bicepsului femural, iar medial semitendinosul; ambii coboară din regiunea gluteală, ajung distal, în regiunea posterioară a genunchiului. Partea supero-laterală a regiunii este ocupată de porțiunea infero-laterală a gluteului mare.
 - ⇒ Stratul muscular profund este reprezentat de doi mușchi: în partea laterală de capul scurt al bicepsului femural, iar în partea medială de semimembranosul, care, ca și ceilalți mușchi ischio-crurali, coboară din regiunea gluteală, și distal ajunge în regiunea poplitee. Elementul cel mai important al planului profund este nervul sciatic (ischiadice). În traiectul său prin regiune, dă ramuri motorii pentru cei trei mușchi ischio-crurali și pentru adductorul mare.

B2) Masajul coapsei

Mușchii coapsei se împart, din punct de vedere al masajului, în următoarele grupuri:

- ⇒ mușchii extensori (cvadricepsul);
- ⇒ mușchii adductori;
- ⇒ partea internă a grupului flexor (semimembranos și semitendinos);
- ⇒ partea externă a grupului flexor (bicepsul);
- ⇒ tensorul fasciei lata.

Se masează fiecare mușchi în parte, începând cu partea anterioară, bolnavul fiind culcat pe spate. Pentru coapsa dreaptă:

- ⇒ Grupul extensor se masează aplicând mâna dreaptă sub articulația genunchiului și netezind cu palma stângă în sus, trecând ușor peste rotulă, astfel ca policele să urmeze un drum de la marginea internă a rotulei în sus, de-a lungul marginii interne a adductorilor, cuprinzând cu celelalte degete marginea externă a grupului muscular și întinzându-se la spina iliacă antero-superioară. În cazul acestei neteziri se pot face și mișcări laterale și în formă de spirală cu vârful degetelor. Frământatul se poate face cu toată forța, sub toate formele, musculatura fiind puternică și bine conturată. Urmează mângăluirea și baterea.
- ⇒ Pentru masajul adductorilor se îndoaie puțin articulația genunchiului și articulația coxo-femurală și se netezește cu mâna dreaptă astfel ca policele să urmeze linia de la marginea internă a rotulei, de-a lungul marginii interne a cvadricepsului, iar celelalte degete cuprinzând partea internă a musculaturii coapsei să se întâlnească cu plica inghino-crurală.
- ⇒ Pentru masajul fasciei lata, bolnavul va fi așezat pe partea sănătoasă și se netezește cu palma și cu rădăcina mâinii, apoi puternic cu dosul falangelor, sub formă de pieptene, de la genunchi până la creasta iliacă.



Fig. 54 (6,7)

Bolnavul se așează apoi pe abdomen, pentru a fi accesibilă partea posterioară a coapsei.

- ⇒ Se masează întâi cu ambele palme și cu degetele întinse întreaga parte posterioară începând de la fosa poplitee până la plica fesieră. Se netezește apoi cu policele stângă jumătatea externă a părții posterioare a coapsei, plecând din fosa poplitee, din mijlocul coapsei, de-a lungul nervului sciatic, iar cu celelalte degete spre marele trohanter, pe partea externă. Jumătatea internă a părții posterioare va fi

netezită astfel ca policele drept să urmeze mijlocul coapsei, iar celelalte degete, cuprinzând musculatura internă, să se întâlnească în partea inferioară a simfizei. Se face, apoi stoarcerea, celelalte manipulații de frământare și toate varietățile de batere.

- ⇒ La urmă se face masajul regiunii fesiere, bolnavul rămânând culcat pe abdomen. Maseurul se așează de partea sănătoasă a bolnavului și netezește cu mâna, plecând de sub trohanterul mare, astfel ca policele să urmeze marginea inferioară a marelui fesier spre coccis, iar celelalte degete, spre splina iliacă postero-superioară. Pornește apoi din nou, de sub trohanter, cele patru degete alunecând de la marginea anterioară a marelui trohanter spre splina iliacă antero-superioară. Se aplică la sfârșit, cu toată puterea, toate sistemele de frământare și de batere.

CI) Genunchiul (genu) - noțiuni de anatomie topografică

Regiune intermediară între coapsă și gambă, cuprinde totalitatea părților moi situate în jurul articulației genunchiului.

Limitele sunt:

- ⇒ proximal - linia circulară dusă la două degete deasupra rotulei;
⇒ distal - planul orizontal care trece prin tuberozitatea tibiei (două lățimi de deget dedesubtul vârfului rotulei).

Topografic, genunchiul cuprinde două regiuni, una anterioară și alta posterioară. Separația dintre cele două regiuni o face planul frontal care trece prin cei doi epicondili femurali.

Regiunea este dominată, ca importanță clinică, de prezența articulației genunchiului. Aceasta este cointereseată în numeroase afecțiuni, fiind foarte expusă, prin poziția sa, la traumatisme, procese inflamatorii sau degenerative. Rolul său în locomoție și în ortostatism este foarte mare; anchiloză articulației reduce mult locomoția.

• Regiunea anterioară a genunchiului (regio genus anterior)

Este cunoscută și sub numele de regiune patelară sau rotuliană.

Regiunea rotuliană prezintă un relief triunghiular corespunzător rotulei, deasupra căreia se remarcă relieful extremității distale a cvadricepsului, iar dedesubt, relieful aplatizat al ligamentului rotulian, care se inseră pe tuberozitatea anterioară a tibiei. De o parte și de alta a rotulei se găsesc două depresiuni ce corespund fundurilor de sac laterale ale sinovialei.

Stratigrafic se succed următoarele planuri:

- a) Pielea - mai subțire pe părțile laterale, mobilă, rezistentă și lipsită de păr în regiunea centrală.
b) Planul subcutanat - este slab dezvoltat. În el se găsește bursa seroasă subcutanată prerotuliană. Elementele vasculo-nervoase sunt de calibru redus, cu excepția ramurii infrarotuliene a nervului safen, care inervează pielea regiunii.
c) Fascia de înveliș - se continuă pe de o parte cu fascia lata, și pe de alta cu fascia crurală.
d) Planul profund - musculo-aponevrotic - este reprezentat: în partea superioară de porțiunea distală a cvadricepsului, mai jos de expansiunea cvadricipitală, iar infero-medial de complexul tendinos al piciorului gâștei. Piciorul gâștei este alcătuit din două planuri tendinoase: cel superficial este format de croitor, iar cel profund de gracilis și semitendinos; se inseră pe tibie imediat dedesubtul condilului medial.

• Regiunea posterioară a genunchiului (regio genus posterior)

Se numește și regiunea poplitee. Forma diferă astfel:

- ⇒ dacă gamba este în extensie, regiunea este convexă, prezentând în axul său longitudinal un relief alungit vertical (poziția operatorie);
⇒ cu gamba flectată, ea se transformă într-o excavație profundă, delimitată de reliefuli musculare și tendinoase (poziția de explorare clinică).

Stratigrafic se prezintă în modul următor::

- a) Pielea - este fină, mobilă, prezintă câteva plice de flexiune.
b) Planul subcutanat - conține un țesut celulo-adipos, continuat la coapsă respectiv la gambă. Importantă este vena safenă mare, care urcă pe partea medială a regiunii; alături de ea coboară nervul safen.
c) Fascia genunchiului - este aderentă la tendoanele mușchilor subiacenți, care îi trimit fibre de întărire.

- d) Planul profund - este reprezentat de fosa poplitee. Aceasta este o excavație având forma unui romb, cu axul lung vertical. Ea are șase pereți: peretele superficial (posterior), peretele supero-lateral, peretele supero-medial, peretele infero-medial, peretele infero-lateral, peretele profund (anterior). Nervul sciatic, coborât din regiunea posterioară a coapsei, ajunge la unghiul superior al fosei poplitee, unde se bifurcă în ramurile sale terminale: sciatic-popliteu extern (nervul peronier comun) și sciatic-popliteu intern (nervul tibial). Tot în fosa poplitee se mai află artera poplitee și ramurile ei, vena poplitee și nodurile limfatice poplitee profunde.

C2) Masajul articulației genunchiului

La masajul articulației genunchiului maseurul se va orienta asupra capsulei articulare care unește cele trei oase: femurul, tibia și rotula.

Se începe cu masajul de introducere, ținând genunchiul bolnavului în flexie și netezind de la articulația genunchiului în sus, spre mușchiul cvadriceps, care în afecțiunile articulare ale genunchiului prezintă aproape întotdeauna o atrofie pronunțată. Se trece la fricțiunea care se face cu două degete (la persoane adipoase) sau cu un deget (degetul mare sau arătătorul), făcând mișcări de fricțiune, în sus, în jos, lateral sau circular, în felul următor: se aplică policele pe ambele margini ale sacului capsular în partea superioară, cuprinzând cu celelalte degete fosa poplitee. Se îndreaptă apoi în jos, pe ambele margini ale rotulei, până la linia interarticulară și se deviază lateral spre fosa poplitee, întorcându-se pe același drum până la rotulă și în jos până la tuberozitatea tibiei. În partea interioară se face fricțiune mai mult în sens orizontal. Urmează masajul părții posterioare, genunchiul fiind flectat pentru a pătrunde cu degetul mediu și index lângă tendoanele mușchilor flexori în profunzime și fricționând orizontal, vertical și circular.

Masajul se încheie cu netezire și cu mișcări pasive și active de flexie și de extensie, precum și cu mișcări pasive de rotație limitate.

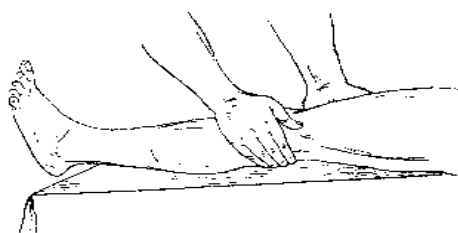


Fig. 55 (16,7)

D1) Gamba (crus) - noțiuni de anatomie topografică

Cuprinsă între genunchi și gâtul piciorului, gamba are următoarele limite:

- ⇒ proximal - planul orizontal dus prin tuberozitatea tibiei,
- ⇒ distal - planul transversal care trece prin baza celor două maleole.

Gamba prezintă două regiuni topografice-una anterioară alta posterioară, separate între ele printr-un plan frontal, care trece medial prin marginea medială a tibiei, iar lateral prin linia convențională care unește condilul tibial lateral cu marginea posterioară a maleolei laterale (linie ce corespunde marginii posterioare a fibulei).

• Regiunea anterioară a gambei (regio cruralis anterior)

Stratigrafia regiunii este:

- a) Pielea - este subțire și puțin mobilă; creasta tibiei este accesibilă pe toată întinderea ei și poate fi explorată cu degetele.
- b) Planul subcutanat - este alcătuit din țesut celular nu prea bogat, elementele vasculo-nervoase superficiale sunt de calibru redus și puțin importante.
- c) Planul fascial - este reprezentat de fascia crurală. În partea sa proximală are un caracter aponevrotic, iar în partea distală prezintă o îngroșare transversală numită retinaculul superior al extensorilor.
- d) Planul profund - este împărțit prin septul intermuscular anterior în două loji.
 - ⇒ Loja medială cuprinde patru mușchi extensori care în succesiune tibio-fibulară sunt: tibialul anterior, extensorul lung al halucelui, extensorul lung al degetelor, peronierul al treilea.

⇒ Loja laterală cuprinde cei doi mușchi peronieri, peronierul lung și peronierul scurt.

- **Regiunea posterioară a gambei (regio cruralis posterior)**

Stratigrafic cuprinde următoarele planuri:

- a) Pielea - are aceleași caractere ca în regiunea anterioară.
- b) Planul subcutanat-constituit din țesut celulo-adipos conține ca elemente vasculo-nervoase mai importante: vena safena mare, vena safena mică, vasele limfatice superficiale ce însoțesc venele safene, nervul safen, nervul cutanat sural medial, nervul sural.
- c) Fascia crurală - este mai subțire decât în regiunea anterioară, mai ales în partea sa inferioară.
- d) Planul profund-musculo-fascial - este alcătuit din două loji musculare, separate între ele de o lama fascială:
 - ⇒ Stratul muscular superficial conține mușchii triceps sural (la rândul său format de gastrocnemian și solear) și plantar.
 - ⇒ Statul fascial profund este reprezentat de lama profundă a fasciei crurale, situată în plan frontal.
 - ⇒ Stratul muscular profund este alcătuit din patru mușchi: popliteul, flexorul lung al degetelor, tibialul posterior și flexorul lung al halucelui.Planul profund conține mănunchiul vasculo-nervos al regiunii gambiere posterioare: artera tibială posterioară, artera peronieră, venele comitante ale acestor artere, nervul tibial, vasele limfatice profunde.

D2) Masajul gambei

Grupul gambierului anterior este regiunea cu care se începe masajul gambei. Bolnavul șade în fața maseurului, care îi ține călcâiul cu o mână, iar cealaltă mână o plasează sub maleola externă, așa încât policele să urmeze marginea anterioară a tibiei, iar celelalte degete să cuprindă marginea externă a gambei. Netezește de câteva ori de jos în sus, iar după aceea face o netezire puternică cu partea dorsală a falangelor, sub formă de pieptene. Netezirea se va face destul de energic, din cauza aponevrozei puternice de la acest nivel. Urmează frământatul executat cu două degete.

Grupul peronierilor se masează în felul următor: se palpează creasta tibiei și se plasează degetul mare în șanțul de lângă tibie, plecând de la partea anterioară a maleolei externe către condilul extern al femurului, iar celelalte degete în șanțul dintre peronier și mușchii posteriori, de-a lungul peroneului. Se face netezirea, apoi petrisajul cu două degete sau mângăluirea.

Pentru masajul regiunii posterioare se folosește poziția mai sus menționată sau cea de decubit ventral, în care gamba este fixată cu o mână la nivelul gleznei și cu cealaltă se execută masajul. Partea externă a mușchilor posteriori se netezește cu o mână, plecând de la partea posterioară a maleolei externe în sus, cu degetul mare băgat adânc între peronier și mușchii posteriori, iar celelalte degete poziționate în interstițiul dintre gemeni, întâlnindu-se cu policele în fosa poplitee. Urmează frământatul sub formă de stoarcere, care se face cu degetul mare fixat de tibie, iar celelalte degete cuprinzând partea externă a mușchilor posteriori și grupul peronierilor. Aici se poate aplica și geluirea, în afară de regiunea fasciei crurale.

Se schimbă poziția mâinilor și partea internă a mușchilor posteriori se masează unind cu degetul mare tibia, iar cu celelalte degete mijlocul mușchilor posteriori, spre partea internă a rotulei. Frământatul se face împreună cu tibialul posterior, palpând tendonul lui Achile și masând numai de la locul unde începe mușchiul. Aici se poate aplica geluirea, mângăluirea sau ciupirea (mai ales la musculatura atrofiată). Baterea se face cu dunga mâinii, numai pe partea posterioară sau pe părțile laterale ale gambei.

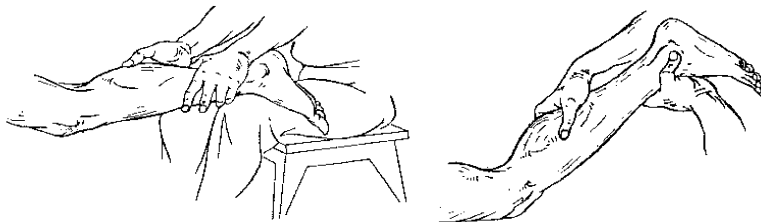


Fig..56 (6,7)

E) Gâtul piciorului (glezna) - noțiuni de anatomie topografică

Este regiunea de trecere a elementelor anatomice de la gambă la picior.

Limitele sunt următoarele:

- ⇒ proximal - planul transversal care trece prin baza celor două maleole;
- ⇒ distal - planul oblic în jos și posterior, care trece, în partea anterioară, la 3 cm dedesubtul plicei de flexiune talocrurale;
- ⇒ lateral și medial - la câte 1 cm sub vârful maleolelor;
- ⇒ posterior - prin tuberozitatea calcaneană.

Gâtul piciorului este împărțit printr-un plan frontal care trece prin vârful maleolelor, în două regiuni, una anterioară corespunzătoare planului de flexie dorsală a piciorului, și alta posterioară, corespunzătoare planului de flexie plantară. Între cele două regiuni se interpun oasele și articulațiile gâtului piciorului.

- **Regiunea anterioară a gâtului piciorului (regio talocruralis anterior)**

Cuprinde toate părțile moi situate înaintea articulației talocrurale. Pe părțile laterale, de o parte și de alta, regiunea prezintă proeminențele celor două maleole. Între acestea, mai ales în mișcările de extensie ale degetelor sau de flexie dorsală a piciorului, se reliefează sub tegument cordoanele tendoanelor, care trec din regiunea anterioară spre cea dorsală a piciorului. Între grupul acestor tendoane și cele două maleole există două depresiuni în care se află direct sub piele sinoviala articulară.

Stratigrafic se întâlnesc următoarele planuri:

- a) Pielea - subțire și foarte mobilă pe planurile subiacente; prezintă 2-3 plice transversale de flexiune a piciorului.
- b) Planul subcutanat - cuprinde în sens tibio-fibular: vena safenă mare, nervul safen, nervul peronier superficial, nervii cutanați dorsali medial și intermediar, ramuri ale rețelei venoase dorsale a piciorului. Venele sunt însoțite de vase limfatice superficiale.
- c) Planul fascial - este alcătuit din fascia crurală, care se continuă la acest nivel cu fascia dorsală a piciorului. Înaintea articulației talocrurale, ea este întărită de fibre transversale sau oblice, al căror ansamblu constituie retinaculul inferior al extensorilor.
- d) Planul profund - este un plan tendinos, alcătuit în sens tibio-fibular din următoarele tendoane, învelite în teci sinoviale: tendonul tibialului anterior, extensorul lung al halucelui, tendonul extensorului lung al degetelor, tendonul peronierului al treilea. Mânunchiul vasculo-nervos tibial anterior descinde pe sub retinacul, la mijlocul distanței inter-maleolare. Este format din: artera tibială anterioară cu ramurile maleolare, venele comitante, nervul peronier profund, limfaticele profunde.

- **Regiunea posterioară a gâtului piciorului (regio talocruralis posterior)**

Regiunea posterioară prezintă de o parte și de alta cele două maleole, la mijloc tendonul lui Achile care se inserează pe călcâi, iar între ele două șanțuri verticale, șanțurile retromaleolare medial și lateral. Ștergerea conturului șanțurilor în urma unor procese inflamatorii sau prin acumulare de serozitate (edeme retromaleolare), sunt semne importante în diferite afecțiuni ca tenosinovite, boli cardio-vasculare, renale etc.

Stratigrafia este următoarea:

- a) Pielea - mai groasă, este mobilă, cu excepția porțiunii infero-mediane, unde devine aderentă la planul fascial.
- b) Planul subcutanat - este mai gros și mai bogat în grăsime decât în regiunea anterioară. În planul subcutanat se întâlnesc: vena safena mică (înapoia maleolei laterale), nervul sural (alături de venă) și vase limfatice superficiale ce însoțesc vena.
- c) Fascia gâtului piciorului - este continuarea fasciei crurale și se continuă, la rândul său, cu fascia plantară. Retromaleolar, fascia este întărită prin fibre oblice, formând retinaculul flexorilor.
- d) Planul profund - este alcătuit de către tendoanele care vin de la gambă. Se disting trei loji tendinoase.
 - ⇒ Loja mediană, posterioară, conține tendonul calcanean (Achile) prin care tricepsul sural se inseră pe tuberozitatea calcaneană. Sub tendonul lui Achile se afla o bursă seroasă retrocalcaneană.
 - ⇒ Loja laterală conține tendoanele celor doi mușchi peronieri laterali.

- ⇒ Loja medială cuprinde trei tendoane; în sens medio-lateral aceste tendoane aparțin: tibialului posterior, flexorului lung al degetelor și flexorului lung al halucelui.

F1) Piciorul (pes) - noțiuni de anatomie topografică

Piciorul este segmentul terminal al membrului inferior.

Limitele sunt următoarele:

- ⇒ posterior - planul oblic în jos și înapoi care trece, în partea superioară, la 3 cm dedesubtul plicei de flexiune talocrurale;
- ⇒ lateral și medial - la câte 1 cm sub vârful maleolelor;
- ⇒ inferior - prin tuberozitatea calcaneană;
- ⇒ anterior - linia curbă cu concavitatea postero-medială care trece prin vârful degetelor.

Piciorul prezintă două fețe: una liberă privind în sus - fața dorsală, și alta în contact cu solul, privind în jos - fața plantară.

Piciorul poate fi împărțit în două porțiuni: una proximală - piciorul propriu-zis - ce corespunde scheletului tarso-metatarsian, și o porțiune distală reprezentată de cele cinci degete, corespunzătoare scheletului falangian. Limita dintre cele două porțiuni este dată de linia curbă cu concavitatea posterioară, care trece dorsal, prin comisurile interdigitale, iar plantar, prin plicele digito-plantare. Piciorul propriu-zis se subîmparte într-o regiune dorsală și una plantară, prin planul transversal care trece prin marginile medială respectiv cea laterală a piciorului.

• **Regiunea dorsală a piciorului [dorsum pedis (regio dorsalis pedis)]**

Stratigrafia se prezintă în modul următor:

- a) Pielea - fină, subțire, lăsând să se vadă rețeaua venoasă, este foarte mobilă și extensibilă.
- b) Planul subcutanat - este format din țesut lax cu structură lamelară, cu puțină grăsime. Conține arcada venoasă superficială, în a cărei convexitate se termină venele digitale. Elementele nervoase superficiale sunt reprezentate de: nervul safen, care inervează marginea medială a piciorului; nervii cutanat dorsal medial și intermediar, ce participă la inervația senzitivă a dosului piciorului și a degetelor; nervul sural, care inervează marginea laterală a piciorului.
- c) Fascia dorsală a piciorului: se continuă posterior cu retinaculul extensorilor, iar pe margini, cu aponevroza plantară. Postero-lateral prezintă o îngroșare ce formează retinaculul inferior al peronierilor.
- d) Planul profund - este alcătuit din următoarele straturi:
 - ⇒ Stratul tendinos este reprezentat în succesiune medio-laterală, din: tendonul tibialului anterior, tendonul extensorului lung al halucelui, cele 4 tendoane ale extensorului lung al degetelor, tendonul peronierului al treilea, tendonul peronierului scurt, tendonul peronierului lung.
 - ⇒ Fascia foarte subțire a mușchilor extensori scurți.
 - ⇒ Stratul muscular conține doi mușchi, extensorul scurt al halucelui, așezat medial, și extensorul scurt al degetelor, așezat lateral. Între elementele acestui strat, trece artera dorsală a piciorului (pedioasă). Ea este continuarea arterei tibiale anterioare și se proiectează de-a lungul unei linii care unește mijlocul spațiului intermaleolar cu extremitatea posterioară a primului spațiu intermetatarsian. Pe partea medială a pedioasei trece nervul peronier profund, care inervează mușchii extensori scurți și participă la inervația senzitivă a primelor degete.
 - ⇒ Stratul fascial profund este alcătuit de fascia interosoasă dorsală, care acoperă mușchii interosoși dorsali și oasele metatarsiene.

• **Regiunea plantară [planta pedis (regio plantaris pedis)]**

Se numește și talpa piciorului; ea prezintă în porțiunea sa mijlocie și mai ales spre marginea medială, o excavație mai mult sau mai puțin profundă. Luându-se amprenta plantară, se constată că piciorul se sprijină pe sol doar la nivelul călcâiului, a capului metatarsienilor și de-a lungul marginii laterale. Această dispoziție se datorează arhitecturii speciale a scheletului piciorului, care formează bolta plantară cu cei trei stâlpi de sprijin și cu arcurile longitudinale și transversale caracteristice.

Stratigrafia cuprinde:

- a) Pielea - mai fină și subțire la nivelul bolții plantare, se îngroașă puternic la nivelul punctelor de sprijin ale plantei pe sol. Pielea este lipsită de glande sebacee, dar cu numeroase glande sudoripare.

- b) Planul subcutanat - constituit dintr-un țesut adipos dens este mai subțire la nivelul bolții, și gros la nivelul punctelor de sprijin ale plantei, mai ales la nivelul stâlpului calcanean. În cadrul acestui plan se găsește rețeaua venoasă plantară, rețeaua limfatică superficială și ramurile nervoase superficiale (provin din nervii plantari medial și lateral).
- c) Fascia plantară superficială - are o porțiune laterală și una medială, ambele subțiri, având caracter fascial, și una mijlocie, groasă, cu caracter aponevrotic, aponevroza plantară.
- d) Planul profund este alcătuit din două straturi:
- , Stratul musculo-tendinos, ce este împărțit în trei loji:
 - ⇒ Loja medială începe în partea sa posterioară cu canalul calcanean. Loja medială propriu-zisă (porțiunea anterioară) conține mușchi și tendoane destinate halucelui.
 - ⇒ Loja laterală conține mușchii degetului mic.
 - ⇒ Loja mijlocie conține formațiuni musculo-tendinoase dispuse la rândul lor în mai multe straturi: flexorul scurt al degetelor, tendonul flexorului lung al degetelor, mușchiul pătrat al plantei, mușchii lombricali, adductorul halucelui, tendonul peronierului lung. Ramura terminală laterală a nervului plantar medial se împarte aici în nervii digitali plantari comuni care apoi dau ramurile proprii pentru degete.
 - , Stratul musculo-fascial profund (interosos) este alcătuit din 4 loji interosoase. Acestea nu sunt altceva decât spațiile intermetatarsiene, închise plantar (în jos) de fascia plantară profundă, iar dorsal, prin inserțiile pe metatarsieni ale mușchilor interosoși dorsali, acoperiți la rândul lor de fascia interosoasă dorsală. Vasele plantare laterale sunt însoțite de limfatice profunde și de ramura terminală profundă a nervului plantar lateral, care inervează mușchii interosoși.
- **Degetele piciorului (digit pedis)**
- Sunt cinci apendice care se detașează din partea anterioară a piciorului propriu-zis; ele servesc în mare măsură pentru a mări suprafața de susținere a piciorului.
- Degetele au câte două regiuni, una dorsală și alta plantară, separate prin planurile transversale care trec prin axele falangelor.
- Limita posterioară a degetelor este reprezentată:*
- ⇒ pe fața dorsală - de linia curbă cu concavitatea posterioară, care trece prin comisurile interdigitale;
 - ⇒ pe fața plantară - de șanțul adânc, cu concavitatea posterioară ce trece prin plicele digito-plantare.
- ♦ **Regiunea dorsală a degetelor**
- Stratigrafia este următoarea:*
- a) Pielea - este subțire și mobilă, cu peri la nivelul falangei proximale și prezentând unghia la nivelul falangei distale.
 - b) Planul subcutanat - subțire, conține puțină grăsime. În acest plan fiecare deget are câte două artere digitale dorsale fine, două vene digitale dorsale, limfatice superficiale, câte doi nervi digitali dorsali.
 - c) Planul tendinos - este alcătuit din tendoanele extensorilor degetelor. Primele 4 degete au fiecare câte două tendoane, al extensorului lung și al extensorului scurt; degetul mic posedă un singur tendon, cel provenit din extensorul lung al degetelor.
- ♦ **Regiunea plantară a degetelor**
- Prezintă plice de flexiune la nivelul articulațiilor interfalangiene.
- Stratigrafia este următoarea:*
- a) Pielea - este lipsită de păr și de glande sebacee, groasă și puțin mobilă.
 - b) Planul subcutanat - are aceleași caracteristici ca în regiunea plantară a piciorului. În grosimea sa trec elemente vasculo-nervoase: arterele digitale plantare proprii (câte două pentru fiecare deget), venele digitale plantare (câte două pentru fiecare deget), limfaticele însoțesc vasele sangvine, nervii digitali plantari proprii (tot câte doi pentru fiecare deget).
 - c) Planul fibros-constă din tecile fibroase care, împreună cu planul osos al falangelor formează tunele osteo-fibroase prin care trec tendoanele mușchilor flexori.
 - d) Planul tendinos - este alcătuit din tendoanele flexorilor. Doar halucele are un singur tendon, cel al flexorului lung, care se inseră pe falanga distală. Celelalte degete au câte două tendoane:

tendonul provenit din flexorul scurt al degetelor(se inseră pe falanga mijlocie) și tendonul flexorului lung(se inseră pe falanga distală). Tendoanele fiecărui deget sunt învelite în câte o teacă sinovială digitală.

F2) Masajul piciorului și al articulațiilor piciorului

Bolnavul așează extremitatea pe coapsa maseurului, care stă în fața sa. Se începe cu masajul de introducere, de la articulația metacarpofalangiană în sus, de-a lungul părții dorsale, peste gambă, până la genunchi. Netezește apoi cu degetul mare și cu indexul partea dorsală, plantară și laterală a degetului mare al bolnavului, continuând astfel la toate celelalte degete. Frământatul se face cu două degete, mai mult ca o mângăluire, pentru că musculatura degetelor piciorului este mai puțin dezvoltată decât a degetelor mâinilor. Se trece apoi la netezirea feței dorsale a piciorului, de la rădăcina degetelor până la genunchi. Pe urmă se netezește fiecare teacă tendinoasă începând de la baza degetelor până peste articulația tibio-tarsiană intrând și în profunzime și făcând în același timp o flexie plantară a degetelor. Frământatul se face executând mișcări laterale peste tendoane.

Masajul plantei se face sprijinind călcâiul bolnavului pe genunchiul maseurului. Maseurul fixează cu mâna stângă piciorul, iar cu palma, și după aceea cu dosul falangelor va face netezirea, plecând de la vârful degetelor până deasupra articulației maleolare, alunecând cu degetul mare pe partea dorsală a piciorului (la netezirea cu palma). Aici se poate aplica, la eventuale aderențe și fricțiunea executată cu degetul mare. Baterea are un rol destul de important. Se face cu dunga mâinii întinse, cu pumnul sau cu vârful articulației interfalangiene, cu mâna făcută pumn.

Articulațiile piciorului se netezesc circular, plecând de la degete, pe fața dorsală, trecând pe sub maleole și calcaneu și terminând sub călcâi. Pe urmă se fricționează fiecare articulație, insistând mai ales asupra articulației tibio-tarsiene, care se masează în felul următor: se fricționează articulația, plecând de la tendonul lui Achile sub maleola externă până pe fața dorsală pătrunzând între tendoane și apoi se întoarce sub maleola internă, din nou la tendonul lui Achile. Urmează netezirea ușoară a articulației, după care se fac mișcări active și pasive, flexie dorsală, flexie plantară, pronație, supinație și mișcări de rotație.

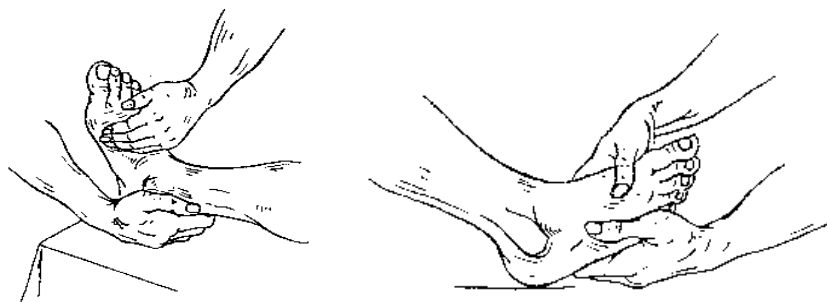


Fig. 57 (6,7)

F3) Masajul piciorului plat

Masajul piciorului plat este un tratament deosebit de important, fiind recomandat frecvent pentru tratamentul acestei deformații.

Masajul piciorului plat se execută la gambă și la laba piciorului. Se face netezirea de introducere la gambă, apoi se masează labele piciorului, în special pe partea mediană, pe toate tendoanele și ligamentele acestei regiuni.

După fiecare masaj se vor face mișcări de gimnastică și exerciții de mers pentru a întări musculatura și ligamentele plantei piciorului și ale gambei. Mișcările care se aplică la piciorul plat sunt următoarele (aceste mișcări se fac dimineața și seara, cu o durată de 3-4 minute, timp de mai multe luni):

- ⇒ mișcări de flexie dorsală; bolnavul se așează pe scaun cu spatele rezemat, executând flexia dorsală a piciorului;
- ⇒ mișcări de flexie plantară maximă fără rezistență→exerciții de apucat și ridicat obiecte de pe podea cu degetele picioarelor;
- ⇒ mișcări de rotație internă plantară, cu lovirea ambelor tălpi ale picioarelor;

⇒ ca încheiere, se fac exerciții de mers: bolnavul se sprijină pe partea internă a plantelor, cu călcăiele în afară și cu degetele picioarelor flectate cât se poate de mult; se cere apoi bolnavului să umble pe partea externă a piciorului.



Fig. 58 (6,7)

6.1.1.5.4. Masajul general

Prin masaj general se înțelege o combinare a tuturor masajelor parțiale în maniera prezentată mai jos.

- Este indicat ca masajul general să înceapă cu regiunea spatelui, pentru că este o regiune întinsă, puțin dureroasă, care permite diferite manipulații. Manipulațiile care se fac sunt netezirea, frământatul, baterea și, rar, fricțiunea. Maseurul se așează de partea stângă când este cu fața în jos (și de partea dreaptă a bolnavului când bolnavul este cu fața în sus). La masarea spatelui nu se dă o atenție specială regiunii lombo-sacrate, ci se consideră ca parte integrantă în masajul spatelui.
- Se masează apoi membrul inferior pe partea posterioară, începând de la călcâi până la regiunea fesieră; apoi bolnavul se întoarce și se masează membrele inferioare pe partea anterioară, dând atenție cuvenită labei.
- Se trece la membrul superior, la torace, la gât și se termină de obicei cu masajul abdominal, limitându-se la masajul peretelui abdominal (țesut adipos și fascii) și nu la interiorul abdomenului.

Masajul general se completează cu exerciții de gimnastică ușoară, în special cu gimnastică respiratorie.

Durata masajului poate să varieze de la 10-15 minute la 1-2 ore, însă în cazul când este indicat în scop terapeutic, nu este bine să depășească 30-40 minute, deoarece pe de o parte, produce reacții prea intense datorită acțiunii prelungite asupra receptorilor cutanați și tisulari, iar pe de altă parte cataboliții tisulari eliberați în mare cantitate și pătrunși în circulația generală pot provoca efecte nedorite.

6.1.1.6. Masajul diverselor organe și aparate

6.1.1.6.1. Masajul țesuturilor corpului

Pielea și țesuturile conjunctive subiacente realizează bariera dintre organism și mediu, ce are un rol complex: atât de structură fizică propriu-zisă cu rol în protecție, apărare, nutriție, termoreglare, cât și de interfață pentru schimburile informaționale dintre sistemul viu, reprezentat de organismul uman, și variațiile mediului extern. Indiferent de modalitățile de acțiune asupra acestei bariere se realizează o stimulare, mai mare sau mai mică, a sistemului viu.

Astfel, folosind tehnicile clasice principale, complementare și speciale prezentate anterior, se obține un efect direct, cu o “profunzime de acțiune” dependentă de intensitatea stimulării. Prin conexiuni directe din această zonă sau prin feed back-uri se realizează cuplajul informațional și cu structurile superioare de control informațional, care la rândul lor reacționează.

Aplicarea tehnicilor de masaj reflex face apel direct la aceste structuri, ca și la organele interne, cu rol în “economia” organismului.

6.1.1.6.2. Masajul aparatului locomotor

Datorită structurilor sale complexe, interconexiunilor sale vaste și rolului său primordial în realizarea mișcării aparatului locomotor i se acordă o nouă încadrare, aceea de aparat neuro-musculo-artro-kinetic, care arată mult mai bine legătura dintre structura și funcțiile sale.

Acest aparat este foarte sensibil la toate tipurile de masaj, indiferent că acesta este aplicat diferențiat structurilor sale componente (mușchi, articulații, structuri periarticulare, periost) sau per ansamblu. Profunzimea manevrelor este mai mare decât cea a masajului pielii și țesutului conjunctiv,

iar intensitatea, durata și frecvența variază în funcție de efectul pe care dorim să-l obținem: calmant-relaxant sau tonifiant-excitant.

Tehnicile și metodologia sunt expuse la capitolele respective.

6.1.1.6.3. Masajul aparatului cardio-vascular

Acest masaj a fost aplicat timpuriu pentru activarea circulației periferice și în special a celei veno-limfatice centripete. Astfel circulația arterială își poate desfășura activitatea în condiții mai bune. În acest mod se îmbunătățește circulația întregului organism și de aceea masajului i se mai spune și “inima periferică”. În cadrul tehnicilor speciale și al masajului mecanic sunt detaliate tehnicile specifice, cele clasice principale și complementare putând fi aplicate în orice condiții de diagnostic și dozaj corect. Procedeele de masaj, pe lângă acțiunea directă asupra sistemului vascular, influențează și nervii vasculari (care reglează la rândul lor și circulația organelor profunde) și la care se adaugă eliberarea din țesuturi de substanțe vaso-motoare cu acțiune de lungă durată.

Masajul modificat al regiunii precordiale are efecte asupra cordului prin intermediul sistemului nervos, putând fi aplicat precoce după intervențiile pe cord pentru îmbunătățirea irigației și funcțiilor cordului (vezi masajul organelor toracice).

Aplicarea masajului reflex reglează funcționalitatea aparatului cardio-vascular în întregul său ansamblu.

6.1.1.6.4. Masajul sistemului nervos

- ***Masajul sistemului nervos periferic***

A fost folosit încă din vechime în scop antialgic sau stimulant direct asupra sistemului nervos periferic. Manevrelor clasice se pot aplica fie numai pe zona dureroasă fie pe trunchiul nervului, fie pe zonele de trecere proeminente și care permit accesul. Pot fi realizate sub forma unor manevre lungi (combinând tehnicile) sau a unora punctiforme succesive (la care predomină presiunea, de obicei cu caracter vibrator).

În aplicație reflexă segmentară (prin acțiune pe dermatomiotomul corespunzător unui segment vertebral) se influențează organele profunde și se realizează conexiuni cu centrii nervoși superiori, care prin feed back-uri recurente închide circuitul de autoreglare.

- ***Masajul sistemului nervos central***

Acest tip de masaj se poate aplica direct prin acțiune asupra capului (cu efecte mai puțin pregnante) și indirect, fie prin influențarea zonelor reflexe de tip occidental sau oriental (cu efectele cele mai evidente), fie prin accesarea segmentelor afectate de leziunile centrale (pareze).

Accesarea acestor zone, pe lângă efectul trofic, asupra structurilor locale afectate, transmite impulsuri directe înspre zona centrală lezată, cu rol de stimulare-reparare-regenerare.

Dacă în parezele flasce părerea este unanimă în privința efectelor favorabile ale masajului, în cele spastice există păreri contradictorii. Se consideră că scăparea buclei gama de sub controlul inhibitor central determină la aplicarea masajului creșterea reflexului miotatic și implicit accentuarea spasticității. Practica a schimbat în ultimul timp această optică. La această nouă părere aderă și subsemnatul: masajul clasic efectuat foarte blând, cu mișcări lungi, lente, rare și la care se asociază imediat variate tehnici de facilitare are un efect benefic asupra acestui tip de leziune.

6.1.1.6.5. Masajul capului

- ***Gâtul (cervix-collum) (1,17)- noțiuni de anatomie topografică***

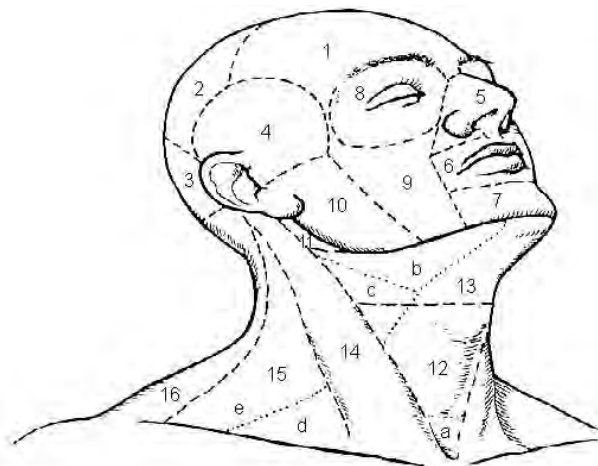
Este segmentul care face legătura între cap și trunchi.

Limitele sunt următoarele:

- ⇒ Cea superioară care separă gâtul de cap, urmează marginea inferioară a corpului mandibulei și se continuă prin orizontala convențională dusă până la marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian; urcă apoi de-a lungul acestei margini, trece prin baza procesului mastoidian și urmează linia nuchală superioară, terminându-se la pro-tuberanța occipitală externă.
- ⇒ Limita inferioară, care separă gâtul de trunchi și de rădăcina membrului superior, este foarte netă în partea anterioară: incizura jugulară a ternului, fața superioară a articulației sternoclaviculare și a claviculei până la articulația acromioclaviculară.

⇒ Posterior, limita este reprezentată de linia convențională transversală, care unește cele două articulații acromioclaviculare, trecând prin procesul spinos al celei de-a VII-a vertebre cervicale.

Topografic, gâtul se împarte în două regiuni: una posterioară - regiunea cervicală posterioară - care, din motive didactice, este expusă odată cu regiunea rahidiană; alta anterioară-gâtul propriu-zis. Limita dintre aceste două regiuni este reprezentată, în profunzime, de planul frontal ce trece prin



Regiunile topografice ale capului și gâtului (văzute antero-lateral)

1. Reg. frontală. 2. Reg. parietală. 3. Reg. occipitală. (1. 2. 3.) Reg. fronto-parieto-occipitală. 4. Reg. temporală. 5. Reg. nazală.
6. Reg. labială. 7. Reg. mentonoeră. 8. Reg. palpebrală. 9. Reg. geniană.
10. Reg. maseterină. 11. Reg. parotidiană. 12. Reg. infrahioidiană.
13. Reg. suprahioidiană. 14. Reg. sternocleidomastoidiană. 15. Reg. laterală a gâtului. 16. Reg. cefei. a. Fosa suprasternală. b. Triunghiul submandibular. c. Triunghiul carotidian. d. Triunghiul omotrapezian.

Fig. 59 (17)

procesele transverse ale vertebrelor cervicale; acest plan corespunde superficial marginilor laterale ale mușchilor trapezi. Gâtul propriu-zis cuprinde o serie de regiuni topografice, unele sunt regiuni viscerele (ce cuprinde faringele cervical, laringele, traheea cervicală, esofagul cervical, tiroida, paratiroidale), altele regiuni somatice.

Regiunile somatice ale gâtului sunt în număr de patru:

- a) Regiunea anterioară a gâtului, numită și triunghiul median al gâtului, este cuprinsă între mandibulă și cei doi mușchi sternocleidomastoidieni. Ea este la rândul său, subîmpărțită într-o regiune infrahioidiană și una supra-hioidiană.
- b) Regiunea sternocleidomastoidiană, denumită și regiune carotidiană, răspunde mușchiului omonim, fiind o regiune pereche, interpusă între regiunea anterioară și cea laterală ale gâtului.
- c) Regiunea laterală a gâtului este o regiune pereche, de formă triunghiulară, denumită și regiunea (sau triunghiul) suprasclaviculară, fiind situată între regiunea sternocleidomastoidiană - care este înaintea - și cea nuchală, așezată înapoia ei.
- d) Regiunea prevertebrală, regiune profundă, mediană și nepereche, ea este situată înapoia regiunii sternocleidomastoidiene și a regiunilor viscerele ale gâtului, și anterior coloanei vertebrale cervicale.

• **Tehnicile de masaj**

Pentru a putea avea acces liber asupra acestei structuri complexe pacientul stă pe un scaun scund și își fixează bărbia în propriile mâini sau pe un suport special, iar terapeutul stă în picioare sau pe un scaun înalt astfel încât să lucreze cu mâinile sub nivelul umerilor săi. El își mută poziția în față, în spate și în lateral față de bolnav în funcție de necesități.

Masajul se poate executa cu ambele mâini sau numai cu una (cealaltă mână sprijină partea opusă a capului). Se masează în ordine fruntea și partea anterioară a capului, creștetul, porțiunea occipitală și ceafa, părțile laterale ale capului. Pacientul își schimbă unghiul de înclinare a capului în funcție de necesități, iar sprijinul este realizat fie de o mână a terapeutului, fie de suporturi, fie de toracele

terapeutului. Se folosesc de obicei neteziri, fricțiuni, vibrații, bateri ușoare și ritmice pentru a influența pielea feței și cea păroasă, vasele, nervii cranieni și cervicali, mușchii lați și subțiri.

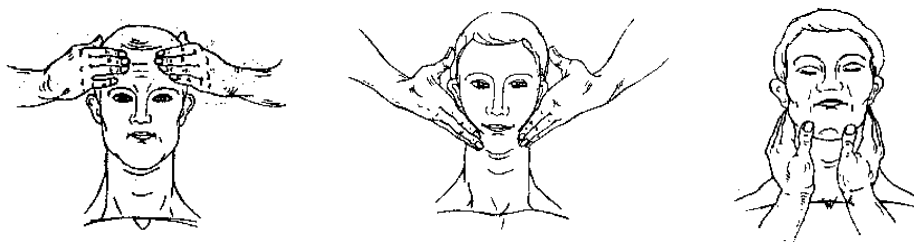


Fig. 60 (6,7)

Masajul feței este o formă specială de masaj, care folosește tehnicile cunoscute adaptate la particularitățile morfo-funcționale ale regiunii, în următoarele scopuri:

- ◆ cosmetic:
 - ⇒ păstrarea sau refacerea aspectului estetic;
 - ⇒ corectarea unor defecte minore;
 - ⇒ prevenirea și tratarea ridurilor;
- ◆ terapeutic:
 - ⇒ tratamentul unor cicatrice, aderențe, pareze.

În aplicație reflexă zonală sau de la distanță sunt influențate funcțiile structurilor anatomice conținute de cutia craniană.

6.1.1.6.6. Masajul organelor toracice

Toracele conține structurile anatomice principale ale aparatului cardio-vascular (cordul și vasele mari) și ale aparatului respirator (plămâni, pleure și căile respiratorii).

Masajul acestora folosește fie variatele tehnici de masaj reflex sau oriental, fie tehnicile clasice adaptate particularităților anatomo-funcționale.

• Masajul regiunii precordiale

Pacientul stă în decubit dorsal cu capul și trunchiul ușor ridicate, iar membrele ușor flectate. Din dreapta sa terapeutul execută manevre în scop:

- ◆ calmant-relaxant (scade și reglează ritmul cardiac, scade tensiunea arterială):
 - ⇒ neteziri cu palma întinsă, ce este condusă din cot, lent și ușor dinspre zona epigastrică → pe partea anterioară a sternului → zona costală stângă → vârful cordului;
 - ⇒ urmează fricțiunea, în același sens, executată de asemenea lent și ușor pentru piele și țesutul celular subcutanat;
 - ⇒ apoi se execută un tapotament rar, lent și ușor cu degetele îndepărtate sau cu palma căuș;
 - ⇒ în final se execută vibrații ușoare pe stern și coaste, din aproape în aproape, în sens circular;

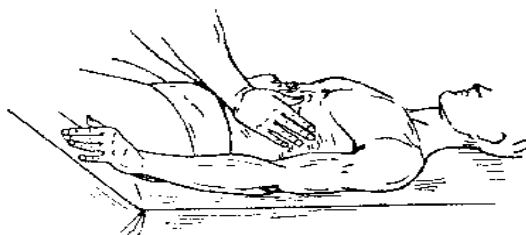


Fig. 61 (6,7)

- ◆ tonifiant-excitant (crește ritmul cardiac și tensiunea arterială):
 - ⇒ se aplică aceleași manevre, în aceeași ordine și după aceeași tehnică, dar cu mișcări mai vii, mai rapide și mai energice, între care se intercalează fricțiuni circulare energice.
- Masajul organelor respiratorii

Este utilizat în insuficiențele respiratorii de diverse cauze, având drept scop creșterea circulației funcționale și a schimburilor gazoase, degajarea căilor respiratorii.

Din poziție identică cu cea pentru masajul precordial se respiră profund, ritmic și rar. În inspir terapeutul pătrunde cu ambele mâini sub torace, cu degetele orientate înspre coloana vertebrală, iar spre sfârșitul inspirului și în pauza postinspiratorie ridică ușor toracele și aplică trepidații ușoare. În expir mâinile alunecă încet spre partea antero-inferioară a coastelor. Spre sfârșitul expirului și în pauza postexpiratorie se efectuează presiuni ușoare, vibrații și trepidații.

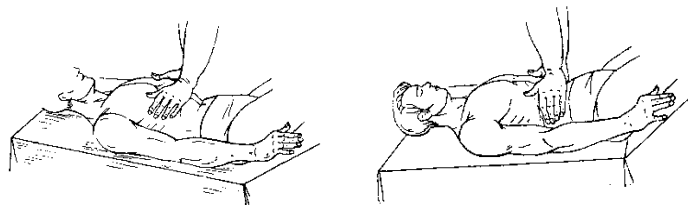


Fig. 62 (6,7)

6.1.1.6.7. Masajul organelor abdominale

- **Masajul colonului**

După manipulațiile prezentate anterior se trece la frământarea colonului, care se face în felul următor: se apasă cu vârful celor patru degete ale unei mâini asupra părții inferioare a cecului, comprimând în același timp cu degetele celorlalte mâini partea dorsală a mâinii care acționează direct asupra cecului și influențarea musculaturii organelor din interiorul abdomenului. În acest scop.

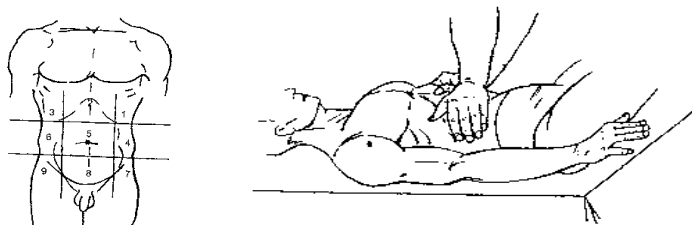


Fig. 63 (6,7)

Se fac mișcări de flexie din falangele a II-a și a III-a a mâinii care vine în contact cu peretele abdominal, după care se întind degetele acționând în direcția colonului ascendent în același ritm de flexie și extensie de-a lungul colonului întreg până în partea inferioară a sigmoidului. Fricțiunea se face cu vârful degetelor mâinii stângi, peste care se apasă degetele celeilalte mâini pentru a putea pătrunde mai bine în profunzime, progresând de la cec, de-a lungul colonului ascendent, transvers, descendent și sigmoid. La aceste fricțiuni se poate adăuga a treia manipulație, fricțiunea combinată cu vibrația în aceeași direcție, căutând să se acționeze mai intens asupra musculaturii netede a intestinelor.

Bateria se face cu vârful degetelor sau cu partea dorsală a degetelor flectate din prima articulație interfalangiană sau, în sfârșit, cu palma flectată. Între flectarea dintre manipulații se aplică netezirea circulară profundă.

- **Masajul intestinului subțire**

Se face în toate direcțiile având în vedere topografia regiunii și întrebuintând manipulațiile de introducere menționate mai sus. Fricțiunea se face cu vârful degetelor, având rădăcina mâinii îndreptată în toate direcțiile. Se face apoi frământarea periombilicală cu rădăcina mâinii, cu vârfurile degetelor, sau cu rădăcina cubitală a mâinii ținută în supinație. Mai departe se aplică tocatul cu vârful și pulpa degetelor și scuturătura laterală, prinzând peretele abdominal între police și celelalte patru degete, scuturând orizontal. Se încheie cu o netezire circulară.

- **Masajul stomacului**

Are scopul de a întări musculatura acestuia și de a ușura evacuarea conținutului acestuia. Pentru a întări musculatura, masajul se va face înainte de mâncare, iar în vederea evacuării se va face la 1-2 ore după mâncare. Tehnica masajului constă din:

- ⇒ netezirea de-a lungul curburii mari (de la stânga la dreapta) până la ombilic, apoi vertical în sus, în regiunea epigastrică;
- ⇒ frământarea în aceeași direcție, cu partea cubitală a mâinii, executând mișcări de întoarcere de la pronație și supinație;

⇒ în masajul stomacului are mare rol vibrația care se poate combina, atât cu netezirea, cât și cu frământarea.

- **Masajul ficatului și vezicii biliare**

Constă din netezire, frământare și mai ales din vibrație. Mâna stângă a maseurului se fixează în spatele bolnavului, iar cu mâna dreaptă (cu rădăcina mâinii) maseurul face mișcări de masaj pe hipocondrul drept cerând bolnavului să inspire adânc. Mișcările se vor face în direcția mersului acelor de ceas. Vibrația se face, fie cu vârful degetelor, căutând a se intra sub marginea inferioară a coastelor din hipocondrul drept, fie vibrând cu palma deasupra coastelor. Înainte de a termina se face o vibrație bilaterală a arcului costal drept, aplicând mâna stângă la spatele bolnavului în regiunea coastelor a VI-a - a IX-a, iar mâna dreaptă pe partea antero-inferioară a toracelui. Se execută astfel vibrații bilateral, atât în cursul inspirației, cât și în cursul expirației.

- **Masajul rinichilor**

Se face asupra polului inferior, executând vibrații profunde în timpul expirației, cu palma și cu vârful degetelor, de jos în sus. De asemenea se poate aplica asupra regiunii renale și vibrația cu palma, punând bolnavul culcat pe abdomen. Masajul acestei regiuni se aplică în caz de rinichi ptotizat, dacă acesta nu a devenit încă mobil.

- **Masajul vezicii urinare**

Se execută inițial alunecări lente în jurul șanțurilor iliace, de sus în jos. Apoi se efectuează presiuni vibrante în zona suprapubiană.

6.1.1.7. Masajul reflex (8,9,13,14)

Reflexele sunt activități fundamentale ale sistemului nervos prin care sunt reglate atât relațiile existente între diferitele părți ale organismului, cât și cele dintre organism și mediul înconjurător. Pe baza reflexelor se poate realiza stimularea prin masaj a unor zone reflexogene periferice (de proiecție periferică a organelor interne), prin care se obține de la distanță influențarea unor organe sau sisteme în scopul ameliorării sau chiar a vindecării unor suferințe. În funcție de metodologia de abordare a proiecției periferice se realizează diferitele forme și tehnici de masaj reflex.

6.1.1.7.1. Masajul reflex conjunctiv

A fost descoperit de Dicke și perfecționat de Kohlrausch și Leube. Constă în frământări și în special fricțiuni puternice cu vârful a unul sau două sau trei degete pe anumite zone reflexe. Aceste zone sunt împăstare și sensibile spontan și la palpare atunci când organul corespunzător este bolnav.

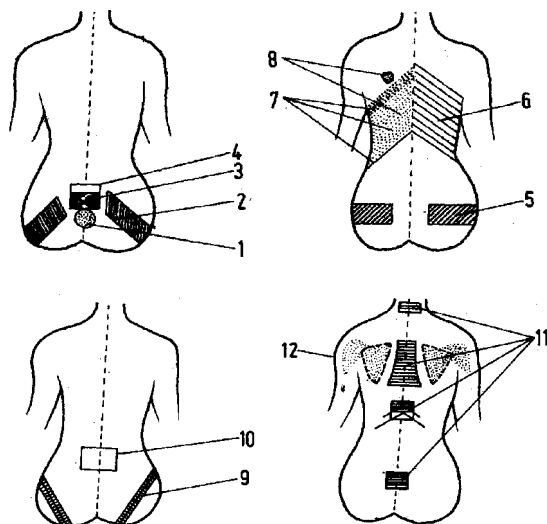


Fig. 64 (8,9)

- 1 - vezică urinară;
- 2 - constipația;
- 3 - menstruația; 4 - intestin;
- 5 - sistemul venos și limfatic; 6 - hepatobiliara; 7 - inimă;
- 8 - stomac;
- 9 - sistemul arterial al membrelor inferioare;
- 10 - hipomenoreea;
- 11 - cap; 12 - brațe.

Există o multitudine de zone periferice ce aparțin tegumentului (zonele Dicke), țesutului celular subcutanat (zonele Head), mușchiului (zonele Mc Kenzie), răspândite pe întreaga suprafață a corpului. Această departajare pe structuri anatomice de proiecție periferică mi se pare a fi mai mult didactică. În fapt, frământatul și fricțiunea puternică angajează toate structurile menționate.

Cea mai accesibilă regiune anatomică cu zone reflexe este cea a trunchiului posterior, de aceea vom prezenta zonele reflexe cantonate aici.

6.1.1.7.2. Masaje reflexe speciale

- **Reflexologia vertebrală:** constă din percuția ușoară pe apofizele spinose ale vertebrelor cu pulpa unui deget timp de câteva secunde sau minute.

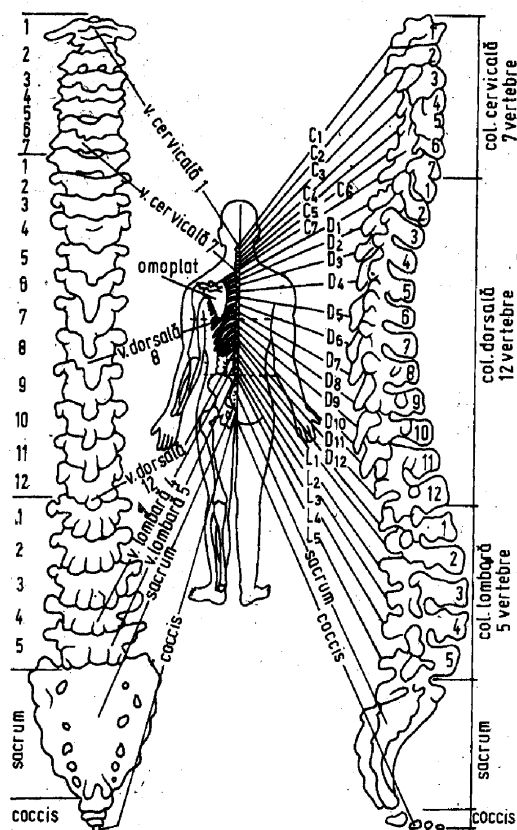


Fig. 65 (8,9)

C1 - cap, creier, amețeli, amnezie, nevralgie facială și cervicobrahială; C2 - urechi, corzi vocale, glande suprarenale, aritmie; C3 - amigdale, dinți, gingii, pancreas, cefalee;

C4 - astm bronșic, emfizem pulmonar; C5 - membrele superioare, paralizia lor, sughiț; C6 - boala Parkinson, tahicardie paroxistică; C7 - insuficiență hipofizară, tremurături, tahicardie, boala Basedow, reanimare; D1 - contractia ansei sigmoide, dilatația pupilei; D2 - scăderea tensiunii arteriale; D3 - contractia pilorului, stimularea plămânilor și a plexului solar; spațiul dintre D3 și D4 - hipo-tiroidie, hipertensiune arterială, hiperfuncție hipofizară; D4 - dilată plămânii și ameliorează funcțiile sale; D5 - deschide pilorul, relaxează mușchii, insomnie, îmbunătățește funcțiile pancreasului; D6 - litiază biliară, contractă vezicula biliară; D7 - evacuează vezicula biliară, boli de ovare; D8 - splină, rinichi, ficat; D9 - litiază biliară, dilată canalul coledoc, stimulează ovarele, dismenoree; D10 - cistită, celulită, edeme, calcul renal, gută, diabet zaharat, impotență sexuală, arterită;

D11 - boli de intestine; D12 - prostată, incontinență urinară; L1 - ficat, pancreas, contractia colonului ascendent; L2 - ficat, pancreas, contractia colonului transvers; L3 - contractia colonului descendent; L4 - contractia ansei sigmoide și a rectului; L5 - atonia vezicii urinare, enurezis; S1 - favorizarea erecției; S2 - contractia rectului; S3 și S4 - hemoroizi; S5 - favorizarea erecției, hemoroizi.

- **Reflexologia limbii:** stimularea zonelor reflexe sensibile de pe limbă se poate realiza cu degetul sau cu un obiect bont relativ moale, prin apăsări continue sau masaj zonal circular, timp de 2-5 minute.

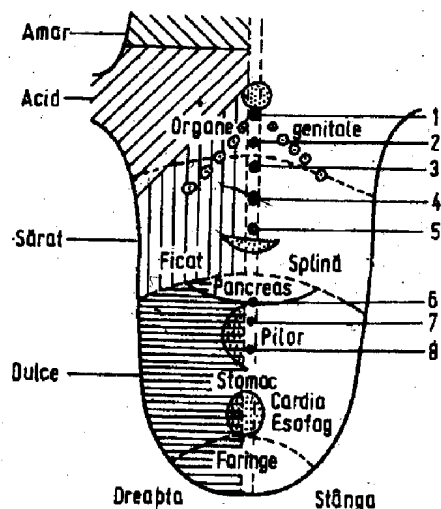


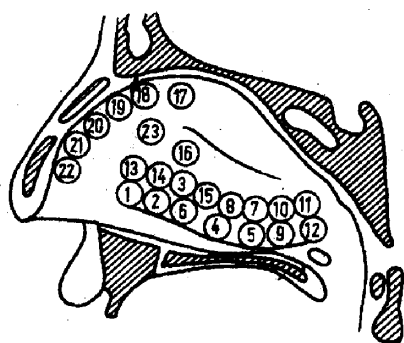
Fig. 66 (8,9)

1 - rect; 2 - sigmoid;
3 - colon descendent;
4 - colon transvers;
5 - colon ascendent;
6 - ileon; 7 - jejun;
8 - duoden.

- **Reflexologia endonazală:** mucoasa nazală, foarte bogată în zone reflexogene, poate fi stimulată printr-un masaj circular superficial timp de 20-30 secunde, cu ajutorul unui stilet subțire înfășurat

la un capăt în vată înmuiată într-o soluție de plante, cu ajutorul laserului sau prin electroterapie cu impulsuri datorită unui electrod special plasat endonazal.

Fig. 67 (8,9)



- 1 - inimă; tensiune; termoreglare;
 2 - organe genitale; 3 - vezică urinară;
 4 - intestine; 5 - stomac; 6 - anus, rect;
 7 - ficat; pancreas; 8 - rinichi; 9 - gât; nas;
 faringe; esofag; membrul superior; 10 -
 anxietate cu manifestări fizice (vărsături,
 insomnie, amețală, depresie); 11 - auz; 12 -
 oculomotricitate; 13 - tonus general; 14 -
 sciatică; membrul inferior; 15 - scurgeri
 patologice; 16 - bătăială; 17 - miros;
 18 - anxietate cu manifestări respiratorii; 19 -
 față; 20 - trahee, bronhii, plămâni;
 21 - nas; 22 - vasomotricitatea feței;
 23 - vedere.

- **Reflexologia auriculară:** ca și pe scoarța cerebrală, există și pe ureche o proiecție a unui homunculus cu capul în jos și cu partea posterioară pe pavilionul urechii. Majoritatea acestor "zone reflexe occidentale" corespund "cu punctele auriculare orientale" folosite în auriculo-punctură și presură. Stimularea acestor zone se poate realiza cu pulpa auricularului, cu unghia, cu o baghetă specială, cu electrozi punctiformi, cu câmpuri magnetice localizate prin dispozitive speciale pe punct sau cu dispozitive speciale de forma homunculusului care se fixează pe pavilion și în porțiunea inițială a conductului auditiv extern.

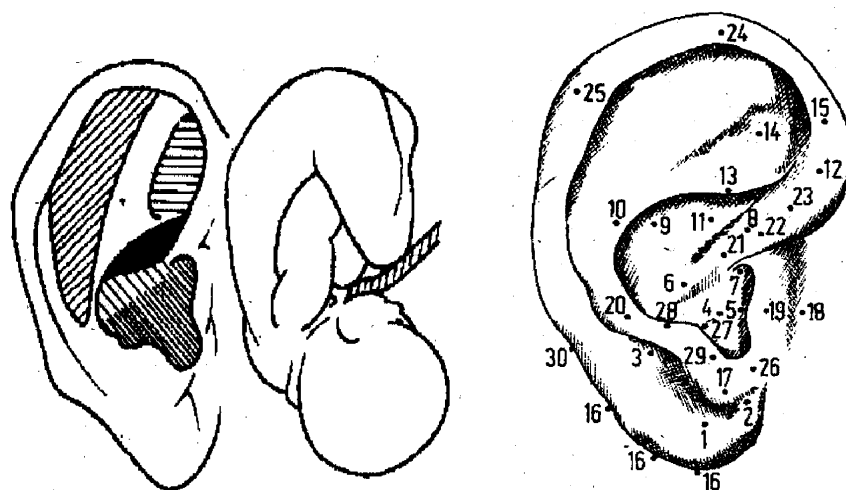


Fig. 68-. Principalele puncte reflexe auriculare (8,9)

- 1 - ochi; 2 - miros; 3 - maxilar; 4 - plămâni; 5 - auz; 6 - stomac; 7 - gât;
 8 - gonade; 9 - splină, pancreas; 10 - inimă; 11 - vezica biliară; 12 - rect;
 13 - nerv sciatic; 14 - genunchi; 15 - rinichi; 16 - nerv trigemen; 17 - agresivitate; 18 - tragus; 19 - piele;
 20 - umăr; 21 - punct zero; 22 - membru inferior;
 23 - membru superior; 24 - alergii; 25 - punct Darwin; 26 - punct de sinteză; 27 - punct cerebral; 28 -
 punct occipital; 29 - punct genital; 30 - punct medular.

- **Reflexologia irisului:** irisul este și el sediul unor zone reflexe, folosite în special pentru diagnostic (iridodiagnostic) dar, în ultimul timp, și pentru terapie, realizată sub forma unui "micromasaj" cu fascicule de lumină colorată.

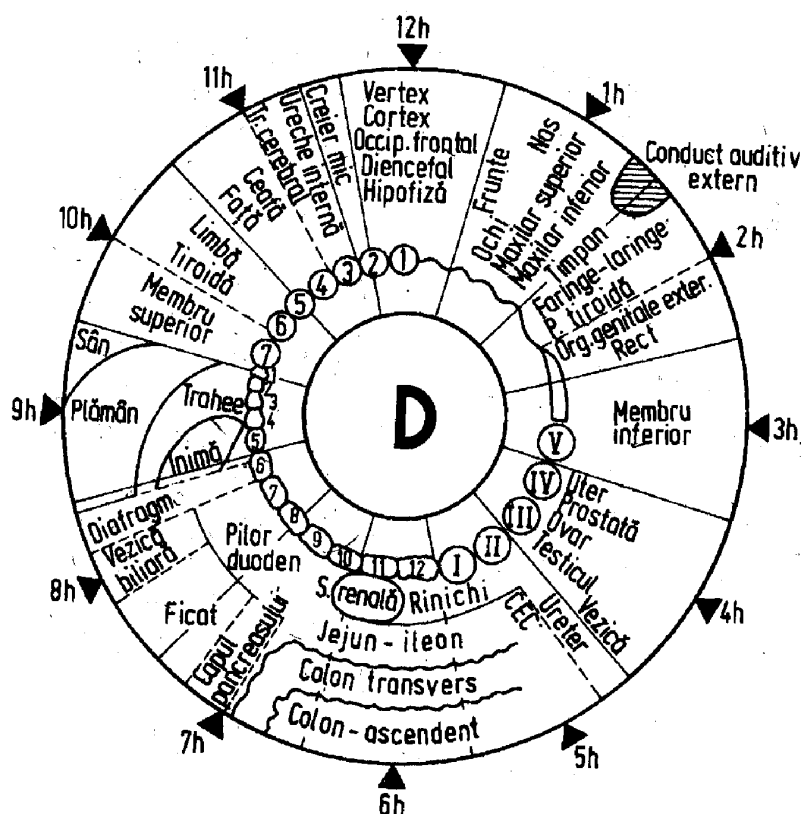


Fig. 69.- Reflexologia irisului (8,9)

- **Reflexologia intestinului gros:** Fielder și Pyott au fost primii care au realizat cartografierea reflexă a intestinului gros. Inițial se realizează un diagnostic, determinându-se zonele reflexe sensibile la palparea abdominală profundă efectuată cu vârful degetelor și apoi se stimulează aceste zone printr-un masaj profund blând, lent și insistent.

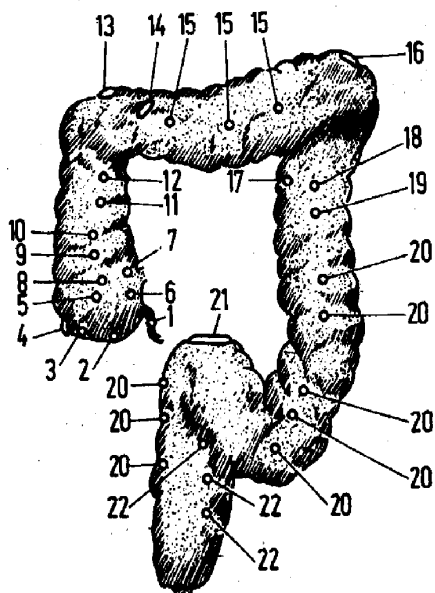


Fig. 70.- Zonele reflexe ale intestinului gros (8,9)

- 1 - apendice; 2 - glanda pituitară;
- 3 - nas; 4 - răceală; 5 - timus;
- 6 - miros; 7 - ochi; 8 - ureche;
- 9 - astm bronșic;
- 10 - simptome mintale;
- 11 - tiroidă; 12 - paratiroide;
- 13 - ficat; 14 - inimă; 15 - stomac;
- 16 - splină; 17 - pancreas;
- 18 - suprarenale; 19 - hipotiroidie;
- 20 - ovare, testicule;
- 21 - dureri de cap;
- 22 - uter, veziculă, prostată.

- **Reflexologia dinților:** Orsatelli, folosind scrieri vechi ale medicinei chineze, a realizat o cartografiere a zonelor reflexe de pe dinți, care dacă sunt tratați din punct de vedere stomatologic sau sunt stimulați prin percusii ușoare cu baghete speciale, ameliorează funcția unor organe interne.

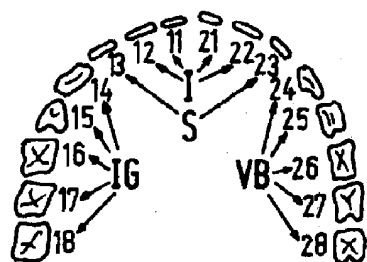


Fig. 71- Corespondența dinților cu meridianele de acupunctură ce controlează funcția organelor interne (8,9)

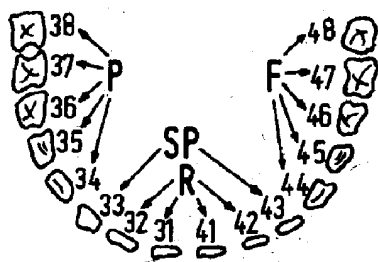
I - inimă; S - stomac;

VB - vezica biliară;

IG - intestin gros; P - plămân;

F - ficat; SP - splină-pancreas;

R - rinichi.



- **Reflexologia palmară:** palmele prezintă de asemenea foarte multe zone reflexogene, utilizate în scopuri diagnostice și mai ales terapeutice. După detectarea punctelor sensibile la palpare se realizează masajul lor timp de câteva minute, până la dispariția împăstării sau durerii locale, cu vârful unui deget sau cu instrumente speciale cu capul rotunjit.

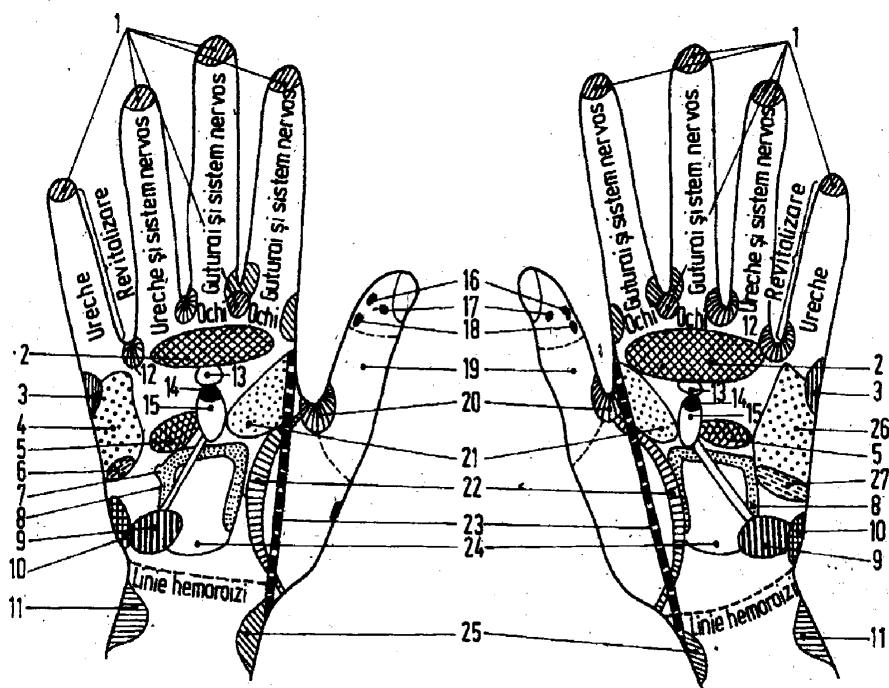


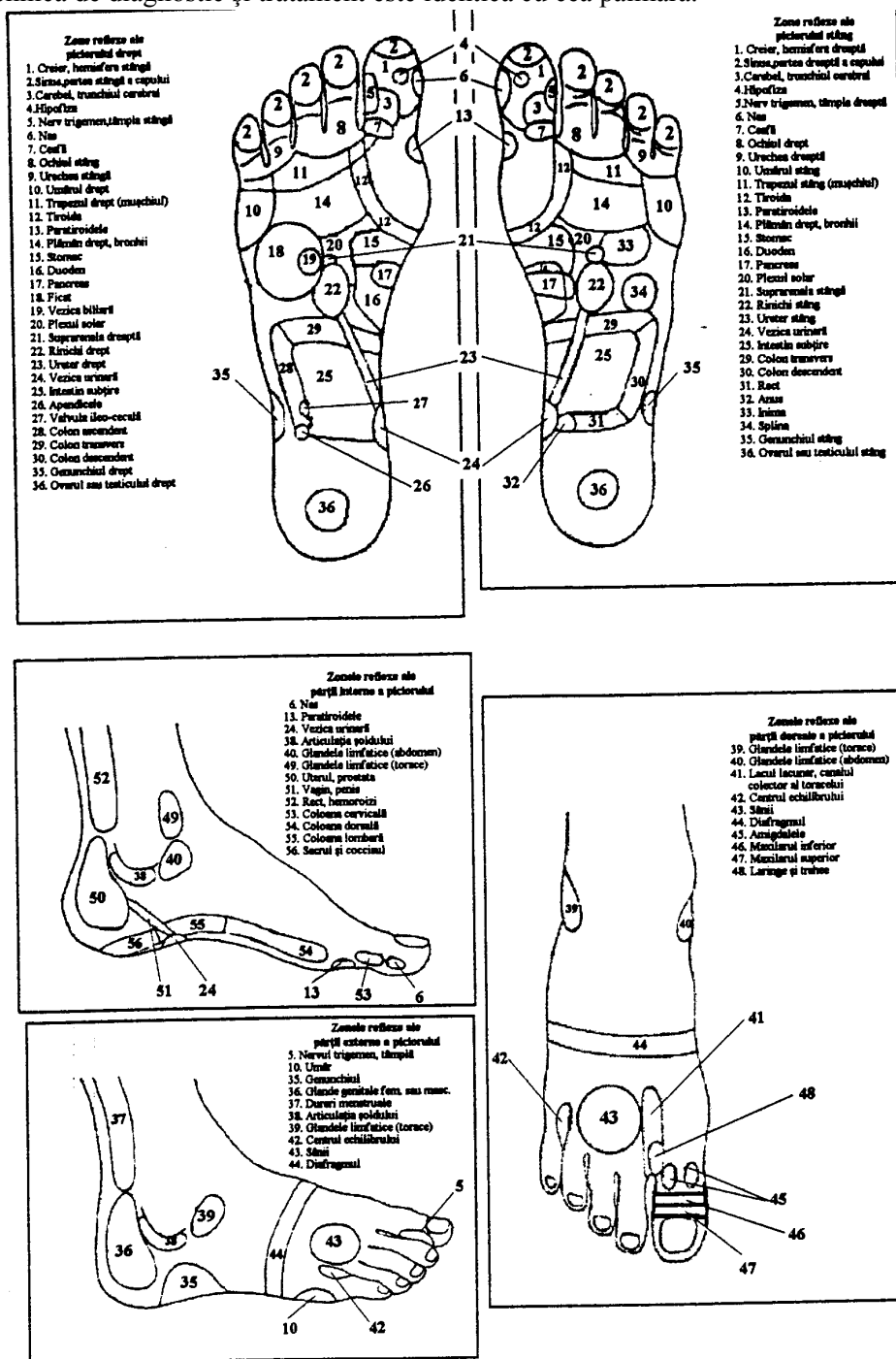
Fig. 72-. Zonele reflexogene palmare (8,9)

- 1 - sinusuri; 2 - plămâni; 3 - umăr; 4 - ficat; 5 - pancreas; 6 - veziculă biliară; 7 - apendice; 8 - colon; 9 - vezică; 10 - șold; 11 - ovare; testicule; 12 - ureche; 13 - plex solar; 14 - suprarenală; 15 - rinichi; 16 - hipofiză; 17 - zona cerebrală; 18 - glanda pineală; 19 - cap; 20 - gât; 21 - stomac; 22 - tiroidă; 23 - coloana vertebrală; 24 - intestin subțire; 25 - uter, prostată, penis; 26 - inimă; 27 - splină.

- **Reflexologia plantară:** dacă reflexologia palmară nu este atât de folosită pe cât s-ar părea la prima vedere, datorită faptului că membrele superioare sunt uzitate în activitățile cotidiene, cea

plantară continuă să-și mențină locul de frunte în reflexologie, atât datorită posibilității de abord, cât și intensității și persistenței efectelor.

Tehnica de diagnostic și tratament este identică cu cea palmară.



PACIENT: _____
 Diagnostic _____

Programarea și executarea ședințelor

Luna	Data																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

CAZ CRONIC

1. Rinichi și suprarenală, ureter, vezică urinară, apendice, splină, ganglioni limfatici toracici = 5 minute
2. Creier mare, creier mic, trigemen = 3 minute
3. Stomac, intestin subțire și gros, ficat, pancreas = 5 minute
4. Glandele limfatice = 3 minute
5. Hipofiza = __ minute
6. Zonele bolnave

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

7. Masaj energetic pe meridian = _____ min

CAZ ACUT

5. Hipofiza = __ minute
6. Zonele bolnave

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

_____ min

7. Masaj energetic pe meridian = _____ min

Fig. 73 (13,14)

- **Neuralterapia:** Hunecke a constatat că stimularea unor cicatrice tegu-mentare, care aparent nu au nici o legătură cu o afecțiune internă, determină ameliorarea reflexă a suferințelor organelor respective. Stimularea se poate realiza printr-un masaj insistent al acestor cicatrice, prin aplicarea lasero-terapiei sau prin injectarea locală de xilină +/- diverse droguri farmaceutice, urmată de masarea punctului de injectare.

6.1.1.7.3. Masajul reflex segmentar

Reprezintă influențarea țesuturilor și organelor profunde prin meca-nism reflex datorită acțiunii asupra unui dermatomiotom, corespunzător unui segment vertebral.

Organismul uman acționează ca un tot unitar psihosomatic la orice maladie, fiecare proces patologic determinând apariția de reflexe la nivelul țesuturilor și organelor, mai ale în regiunile inervate de aceeași zonă medulară.

Baza anatomo-fiziologică a masajului reflex este reprezentată de:

- structurile anatomice care participă la acesta:
 - ◆ sistemul nervos cerebro-spinal:
 - ⇒ creier,
 - ⇒ măduva spinării,
 - ⇒ nervi periferici motori și senzitivi;
 - ◆ sistemul nervos vegetativ:

- ⇒ centrii simpatici și parasimpatici (centrii medulari din cornul intermedio-lateral),
- ⇒ periferic (fibre vegetative pre și post ganglionare, ganglionii vegetativi paravertebrali),
- ⇒ centrii speciali (medulosuprarenala, formațiunea reticulată),
- ⇒ centrii de supracoordonare aflați la baza diencefalului;
- fiziologia fenomenului reflex:
 - ◆ arcurile reflexe:
 - ⇒ periferice = reflexul de axon, ce reprezintă un reflex transmis de la un axon la altul fără participarea sinapselor fiind o cale rapidă periferică;
 - ◆ cu traiect prin măduva spinării = reflexe medulare:
 - ⇒ viscero-cutanat,
 - ⇒ viscero-motor,
 - ⇒ musculo-muscular,
 - ⇒ viscero-visceral,
 - ⇒ cutivisceral, ce constituie adevărata bază a masajului reflex segmentar:
 - reprezintă un complex neural mixt = componenta spinală senzitivă + componenta vegetativă motori (ce se pot combina, printr-o stație releu, în ganglionii spinali, cu apariția de reflexe secundare);
 - poate determina și apariția de arcuri reflexe superioare spre diencefal și spre scoarța cerebrală
 - ◆ arcurile reflexe prezintă o specificitate homolaterală și segmentară: fenomenele algice și reflexe apar pe partea corpului unde se găsește organul sau țesutul lezat și acestea pot fi influențate prin acțiune pe zona metamerică corespunzătoare (3):
 - ⇒ Plămâni și bronhii: C3-C4, D3-D9;
 - ⇒ Esofag: D3-D5 bilateral;
 - ⇒ Intestin subțire D3-D4;
 - ⇒ Apendice: C3-C4, D11-D12 dreapta;
 - ⇒ Rect: C3-C4, D11-D12, L1-L2;
 - ⇒ Pancreas: C3-C4, D7-D9 stînga;
 - ⇒ Ureter: D10-L2;
 - ⇒ Uter: D10-L3 bilateral;
 - ⇒ Testicol și epididim: D12-L5;
 - ⇒ Cord și aorta descendentă: C3-C4 stînga;
 - ⇒ Stomac: C3-C4 și D5-D9 stînga;
 - ⇒ Colon ascendent: D9-L1;
 - ⇒ Colon descendent: C3-C4;
 - ⇒ Ficat și vezica biliară: D6-D10 dreapta;
 - ⇒ Rinichi: C4;
 - ⇒ Vezica urinară: D4-L3, S2-S4;
 - ⇒ Ovar și anexe: D10-L3 bilateral.

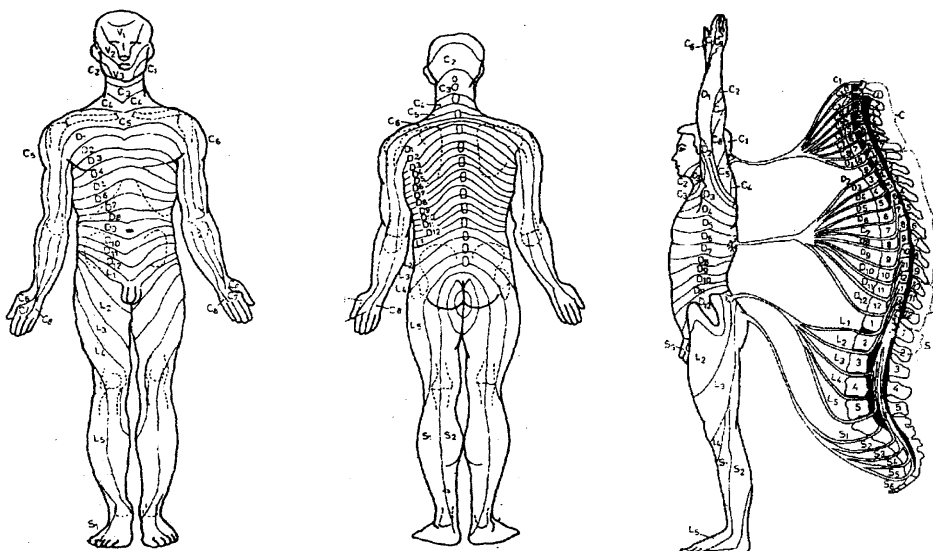


Fig. 74 (6,7)

Tehnica generală:

- ⇒ paravertebral la bolnavul în decubit ventral se prinde o zonă de dermatomiotom între police și index și prin mișcări de răsucire externă a cotului se realizează stimularea zonei;
- ⇒ pe lângă această manevră generală se pot folosi toate tehnicile cunoscute pe zona de dermatomiotom;
- ⇒ la final se mai pot folosi manipulații și tracțiuni localizate la segmentul vertebral interesat.

Parametrii:

- ⇒ intensitatea stimulării depinde de vârstă, sex, tipul constituțional, profesie;
- ⇒ durata stimulării - în medie 20 minute / ședință, 2-3 ședințe / săptămână, câteva săptămâni.

La o aplicare improprie pot apărea diverse reacții adverse:

- ⇒ agravarea statusului general al bolnavului;
- ⇒ intensificarea disfuncționalității țesuturilor și organelor afectate;
- ⇒ apariția de dureri și / sau spasme localizate.

Efectele principale sunt acelea de reglare a statusului anatomo-funcțional al organului și / sau țesutului afectat. Indicațiile și contraindicațiile sunt identice cu cele prezentate în partea generală.

6.1.2. Automasajul

Automasajul reprezintă aplicarea masajului asupra propriului corp. Cunoaște o largă răspândire și prezintă o serie de avantaje care l-au impus:

- ⇒ se poate aplica oriunde, oricând și de către oricine cunoaște tehnica;
- ⇒ nu necesită prezența maseurului;
- ⇒ permite o dozare în funcție de caracteristicile individuale;
- ⇒ realizează o bună coordonare între mișcările membrelor și respirație;
- ⇒ constituie un bun exercițiu general nespecific pentru organism;
- ⇒ permite aplicarea diverselor tehnici, ca număr și combinație în funcție de dorințele și necesitățile celui care efectuează automasajul.

Dezavantajele minore nu îi scad din eficiență și utilizare:

- ⇒ nu poate fi aplicat corespunzător pe toate regiunile corpului;
- ⇒ nu se pot aplica toate tehnicile;
- ⇒ uneori devine obositor.

Se poate efectua:

- **Clasic:** folosind toate manevrele prezentate anterior, în succesiunea dorită, se automasează regiunile corpului într-o ordine prestabilită: picior → gambă → genunchi → coapsă → regiune

fesieră → șolduri → spate → peretele abdominal și toracic → degetele mâinilor → mână → antebraț → braț → umăr → ceafă și gât; poate fi aplicat:

⇒ parțial: local timp de 5-10 minute și regional timp de 10-20 minute;

⇒ general: redus timp de 20-30 minute și extins timp de 50-60 minute;

- **Reflex:** folosind metode reflexogene occidentale și/sau orientale accesibile celui care efectuează masajul, după tehnica specifică, se obțin rezultate favorabile și în special într-o serie de “disconforturi”.

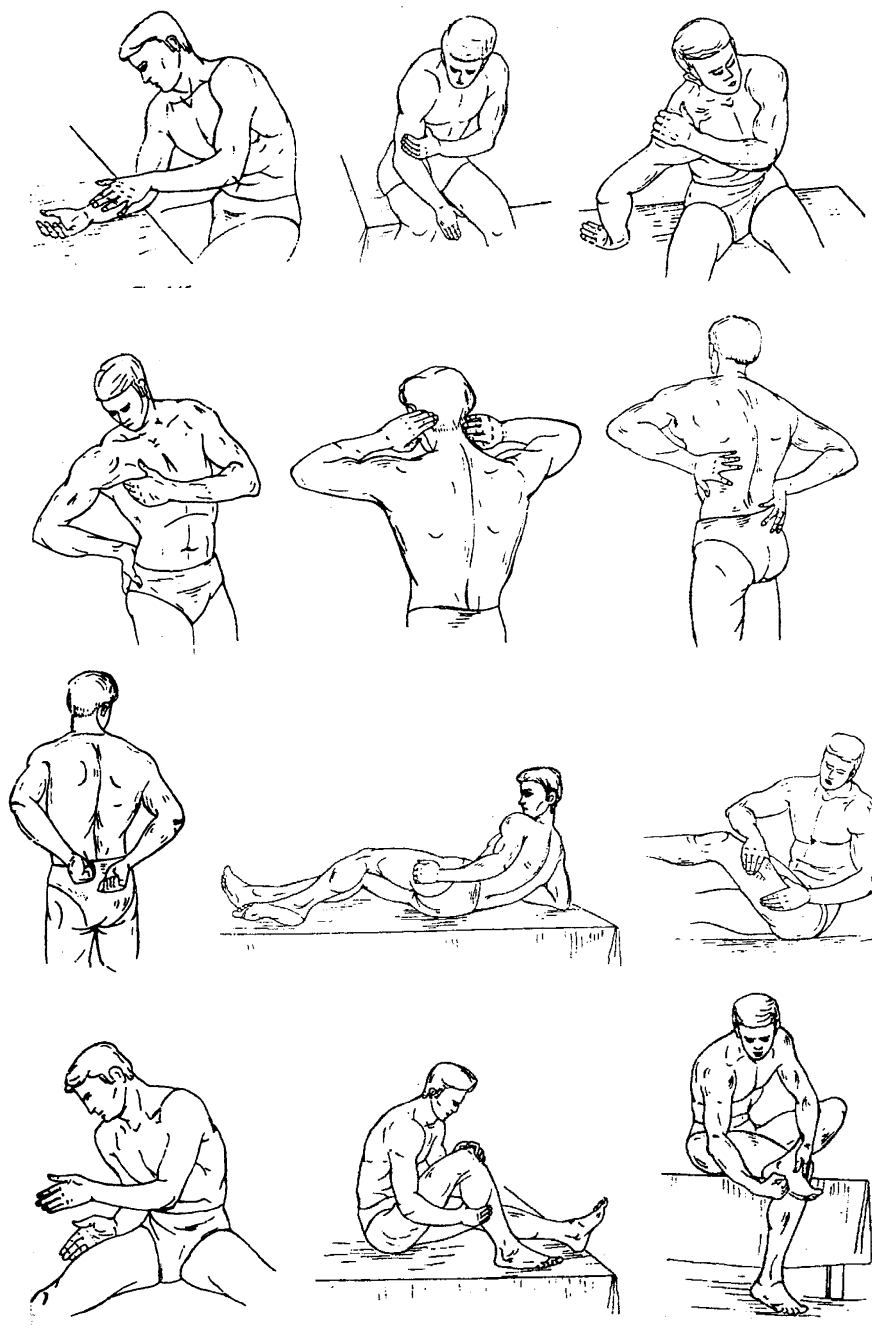


Fig. 75 (6,7)

6.1.3. Masajul mecanic (13,14,15,16,18,19,21)

6.1.3.1. Masajul mecanic vibrator

Acest tip de masaj se realizează cu ajutorul unor aparate și dispozitive speciale. Componenta mecanică are o pondere variabilă, producând de la un “micromasaj” local la un “electromasaj” local

cu efectele unui masaj de asemenea variată, în funcție de intensitatea stimulării și până la vibrația întregului corp. Se prezintă în continuare modalitățile tehnice de realizare.

6.1.3.1.1. Dispozitive ce realizează un micromasaj și electromasaj local

- **Diferite tipuri de impulsuri de curent electric și câmp magnetic**

Impulsurile de curent electric pot aparține domeniului:

- ♦ joasă frecvență (0-1000 Hz):

- impulsuri de tip rectangular, exponențial, trapezoidal și, mai rar, sinusoidal și triunghiular, fiind aplicate în trenuri de impulsuri simple sau ondulate; frecvențele de aplicare determină efecte diferite:

- ⇒ frecvențe mai mici de 10 Hz - efect excitomotor al mușchilor striati normoinervați,

- ⇒ frecvențe de 12-35 Hz - efect decontracturant și vasculotrofic,

- ⇒ frecvențe de 80-100 Hz - efect analgezic;

- curenții diadinamici sunt derivați din curentul sinusoidal redresat și modulați exponențial pe panta descendentă, având efecte dinamogene predominant în frecvența de 50 Hz;

- impulsurile de câmp magnetic generate de magnetodiaflux sub forma regimurilor întrerupte, modulate ritmic sau aritmic, creează un micromasaj la nivelul celulelor, cu efect asupra macrosistemului.



Fig. 76

- ♦ medie frecvență (1.000-100.000 Hz) interferențiale în domeniul 0-100 Hz (unde se aplică formulele anterioare), ce poate fi aplicată în tehnică:

- stabilă

- ⇒ plană, cu electrozi tip placă, tip pernuță sau cu vacuum,

- ⇒ spațială (stereo), cu doi electrozi stelați;

- cinematică, cu electrozi palmari (mânușă), care permite efectuarea în dinamică a electromasajului pe diferite regiuni ale organismului;

- ♦ înaltă frecvență (100 kHz - 50 MHz), sub formă de unde electro-magnetice din domeniul undelor scurte (frecvența - 27 MHz, lungimea de undă - 11,06 m) pulsatile (diapulse, curapulse):

- **Unde mecanice**

- ♦ Undele mecanice se aplică sub forma ultrasunetului (aparținând domeniului înaltei frecvențe), a cărei componentă fundamentală este cea mecanică, realizând un micromasaj prin “vibrarea” celulelor cu o amplitudine ce este de 100 de ori mai mare decât diametrul acestora.

- ♦ Ultrasunetul se poate aplica direct (prin intermediul unei substanțe de contact) sau indirect (în apă), sub formă de câmp continuu sau discontinuu, la frecvență dinamică de 50 Hz.



Fig. 77

6.1.3.1.2. Dispozitive ce realizează masaj vibrator

- **Ventuze cu vid**

- ♦ Reprezintă ventuze speciale atașate la o pompă de vid ce creează alternația cu vacuum de 0,4 kg/cm² în trenuri de impulsuri de 15-30-60 impulsuri/minut. Astfel se realizează sucțiuni și decompresii succesive ale țesuturilor, cu intensitatea unui masaj clasic.

- ◆ La acestea, prin intermediul unor electrozi introduși în ventuze, se pot aplica și variate forme de impulsuri de curent electric. În acest fel acțiunea și efectele celor două proceduri se însumează.
- **Fotolii, mese, pături vibratorii (oscilante)**
 - ◆ Un angrenaj mecanic asociat acestora realizează oscilații cu frecvență mare și amplitudine mică, sau cu frecvență mică și amplitudine mare, a întregului dispozitiv sau numai a unor părți. De asemenea, în timpul vibrațiilor dispozitivul poate bascula în diverse direcții. Frecvențe de oscilații sunt stabilite în urma unor studii statistice.
 - ◆ În acest fel se realizează un masaj vibrator al întregului organism, inclusiv al organelor interne, cu angrenarea lor într-un ritm de oscilație “fiziologic”.
 - ◆ Unul dintre cele mai vechi și mai cunoscute aparate de acest tip este patul oscilant (frenocinetic) al lui Maccagno.
- **Aparate vibratorii portabile**
 - ◆ Datorită faptului că dispozitivele precedente sunt relativ complicate, ocupă un spațiu mare și sunt relativ greu de manipulat, în ultima perioadă au fost create o serie de dispozitive portabile.
 - ◆ Acestea sunt ușoare și simplu de manipulat. Se folosesc pentru masajul parțial utilizând aceleași frecvențe vibratorii verificate statistic și având “capul de masaj” al aparatului interschimbabil, datorită formelor diferite ce accentuează anumite efecte.



Fig.78

6.1.3.2. Masajul mecanic nevibrator

Sunt uzitate de asemenea diferite mijloace ajutătoare pentru a realiza acest tip de masaj și pentru a atinge scopurile propuse. Masajul mecanic nevibrator este folosit în special în tratamentul afecțiunilor circulatorii periferice (veno-limfatice și arteriale).

6.1.3.2.1. Metoda van der Mohlen

Reprezintă varianta mecanică a drenajului limfatic ce se folosește după aplicarea celei manuale și constă în exprimarea mecanică a edemului restant cu ajutorul unui tub de cauciuc înfășurat sub tensiune și spire de la degete spre rădăcina membrului afectat; astfel după stimularea limfaticelor cu migrarea moleculelor spațiului interstițial în colectoarele limfatice prin aplicarea inițială a variantei manuale Leduc & Godard se accentuează efectul acesteia și se menține pentru o perioadă mai îndelungată “stoarcerea” membrului.

6.1.3.2.2. Gheata cu presiune de sucțiune

Gheata Angiomat cu pereți dubli realizează sucțiuni la o presiune de 30-40 mm Hg și o durată de 5 secunde, urmată de decompresii, ciclul aplicându-se timp de 5 minute. Prin aceste compresii și decompresii succesive și centripete ale extremității distale a membrului inferior, inclusiv a joncțiunii capilare, se favorizează trecerea sângelui din sistemul arterial în cel venolimfatic și apoi circulația de întoarcere. Metoda se poate aplica și în timpul mersului supravegheat. Recent s-au realizat și mănuși de sucțiune.

6.1.3.2.3. Sincardon

Reprezintă un aparat de stimulare electrică intensă a traiectului vaselor sincron cu unde R de pe EKG. Poate fi aplicat atât la membrele superioare, cât și la cele inferioare, static sau în timpul unor efectuări cotidiene. Este folosit în special în afecțiunile arteriale periferice.

6.2. MASAJUL UMED (2,3,4,9,16,20,21)

Masajul umed își datorează efectul factorului mecanic și termic. Factorul mecanic, deși uneori are o intensitate mai mică decât cel al masajului clasic manual (dar nu întotdeauna, uneori fiind chiar mai mare), are același efect. Suprapunerea factorului termic și, uneori, și a altor factori adjuvanți sporește efectul primului, atât în ceea ce privește rapiditatea instalării efectelor specifice, a persistenței lor în timp, cât și reglarea cât mai rapidă a “disbalanței” organismului.

Masajul umed poate precede sau succede masajul clasic uscat. În ambele cazuri, conform cercetărilor în domeniu, efectele lor se potențează în proporție geometrică.

Din punct de vedere al termoreglării organismul prezintă 2 zone de reacție fiziologică: o zonă periferică cu caracter poikiloterm ("coaja", în care sunt incluse tegumentul cu receptorii săi tactili și termici, țesutul adipos și extremitățile, cu conținutul lor) și o zonă centrală cu caracter homeoterm ("miezul", în care sunt incluse capul, toracele, abdomenul și pelvisul, cu conținutul lor).

Aprecierea rapidă a efectului masajului umed se realizează prin evaluarea reacției dermo-vasculare, ce se află sub influența excitațiilor termice și mecanice determinate de acest tip de masaj.

Se prezintă în continuare categoriile metodologice de masaj umed (3, 6, 7, 10, 12, 13).

6.2.1. Masajul umed clasic

6.2.1.1. Fricțiunile

Fricțiunile sunt proceduri la care pe lângă factorul termic intervine și factorul mecanic într-o măsură destul de accentuată.

Ele se pot clasifica după următoarele criterii:

- **După temperatură:**
 - ♦ **reci**, de 16-18° Celsius;
 - ♦ **alternante**, de 38-40° Celsius cu 16-18° Celsius.
- **După regiunea și modul de aplicare:**
 - ♦ **parțiale**, ce interesează extremitățile:
 - ⇒ **reci** - bolnavul dezbrăcat este așezat pe un pat și este învelit în cearșaf și pătură, având descoperită numai extremitatea asupra căreia se acționează. Cu un prosop înmuiat în apă rece și bine stors se acoperă membrul respectiv, se fixează bine prosopul la rădăcina membrului și apoi se fricționează rapid cu ambele mâini peste corp, cu mișcări lungi, până ce acesta se încălzește ușor. Apoi se acoperă extremitatea cu cearșaful cu care este învelit bolnavul și se repetă procedura. În final se acoperă cu pătură și se trece apoi la alt membru.
 - ⇒ **alternante** - se folosește aceeași tehnică, dar prosopul inițial este înmuiat în apă caldă, apoi urmează cel rece, cu parcurgerea aceluiași etape.
 - ♦ **complete**, de obicei reci și numai rareori alternante:
 - ⇒ **parțial complete** - se fricționează într-o succesiune prestabilită a tuturor segmentelor corpului, terapeutul stând în partea dreaptă a bolnavului (membrul inferior stâng → membrul inferior drept → spatele → pieptul și părțile laterale ale toracelui, abdomenul în sensul evacuării intestinale → membrul superior stâng → membrul superior drept). După fiecare fricționare regiunea respectivă se învelește în cearșaf și pătură.
 - ⇒ **total complete** - inițial bolnavul se udă cu apă rece pe față și i se aplică o compresă rece pe frunte, pentru evitarea congestiei cerebrale retroactive. Cearșaful folosit se înmoaie în apă, se stoarce iar bolnavul, stând în picioare este invitat să ridice brațele și apoi se înfășoară în cearșaf după o anumită metodologie (un colț al cearșafului se aplică în axila stângă și de acolo în spate peste umărul drept → bolnavul coboară brațele peste cearșaf care este înfășurat apoi peste umărul drept → se trece peste fața anterioară a toracelui și apoi peste umărul stâng, iar marginea superioară a cearșafului se aplică bine în jurul gâtului). Apoi dintr-o parte a bolnavului, se execută fricțiuni lungi și repezi, de la gât până la picioare, mergând cu mâinile pe fața anterioară și posterioară în sens contrar. Se trece în fața bolnavului și se fricționează părțile laterale. Fricțiunea se efectuează până la încălzirea cearșafului. La terminare se șterge rapid bolnavul și fie este învelit într-un cearșaf uscat și lăsat să se odihnească, fie i se recomandă o plimbare de 2 ore

Efectul fricțiunii complete poate fi întărit de:

- ⇒ **Baia de cearșaf** - după terminarea fricțiunii se aruncă puternic de jos în sus, peste cearșaf, de la 1-3 m, câte o găleată cu apă rece. Apoi se lovește cu palmele întreaga suprafață până se încălzește. La terminare se continuă ca la fricțiunea completă.
- ⇒ **Baia de curent de aer**, indiferent dacă este urmată sau nu de baia de cearșaf - la terminarea fricțiunii se aplică un cearșaf uscat peste gâtul bolnavului cu colțurile peste umeri și care sunt ținute de către acesta cu ambele mâini. Terapeutul prinde colțurile opuse și execută vânturări de sus în jos până se înroșesc tegumentele.

6.2.1.2. Spălările

Sunt proceduri la care acționează în principal factorul termic, acțiunea celui mecanic fiind mai redusă, dar totuși existentă și favorizând acțiunea primului.

Spălările se realizează cu un prosop înmuiat în apă, la temperatura indicată, care se stoarce ușor. Cu mișcări lungi de sus în jos și invers, repetate de 5-6 ori, se spală apoi regiunea respectivă. La final se șterge cu cearșaful de învelit și apoi se acoperă.

Spălările se clasifică după următoarele criterii:

- **Temperatură:**
 - ⇒ **reci**, de 18-22° C;
 - ⇒ **calde**, de 38-40° C;
 - ⇒ **alternante**, de 38-40° C, urmate de 18-22° C.
- **Regiune și metodologie:**
 - > **parțiale:**
 - ⇒ ale extremităților - inițial fața anterioară și apoi posterioară,
 - ⇒ superioare și inferioare - inițial fața posterioară, apoi anterioară, iar în final părțile laterale;
 - > **complete** - bolnavului în picioare i se spală întâi partea posterioară a corpului, de la călcâie la ceafă, apoi partea anterioară, de la degete la bărbie, ulterior părțile laterale, ce cuprind și membrele superioare, și, în final, partea anterioară a membrelor inferioare.

6.2.1.3. Afuziunile

Afuziunile constau din turnări de apă fără presiune asupra diverselor regiuni ale corpului, cu o stropitoare fără rozetă sau cu un furtun. La fel ca la spălare acțiunea factorului termic este cea mai importantă, fără a o neglija însă pe cea a celui mecanic.

Afuziunile pot fi clasificate după următoarele criterii:

- **Temperatură:**
 - ⇒ **reci**, de 18-22° C;
 - ⇒ **calde**, de 38-40° C;
 - ⇒ **alternante**, de 38-40° C, urmate de 18-22° C.
- **Regiune și metodologie:**
 - ◆ **parțiale:**
 - ⇒ **la membrele inferioare** - la bolnavul în ortostatism, începându-se cu zona posterioară internă și externă, apoi cea anterioară internă și externă: la labe, la genunchi, la coapse;
 - ⇒ **la brațe** - bolnavul șezând se începe turnarea de la police în sus pe fața internă până la umăr și se coboară pe fața externă;
 - ⇒ **superioară** - bolnavul în sprijin cu spatele mai sus decât umerii, își apără cu o mână ceafa și se toarnă de-a lungul coloanei vertebrale, din zona lombară până la ceafă, executând concomitent și mișcări de lateralitate;
 - ⇒ **la ceafă** - aceeași poziție ca anterior, dar se toarnă la nivelul cefei o cană de 2-3 l, având grijă să nu udăm părul;
 - ◆ **completă** - la bolnavul în ortostatism se încep turnările pe partea posterioară ascendent, de la călcâi la omoplat, se trece prin zona interscapulară și se coboară pe partea opusă; apoi se întoarce bolnavul și se toarnă după aceeași regulă;
 - ◆ **fulger** - după aceeași metodologie ca la cea completă, la care se adaugă și părțile laterale, apoi se aplică un duș cu presiune de 1,5 atmosfere de la 3 - 5 m (factorul mecanic devine predominant aici).

6.2.1.4. Băile

Factorului termic și mecanic i se adaugă la băile simple și imersia în apă, suportată de diferitele regiuni ale corpului sau corpul în întregime, și efectul diferiților adjuvanți la băile medicinale

Băile se clasifică după temperatură, regiune și metodologie în modul următor:

- **Băi simple:**

- ◆ **generale:**

- **la temperatura de indiferență** de 34–35° C:

- ⇒ **tonicizante**, cu o durată de 10-15 minute;

- ⇒ **calmante**, cu o durată de 15-30-60 minute;

- **reci**, de 18-20° C, și **răcoroase**, de 20-23° C:

- ⇒ **băi reci complete excitante**, cu o durată de 10-30 secunde până la 1 minut, la care se aplică în prealabil o spălare a feței cu apă rece;

- ⇒ **băi de imersiune reci, excitante și tonizante** - 3-5 imersii de 3-10 secunde, bolnavul fiind așezat pe un cearșaf cu care este imersat;

- ⇒ **baia cu valuri** - într-o vană umplută $\frac{1}{2}$ sau $\frac{3}{4}$ cu apă se așează bolnavul cu picioarele îndepărtate și îndoite din genunchi și se produc valuri, cu sensul de la picioare spre umeri, cu un dispozitiv așezat între picioarele bolnavului, timp de 3-5 minute.

- ⇒ **baia de jumătate** ("halbbad"):

- într-o vană umplută cu apă la un nivel de 25-30 cm se așează bolnavul cu jumătatea inferioară imersată până la ombilic;

- bolnavul își spală fața și își aruncă apă sau se fricționează pe mâini, torace, abdomen;

- cu o cană de 1-1,5 l, din poziție laterală și puțin înapoia bolnavului, se fac turnări puternice asupra spatelui și umerilor, de 8-15 ori, și apoi se realizează fricțiuni rapide cu apă pe spate și părțile laterale ale toracelui;

- pacientul se culcă pe spate, își îndepărtează picioarele și din dreapta picioarelor se fac 8-15 turnări pe piept;

- terapeutul trece rapid la capul bolnavului și fricționează sub apă în ordine părțile anterioară și laterale ale toracelui, apoi abdomenul, în sensul evacuării intestinale;

- se fricționează, cu mișcări lungi sub apă, membrul superior de partea opusă și apoi de aceeași parte și membrele inferioare în aceeași ordine;

- ⇒ **baia cu peria:**

- bolnavul, așezat într-o vană umplută $\frac{3}{4}$, își spală fața;

- cu mișcări lungi și înmuind peria de fiecare dată când coboară se spală spatele;

- bolnavul se lungește pe spate și se periază sub apă în ordine: toracele, pe fața anterioară și părțile laterale cu mișcări verticale, abdomenul cu mișcări circulare în sensul evacuării intestinale, membrul superior de partea opusă și apoi de aceeași parte pe fețe anterioare și posterioare și fără a neglija palmele, partea anterioară și posterioară a membrilor inferioare, regiunea fesieră;

- bolnavul se ridică puțin sprijinit pe călcâie și brațe și periajul se reia încă o dată în aceeași ordine;

- 8 **calde**, de 36-39° C, și **fierbinți**, de 40-43° C:

- **băi calde:**

- ⇒ **simple**, de 36-37° C, cu o durată de 15-30 minute;

- ⇒ **kinetoterapeutice**, de 36-37° C, cu o durată de 20-30 minute:

- într-o vană umplută $\frac{3}{4}$ bolnavul este lăsat liniștit 5 minute;

- timp de 5 minute se execută pasiv, dinspre distal spre proximal, toate mișcările posibile ale articulațiilor membrului inferior opus și de aceeași parte, membrului superior opus și de aceeași parte, corpului și coloanei cervicale;

- bolnavul se odihnește 5 minute;

- timp de 5 minute execută activ aceleași mișcări în această ordine;

- bolnavul se odihnește 5 minute;

- bolnavul se șterge și este lăsat să se odihnească, ușor acoperit.

- ⇒ **cu masaj** (factorul mecanic devine primordial) - într-o baie de 36-39° C, cu vana umplută $\frac{3}{4}$, se execută masajul după tehnica cunoscută, pe zona indicată sau general.
 - **băi fierbinți:**
 - ⇒ **complete (piretoterapie)** - într-o vană cu apă de 35° C, după 2 minute de ședere, se crește temperatura apei cu 1° C / minut, până când ajunge cu 23° C mai mare decât temperatura corpului, bolnavul fiind menținut astfel 1 - 1 ½ ore;
 - ⇒ **simple** - într-o baie de 40-43° C se stă 1 minut pentru efecte calmante și 5-10 minute pentru efecte excitante.
 - ◆ **parțiale:**
 - **de mâini, de picioare sau de șezut** - în recipiente în care membrele pot fi introduse până la coate sau până la genunchi sau regiunea fesieră în întregime se realizează băi:
 - ⇒ **reci**, de 15-18° C, cu o durată de 1-5 minute;
 - ⇒ **calde**, de 38-40° C, sau **fierbinți**, de 40-45° C, cu o durată de 10-20 minute;
 - ⇒ **alternante** - băi calde de 40° C timp de 2-3 minute, apoi băi reci de 15-18° C timp de 20-30 secunde, cu repetarea alternanță de 3-5 ori;
 - ⇒ **ascendente (Hauffe)** - când apei de 36° C i se crește temperatura cu 1° C / 1-2 minute, până la temperatura de 40-44° C, cu durată totală de 15-30 minute;
 - **speciale:**
 - ⇒ **plimbatul prin vană sau prin râu** de 10-20 cm, timp de 5-10 minute, dimineața cu picioarele goale;
 - ⇒ **călcatul prin apă** - în apă rece sub 15° C și la un nivel de 10-15 cm bolnavul se plimbă 1-5 minute cu picioarele goale;
 - **Băi medicinale:**
 - ◆ **cu ingrediente chimice** (iod, sulf, sare, sublimat, săpun), **plante medicinale** și **substanțe organice înrudite** (malț, tărațe de grâu, amidon, flori de fân, muștar, mentă, coajă de stejar sau castan, muștar) - într-o vană cu apă de 25-35° C se introduc, în anumite proporții, substanțele respective și bolnavul se îmbăiază timp de 5-10-20 minute. La efectul termic și mecanic se adaugă cel specific adjuvantului, ele completându-se reciproc. Totodată apare o stare de bine a bolnavului, cu creșterea confortului fizic și psihic.
 - ◆ **cu bule de diverse gaze** (CO₂, O₂) - într-o vană cu apă la 30-35° C se introduce gazul în apă de la un tub, printr-un furtun legat la un capăt de un manometru de presiune și prin celălalt la un generator de bule. Durata băii este de 5-20 minute. Bulele aderă la firele de păr ale tegumentului și realizează un “micromasaj” local. Totodată prin excitarea receptorilor periferici se generează o vasodilatație locală și un schimb termic între zona centrală și periferică a organismului. Rolul factorului mecanic este mic, însă cu efecte benefice.
- ### 6.2.1.5. Dușurile
- Dușurile sunt aplicații de apă cu temperatură variabilă sub presiune, cu ajutorul unor dispozitive speciale. Factorul mecanic se adaugă celui termic, căpătând o importanță cel puțin egală.
- Dușurile se clasifică în modul următor:
- **După temperatura apei:**
 - ◆ **reci**, de 18-20° C, timp de 0,5-1,5 minute, cu caracter excitant
 - ◆ **calde**, de 38-40° C, și **fierbinți**, de 45° C, care în aplicație sub 5 minute au efect calmant, iar în aplicație peste 5 minute au efect excitant;
 - ◆ **alternante**, de 38-40° C, timp de 40 secunde, cu cele de 18-20° C, timp de 10-15 secunde, având efecte tonifiante;
 - **După forma jetului produs de dispozitivul de evacuare:**
 - ◆ **dușuri rozetă**, cu efect calmant;
 - ◆ **dușuri sită**, cu efect tonifiant;
 - ◆ **dușuri sul**, cu efect excitant (dacă se aplică sub forma dușului alternant, cu o presiune de 1,5-2 atm și de la o distanță de 2-4 m, cu 2-4 alternații, realizează “dușul scoțian”);
 - **După direcția de aplicare a jetului:**

- ♦ *orizontale*;
- ♦ *verticale* ascendente sau descendente, de tip:
 - ⇒ *general*;
 - ⇒ *local* - duș de șezut.

6.2.2. Masajul umed special

■ Băile cu vârtej de apă (whirl-pool)

Într-o vană cu apă la temperaturi variate, cuprinse între 18 ° C și 39 ° C, se realizează vârtejuri de apă, fie prin mijloace rotatorii, fie prin diuze, care introduc aer sub presiune. Factorul mecanic este dominant, realizând un masaj tonic general.

■ Dușul masaj

Se aplică mai multe dușuri rozetă de 38 - 40° C, verticale, timp de 8-15 minute, perioadă în care se efectuează și masajul parțial (de obicei) sau general (mai rar). Componenta mecanică este foarte importantă în acest caz.

■ Dușul subacval

Într-o vană cu apă la 35 - 38° C se aplică dușul sub apă la o temperatură cu 1-2° C mai mare decât temperatura apei și o presiune a jetului de 1-3 atm, pe direcție oblică menajantă sau perpendiculară tonifiantă, la o deschidere de 1-5 cm și folosind o duză sită (sedativă) sau sul (tonifiantă).

■ Terapia cu factori contrastanți (cura Kneipp)

Din această categorie fac parte:

- băi în bazine cu apă termală în aer liber, urmate de dușuri reci;
- bazine de mers : mers lent prin apă caldă de 38-40° C și întors rapid prin apă rece de 18-20° C, 4-5 alternanțe;
- helioterapie, urmată în ordine de onctiuni cu nămol rece, băi de lac și masaj uscat.

■ Masajul cu gheață

Cu un calup mare de gheață se freacă ușor zona algică și/sau contractu-rată, cu mișcări alternate în ambele sensuri și circulare, până când apare analgezia (în medie 5-7 minute). Este urmat obligatoriu de mișcări și manevre.

6.3. MASAJUL ORIENTAL (5,8, 9, 10, 11,22)

6.3.1. Masajul oriental neenergetic

6.3.1.1. Osteopresura (masajul periostal)

Stimularea periostului face parte din metodele reflexoterapice orientale. Stimularea este efectuată pe o proeminență osoasă. Redăm mai jos principalele puncte de stimulare.

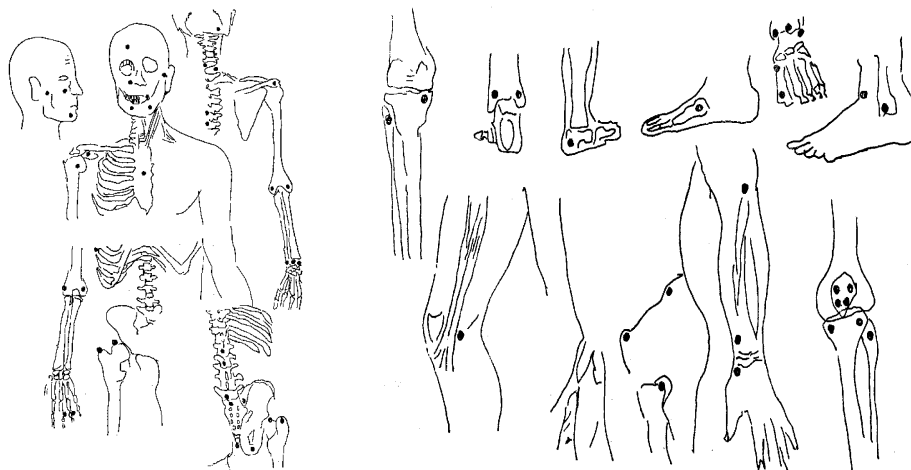


Fig. 79. Principalele zone de osteopresură (9)

Stimularea se realizează prin mișcări rapide și persistente de fricțiune și frământat locale și efectuate pe o arie mai mică și cu o intensitate mai mare decât uzual, astfel încât periostul proeminent să fie atins. Efectele favorabile pot fi explicate prin reacțiile reflexe vasomotorii sau prin inducerea unui "potențial de injurie" (legat de proprietățile țesutului colagenic ce realizează trama periostală).

Metoda este folosită cu succes în traumatismele osoase și neuro-musculare fără leziuni mecanice distructive.

6.3.1.2. Digitopresura (presopunctura)

Stimularea punctelor de acupunctură prin presiune digitală (alături de instrumente speciale sau improvizate, cum ar fi bețișoare de lemn, capătul rotunjit al unui instrument de scris) mai poartă denumirea improprie de acupresură. Punctele se masează cu pulpa degetului sau cu unghia, prin mișcări circulare intermitente, ușoare și rapide, timp de 1-2 minute în suferințele acute sau rare, respectiv puternice, timp de 5-10 minute, în suferințele cronice. Terapia se realizează pe bolnavul în decubit și acesta rămâne culcat încă 20 minute după terminarea ședinței.

Ea este indicată în special în afecțiunile aparatului neuro-musculo-artro-kinetic de tip Yin (în care domină sindromul algic) și în afecțiunile psihosomatice.

Mecanismul de acțiune se bazează pe principiile acupuncturii și în special pe relația Yin-Yang. Neurofiziologii occidentali leagă mecanismul de acțiune de zdrobirea țesuturilor subiacente tegumentului, cu eliberarea unor mediatori chimici locali ce realizează zone de hiperemie și a unui potențial electric de leziune. Ele declanșează reflexe locale și la distanță.

Locul de aplicare este foarte variat: punctele de acupunctură localizate pe corp și cele din microsisteme. Prezentăm în continuare principalele metodologii de aplicare.

6.3.1.2.1. Craniopresura

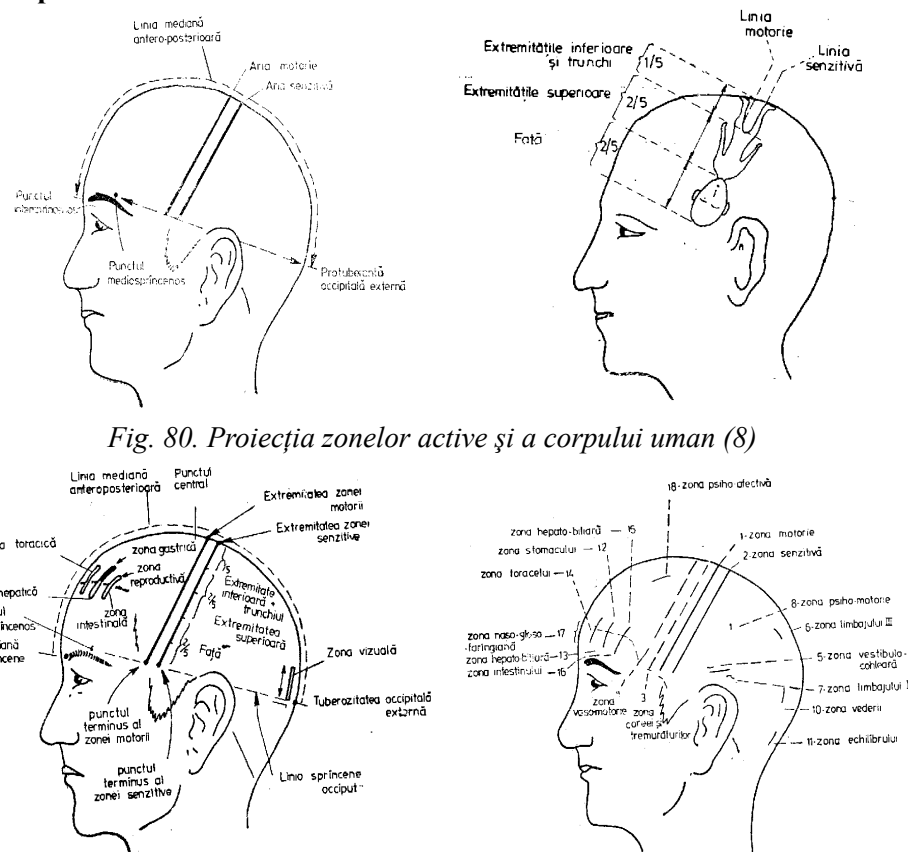


Fig. 80. Proiecția zonelor active și a corpului uman (8)

Fig. 80 (continuare). Proiecțiile motorii, vasomotorii și senzoriale

6.3.1.2.2. Faciopresura

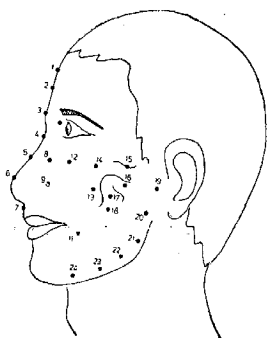


Fig. 81. Cele 24 de puncte faciale(8)

- 1 - craniu și față; 2 - gât; 3 - plămân; 4 - cord; 5 - ficat; 6 - splină; 7 - uter; veziculă;
8 - vezica biliară; 9 - stomac; 10 - sân;
11 - coapsă; 12 - intestin subțire; 13 - intestin gros;
14 - umăr; 15 - braț; 16 - mână;
17 - rinichi; 18 - ombilic; 19 - lombe;
20 - coapsă; 21 - genunchi; 22 - rotulă;
23 - gambă; 24 - picior.

6.3.1.2.3. Rinopresura (nazopresura)

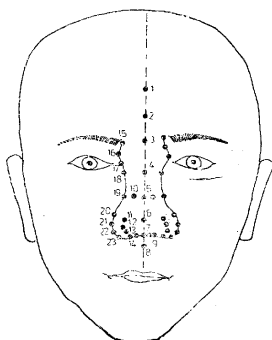


Fig. 82. Cele 23 de puncte de proiecție nazală (8)

- 1 - craniu și față; 2 - gât; 3 - plămân; 4 - cord;
5 - ficat; 6 - splină; 7 - rinichi; 8 - organe
genitale externe; 9 - ovar sau testicol;
10 - vezicula biliară; 11 - stomac; 12 - intestin subțire;
13 - intestin gros; 14 - vezică;
15 - ureche; 16 - piept; 17 - sân; 18 - ceafă și spate; 19
- lombe; 20 - membru superior;
21 - șold și coapsă; 22 - genunchi și gambă;
23 - picior și degete.

6.3.1.2.4. Auriculopresura

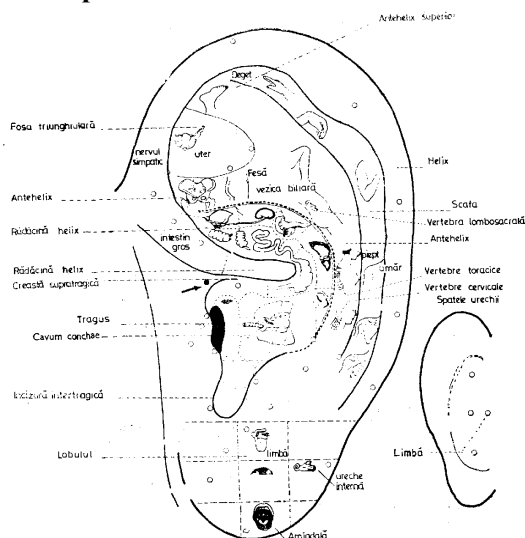


Fig. 83. Proiecția auriculară organo-funcțională chinezească (8)

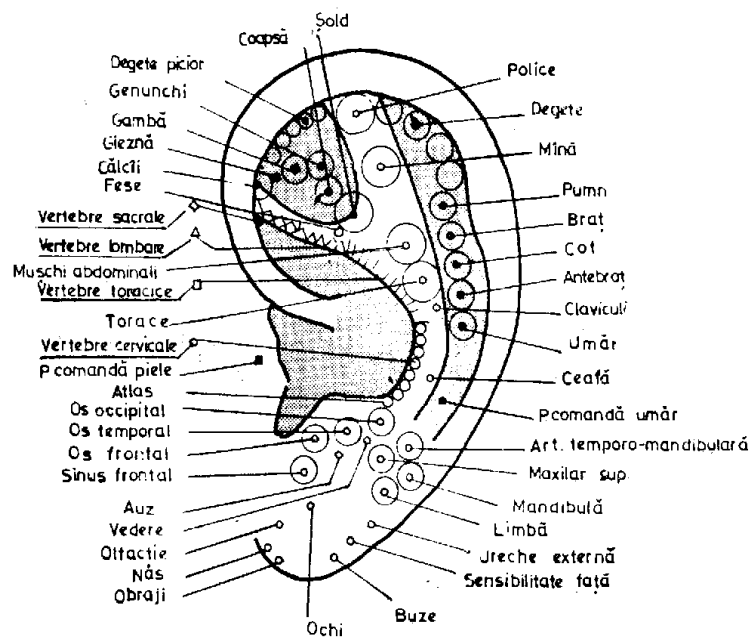


Fig. 84. Proiecția auriculară a sistemului musculo-scheletal și senzorial (8)

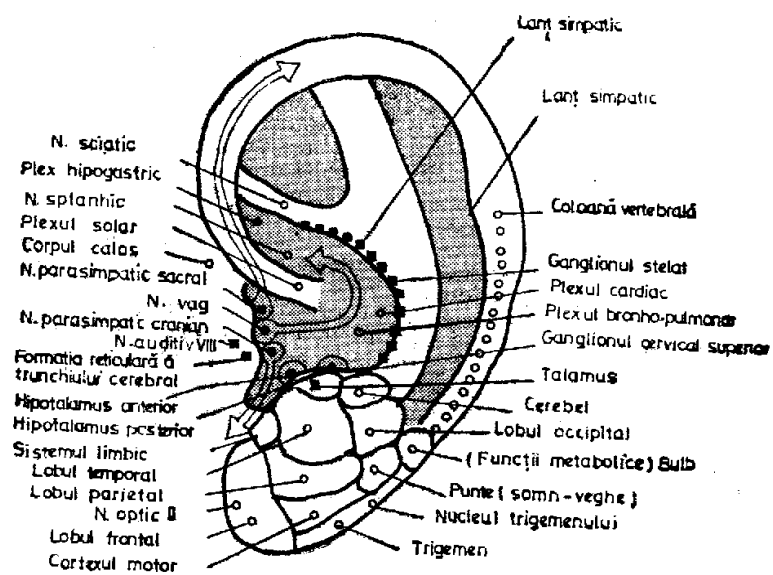


Fig. 85. Proiecția auriculară a sistemului nervos (8)

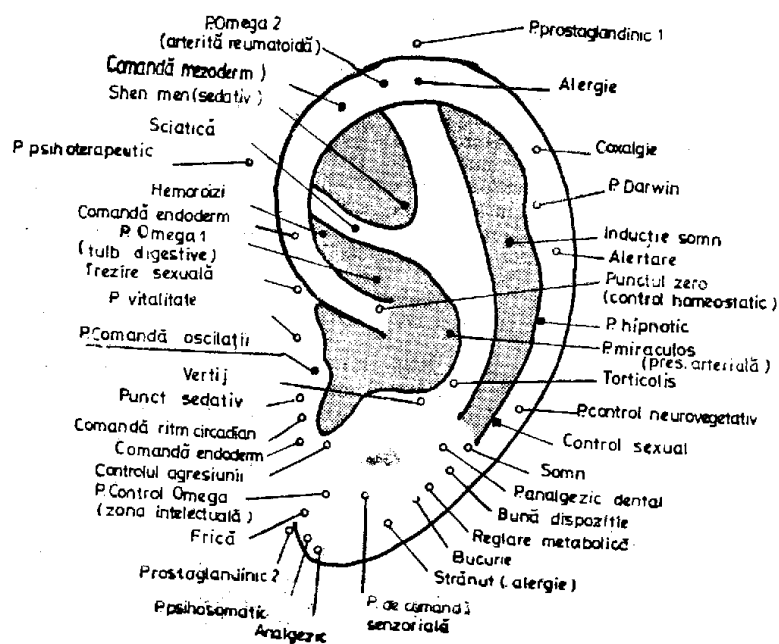


Fig. 86. Proiecția auriculară a funcțiilor generale (8)

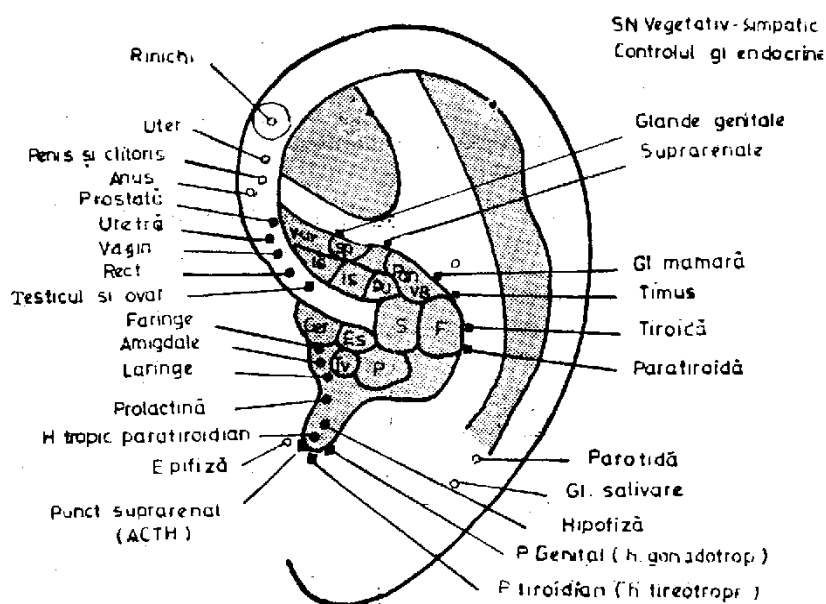


Fig. 87. Proiecția auriculară a organelor interne (8)

6.3.1.2.5. Mano și podopresura

- Pe punctele de acupunctură specifice locale

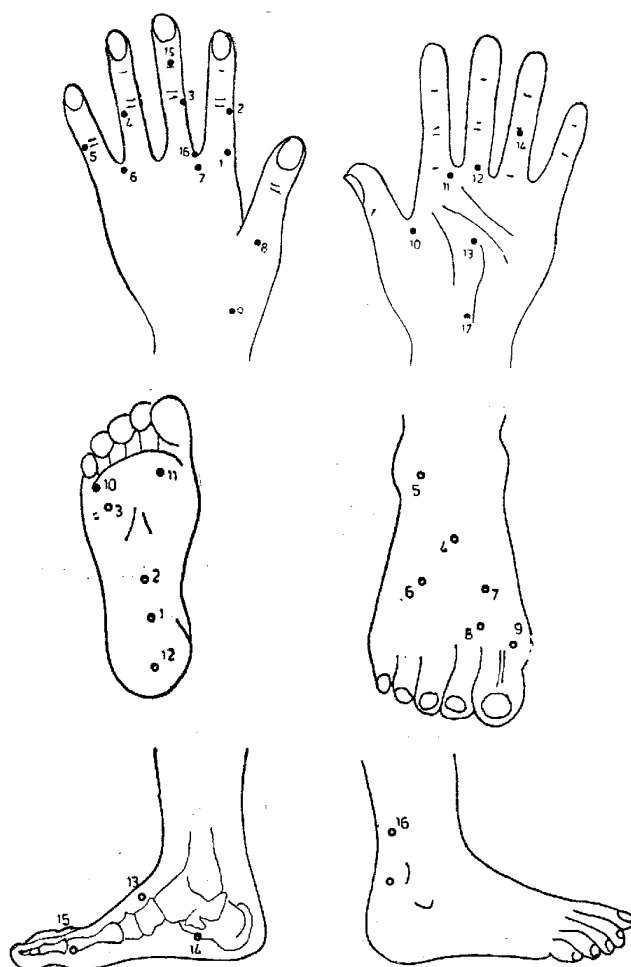


Fig. 88. Cele 17 puncte ale mâinii și cele 15 ale piciorului, folosite pentru *mano și pedopresură* (8)

- 1 - umăr; 2 - frunte; 3 - vertex; 4 - migrenă; 5 - occipit; 6 - nerv sciatic;
 7 - ceafă; 8 - cefalee; 9 - nas; 10 - isterie; 11 - tuse; 12 - ulcerații bucale;
 13 - hiperhidroză; 14 - ficat; 15 - sughiț; 16 - antipiretic; 17 - anticonvulsivant.
- 1 - nevroză, insomnie, hipertensiune arterială; 2 - astenie, hepatită; 3 - odontalgii; 4 - sciatică; 5 - redoare cervicală; 6 - lombalgii; 7 - amigdalite; 8 - eczeme, urticarie; 9 - enurezis, polakiurie; 10 - odontalgii; 11 - rinite; răceli; 12 - hipotensiune arterială; 13 - metroragii funcționale; 14 - epilepsie, isterie, neurastenie; 15 - cefalee, dureri abdominale.

- **Pe sistemul pumn-glezna**

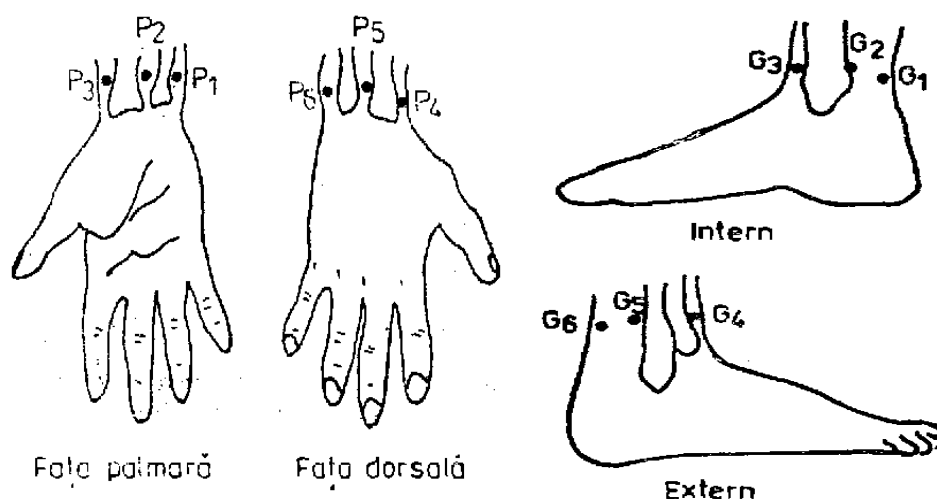


Fig. 89. Punctele din jurul pumnului și din jurul gleznei (8)

- P1: boli bilaterale (cefalee, dureri oculare, odontalgii, tulburări de vedere, răceală, angină, tuse, sughiț, nevralgii de trigemen), boli generalizate (hipertensiune arterială, insomnie, transpirații, dureri generalizate, urticarie);
- P2: boli apărute de o parte a corpului (cefalee temporală, odontalgii, dureri toracice, senzația de plenitudine toracică, astm, dureri palmare, amorțeli ale degetelor);
- P3: hipertensiune arterială;
- P4: cefalee în vertex, surditate, disfuncții ale articulației temporo-mandibulare, dureri articulare scapulo-humerale;
- P5: cefalee temporală posterioară, redoare de ceafă, dureri ale umărului, paralizii ale membrului superior, tremurături ale degetelor, dureri ale cotului, pumnului, degetelor;
- G1: dureri și distensii abdominale superioare, dureri periombilicale, tulburări menstruale, leucoree, enurezis, dureri ale călcâielor;
- G2: dureri în zona hepatică, dureri abdominale laterale;
- G3: dureri mediale de genunchi;
- G4: dureri de genunchi, paralizii ale membrelor inferioare;
- G5: dureri de șold și glezne;
- G6: dureri lombare acute, lombosciatică, contractura musculaturii lombare.

6.3.1.2.6. Presura pe punctele de acupunctură ale meridianelor

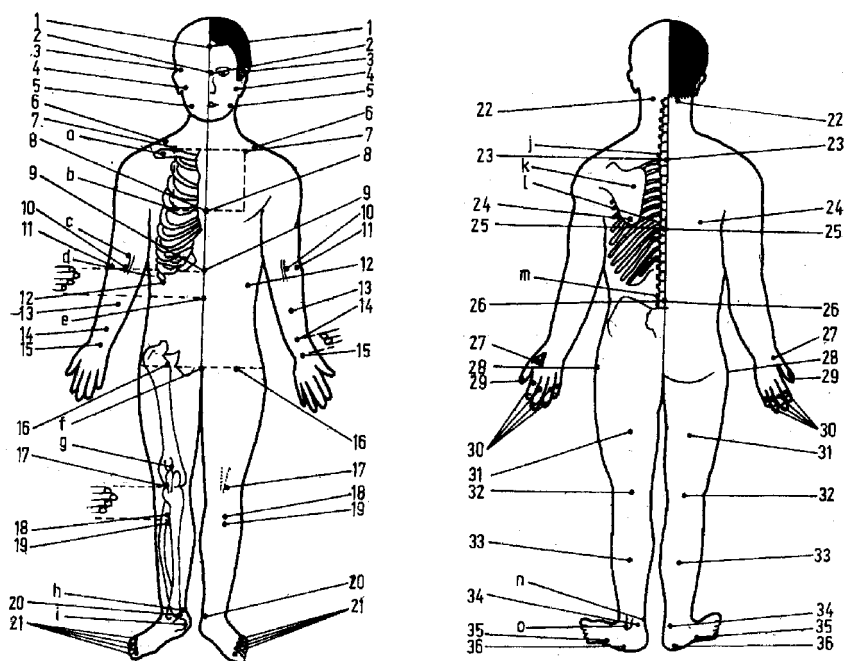


Fig. 90. Punctele de acupunctură ale meridianelor și indicațiile (9)

- 1 - "palatul înțeleptului": dureri de frunte, migrenă cu fotofobie; 2 - "palatul sigiliilor": migrenă și sinusită cu dureri; 3 - "valea adunării": cefalee, dureri de tâmplă și oculare; 4 - "poarta urechii": migrenă, dureri de dinți și de nas; 5 - "maxilar": dureri de cap și de dinți situați pe maxilarul inferior; 6 - "strălucirea cerului": dureri de umeri, de spate și de brațe; 7 - "scobitura coveții": dureri de gât și toracice, nevralgii intercostale; 8 - "mijlocul pieptului": nevralgii intercostale și dureri toracice; 9 - "stomac central": dureri abdominale; 10 - "mlaștina de un metru": dureri de cot și crampa scriitorului; 11 - "mlaștina de la cotitură": nevralgie facială, dureri de cot și crampa scriitorului; 12 - "poarta mare": colică biliară și renală; 13 - "poarta vâlceleii": dureri precordiale, dureri de cot antebraț, deget mare, arătător și mijlociu; 14 - "bariera internă": dureri precordiale, de cot și de pumn, analgezie; 15 - "marele platou": dureri de brațe și de cot, crampa scriitorului; 16 - "bariera șoldului": dureri de șold și coapsă, dureri de anus, lumbago; 17 - "nas de vițel": durerea și redoarea genunchiului; 18 - "izvorul din podișul extern": dureri musculare și ale membrelor inferioare; 19 - "al treilea interval": dureri abdominale, de cap, de genunchi și lumbago; 20 - "marele clopot": colică renală, dureri de umeri, lombare și de călcâie; 21 - "opt vânturi": durerea și redoarea degetelor și a labelor; 22 - "mlaștina vânturilor": dureri de cap și cervicale, torticolis; 23 - "punctul hipofiză": dureri cervicale și dorsale; 24 - "strămoșul divin": dureri de umeri; 25 - "ultima limită Iang": dureri de spate cu sau fără contractură musculară; 26 - "bariera Iang": lumbago, dureri de genunchi și postoperatorii; 27 - "fundul văii": orice tip de durere; 28 - "săritor în cerc": dureri de șolduri și de membre inferioare; 29 - "micul negustor": dureri de gât și de degete, redoarea mâinilor; 30 - "punctul tigru": dureri de degete; 31 - "poarta prosperității": dureri de coapse, nevralgie, sciatică; 32 - "centrul de comandă": dureri ale trenului inferior, prurit; 33 - "cărarea munților": nevralgie sciatică, crampe musculare, dureri provocate de fisuri anale și hemoroizi; 34 - "punctul Kroun Loun": orice durere, grăbirea eliminării placentei; 35 - "os de legătură": dureri de cap foarte puternice, dureri de ceafă și picioare, prurit generalizat; 36 - "osul principal": cefalee puternică și dureri de-a lungul coloanei vertebrale.

6.3.1.3. General: metoda "Touch for health" ("a atinge pentru a vindeca")

Datorită complexității metodelor anterioare, recent se practică în occident o metodă simplificată care se bazează pe legătura energetică dintre un meridian energetic și mușchiul pe care îl străbate, în special legat de zonele de concentrare energetică.

Meridianul	Ora executării manevrei	Mușchiul testat	Felul manevrei
Inima	11–13	subscapular	Membrul superior la orizontală și cotul îndoit va fi împins înainte 
Intestin subțire	13–15	cvadriceps	Genunchiul îndoit va fi împins înainte 
Vezica urinară	15–17	peronier	Labă piciorului împinsă înăuntru 
Rinichi	17–19	psoas iliac	Membrul inferior ridicat la 45° și împins ușor în afară 
Vase sex	19–21	fesierul mijlociu	Membrele inferioare depărtate vor fi apropiate 
Trei focare	21–23	micul rotund	Membrul superior cu cotul îndoit va fi dus în față (cu sprijinirea cotului) 

Fig. 91 (9)

Meridianul	Ora executării manevrei	Mușchiul testat	Felul manevrei
Vezica biliară	23-1	deltoid (fascicule anterioare)	Membrul superior întins și depărtat de corp va fi apăsător în jos, ușor 
Ficat	1-3	marele pectoral	Membrul superior la orizontală va fi împins în sus 
Plămân	3-5	marele dințat	Membrul superior ridicat mai sus de orizontală va fi tras înapoi 
Intestin gros	5-7	fascia iato	Membrul inferior ridicat la 45° va fi rotit înăuntru 
Stomac	7-9	marele pectoral	Membrul superior din poziția orizontală va fi tras în afară 
Splina pancreas	9-11	marele dorsal	Membrul superior lipit de corp va fi tras în afară 

Fig. 91 (continuare) (9)

Inițial se testează starea energetică a meridianului respectiv, fie prin aprecierea tonusului mușchiului “corespondent” fie prin realizarea unor mișcări care testează funcționalitatea mușchiului, ce este legată de starea energetică a meridianului.

Apoi se continuă mișcarea respectivă pentru o “reechilibrare energetică generală” ușoară. Ulterior reechilibrarea se realizează fie prin masarea mușchiului respectiv (metoda occidentală simplificată) fie prin masarea punctelor și meridianelor respective (ce se încadrează în metodele combinate chinezești Ngam sau Tao Inn)

6.3.1.4. Metode combinate

Metodele combinate sunt acelea care folosesc tehnici ce realizează trecerea între masajul “neenergetic” și cel “energetic”. Această dihotomie este, după părerea mea, cel mult teoretică, deoarece, inevitabil, la oricare dintre tipurile de masaj oriental terapeutul intră în contact cu câmpul energetic al pacientului în zone de concentrare mai mare sau mai mică a acestuia.

Cele mai folosite dintre astfel de metode sunt una chinezească, care se adresează nou născuților și copiilor mici, și una japoneză, care folosește punctele Tsubo, iar cea care câștigă teren și se pare că oferă atât o tehnică precisă, etapizată, relativ ușor de executat, cât și rezultate mai mult decât satisfăcătoare este metoda Shiatsu.

6.3.1.4.1. Masajul chinezesc pentru nou născuți și copii - principii și tehnică generală (5)

Masajul pediatric chinezesc *tui na* este un sistem special de masaj destinat, în special, pentru a preveni și trata bolile pediatrie, folosind puncte speciale care sunt caracteristice copiilor. Acest tip de masaj se adresează copiilor mai mici de 12 ani și, în special, a celor sub 5 ani (pentru copii peste 5 ani,

acest tip de tratament trebuie să se facă în combinație cu manevrele **tui na** corespunzătoare adultului și cu punctele adultului sau să se combine cu medicație).

În afara punctelor de pe meridianele de acupunctură și a celor extra-meridian, ce sunt și ele uzitate, dar mai puțin, majoritatea punctelor pediatrie sunt specifice terapiei copiilor, fiind foarte rar întrebuințate la adult:

- spre deosebire de punctele de acupunctură, ce au o singură formă punctuală, punctele **tui na** au trei tipuri de forme: puncte-puncte, puncte-linii, puncte-arii
- ele sunt, în majoritatea lor, distribuite pe mâni și antebrate și mai puține sunt plasate pe cap și față și doar câteva pe piept, abdomen, spate și membrele inferioare
- punctele **tui na**, spre deosebire de punctele de acupunctură ale adultului, nu sunt conectate la sistemul energetic al meridianelor și, de aceea, metoda este ușor de însușit și utilizat, cu pericole minime pentru pacient.

Tehnica generală a masajului **tui na**

- în acest tip de masaj se folosesc manevre diferite pentru puncte situate pe arii diferite ale corpului:
 - ⇒ în general, când se acționează asupra punctelor de pe trunchi și de pe membrele inferioare, punctele localizate simetric sunt manevrate în același timp;
 - ⇒ atunci când sunt stimulate punctele de pe brațe și mâini, manevrarea lor se face adesea numai de o parte;

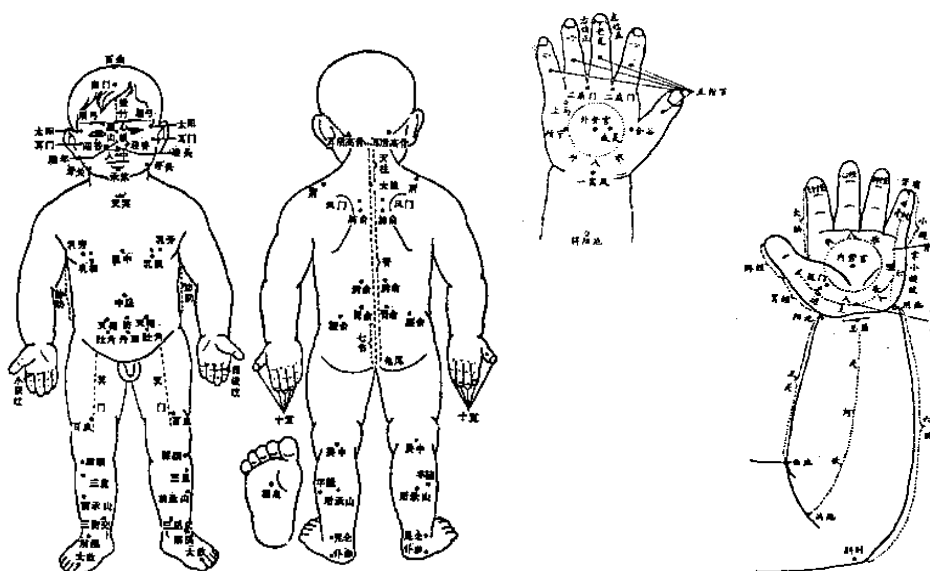


Fig. 92 (5)

- în general, pentru copilul de un an, manevrele de masaj se repetă de 200-300 de ori asupra punctelor principale și de 100-150 de ori asupra punctelor suplimentare; la copii sub un an manevrele se repetă de mai puține ori, iar la cei peste un an de mai multe ori, proporțional cu vârsta;
- în mod normal tratamentele sunt recomandate 1 dată / zi, iar o etapă a tratamentului durează 7-10 zile; tratamentul se aplică continuu, fără pauze între etape, fie cu un interval de 1-2 zile repaus între fiecare etapă succesivă;
- în general, terapeutul își va folosi mâna dreaptă pentru tratament, iar cu stânga va imobiliza, blând și ferm, copilul;
- întru-cât toate manevrele se efectuează pe pielea sensibilă a copilului, se folosește un intermediar de masaj, atât cu scopul de a preveni iritarea tegumentului cât și de a mări efectele curative, cele mai uzitate fiind: pudra de talc, suc de ienupăr, suc de mentă, albușurile de ouă;
- manevrele fundamentale utilizate în terapia **tui na** sunt:
 - ⇒ manevra apăsării rectilinii (*zhi tui fa*): constă în apăsarea fermă și constantă, cu pulpa policelui sau cu cea a indexului și mediusului, de-a lungul unei părți a corpului, pe punctele-linii, fără a pierde contactul cu suprafața pielii, de la începutul până la sfârșitul mișcării; obișnuit este executată cu viteză medie și repetată de 100-200 de ori / minut;

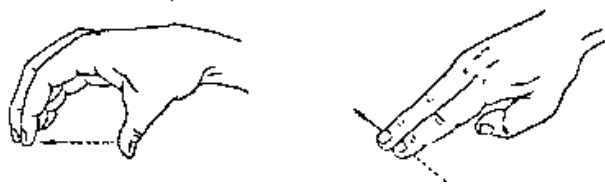


Fig. 93(5)

- ⇒ manevra apăsării disociate (*fen tui fa*): constă în apăsarea separat, în direcții opuse, în linie dreaptă și nu prin apăsare transversală sau oblică, cu marginile ambilor polici sau cu indexul și mediusul de la ambele mâini, în special a puncte-lor dintre mameloane, pe abdomen, sub coaste și pe spate; este repetată de 100-200 de ori / minut;

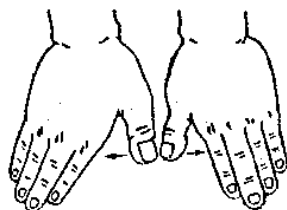


Fig. 94(5)

- ⇒ manevra frământării (*rou fa*) : reprezintă frământarea, printr-o mișcare circulară, a unui punct sau a unei arii, cu pulpele degetelor, podul palmei, eminența tenară, realizată uniform și ferm și fără pierderea contactului cu suprafața pielii în timpul manevrei; manevra este adecvată aproape pentru fiecare zonă de tratament, cea cu pulpele degetelor fiind destinată terapiei fiecărui punct, iar cea cu palma pentru abdomen; frecvența ei este de 100-600 repetiții / minut;

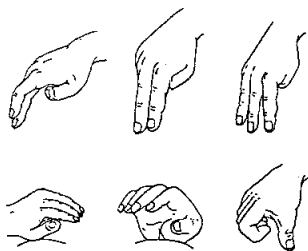


Fig. 95(5)

- ⇒ manevra fricțiunii circulare (*mo fa*): se realizează cu palma sau supra-fața palmară a degetelor, printr-o fricțiune circulară în sens orar sau antiorar, în special uzitată pentru tratamentul stomacului și a tulburărilor digestive; frecvența de execuție este de 100-120 cercuri / minut;



Fig. 96(5)

- ⇒ manevra ciupirii și tragerii (*nie fa*): executată fie cu pulpele policelui, indexului și mediusului de la ambele mâini, fie cu policele și părțile laterale ale falangelor mijlocii ale indexului de la ambele mâini, constă în ciupirea pielii cu aceste degete în punctul masat și apoi tragerea înainte, prin rotirea pielii în sus, cu ambele mâini; se folosește pentru punctele situate de-a lungul coloanei vertebrale (manevra se mai numește și cea a ciupitului spinal), cu rol general de fortificare a organismului;

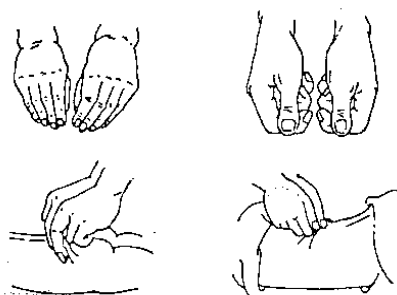


Fig. 97(5)

- ⇒ manevra presării (*an na*): constă în apăsarea unui punct special cu pulpa policelui sau a unei arii cu palma, de intensitate mai puternică, cu rol stimulator; adesea este uzitată după frământare, caz în care se apasă de 3-5 ori pentru ameliorarea durerii locale și a disconfortului;



Fig. 98(5)

- ⇒ manevra înțepării (*qia fa*): reprezintă stimularea unui punct prin ciupirea lui puternică cu unghia, a cărei presiune crește gradat, fiind o manevră potrivită pentru toate punctele de pe corp; este o manevră puternic stimulatorie și se aplică înaintea frământării;



Fig. 99(5)

- ⇒ manevra apăsării arcuite (*yun fa*): se execută prin apăsarea ușoară în formă de cerc sau de arc de cerc în jurul locului de acționare, cu pulpa degetelor sau cu policele, blând și ușor; folosită mai ales pentru stimularea punctelor din palmă, se repetă de 80-100 de ori / minut;



Fig. 100(5)

- ⇒ manevra prinderii (*na fa*): constă în ridicarea lentă și strângerea unui punct sau a unei arii între police, index și medius sau între toate cele cinci degete de la fiecare mână; este o manevră puternic stimulatorie ce se aplică în special punctelor de pe gât și, uneori, de pe părțile laterale ale abdomenului și de pe extremități, recomandându-se a fi lăsată ultima dintre metodele folosite, ea efectuându-se de 3-5 ori la fiecare tratament.



Fig. 101(5)

6.3.1.4.2. Terapia Tsubo (11,22)

Reprezintă terapia aplicată asupra celor 365 de puncte de acupunctură (*tsubo*) situate pe cele 14 sisteme (meridiane) energetice, conform medicinei tradiționale orientale

Terapia **Tsubo** utilizează aplicarea de presiuni prin manevre clasice sau presiune Shiatsu (într-o anumită ordine, ce va fi prezentată ulterior), de moxă ori acupunctură la nivelul acestor puncte speciale, pentru a atenua și/sau corecta perturbările de la nivelul organelor interne.

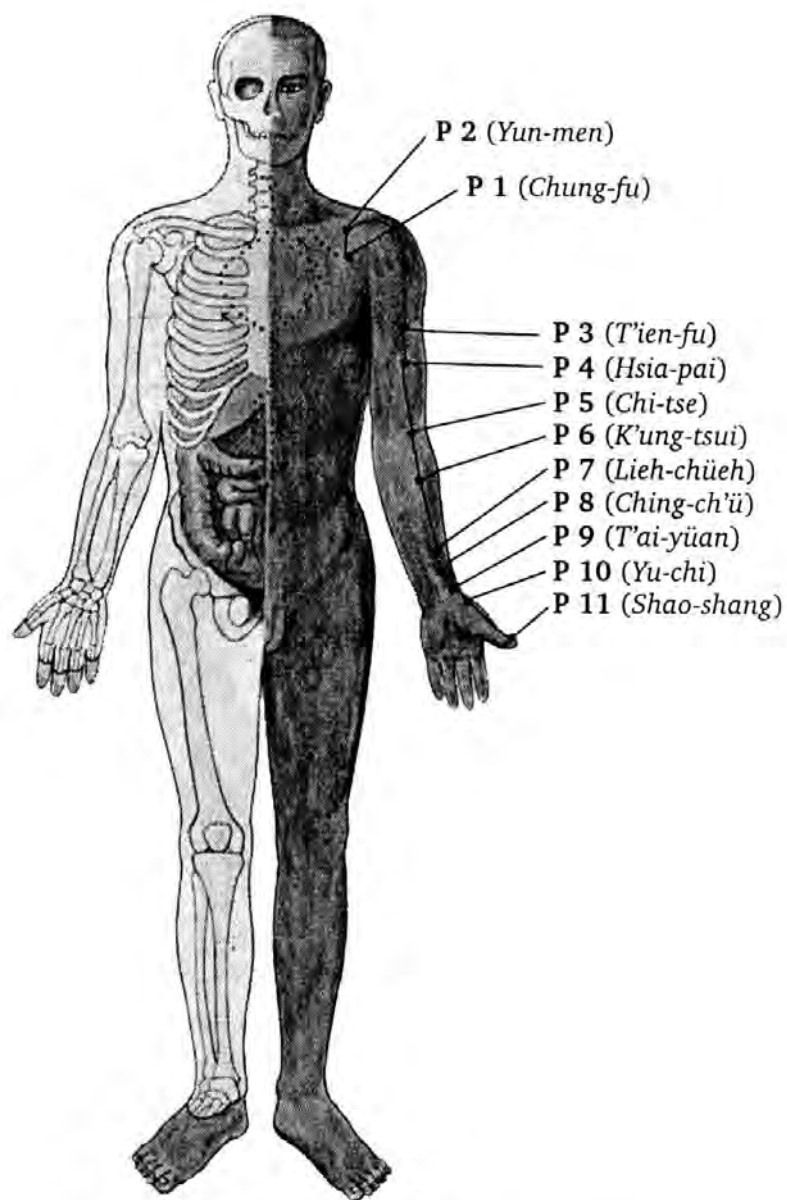
Vom prezenta cele două tipuri mai accesibile de terapie **Tsubo**

- **Masajul Tsubo**

Masajul japonez clasic, masajul **anma**, implică sistemul de meridiane și mișcările se efectuează dinspre centrul corpului spre extremități, spre deosebire de cel occidental, care se bazează pe ideea că inima este centrul organismului și de aceea se urmărește traseul vaselor de sânge, mișcările efectuându-se dinspre extremități spre centrul corpului.

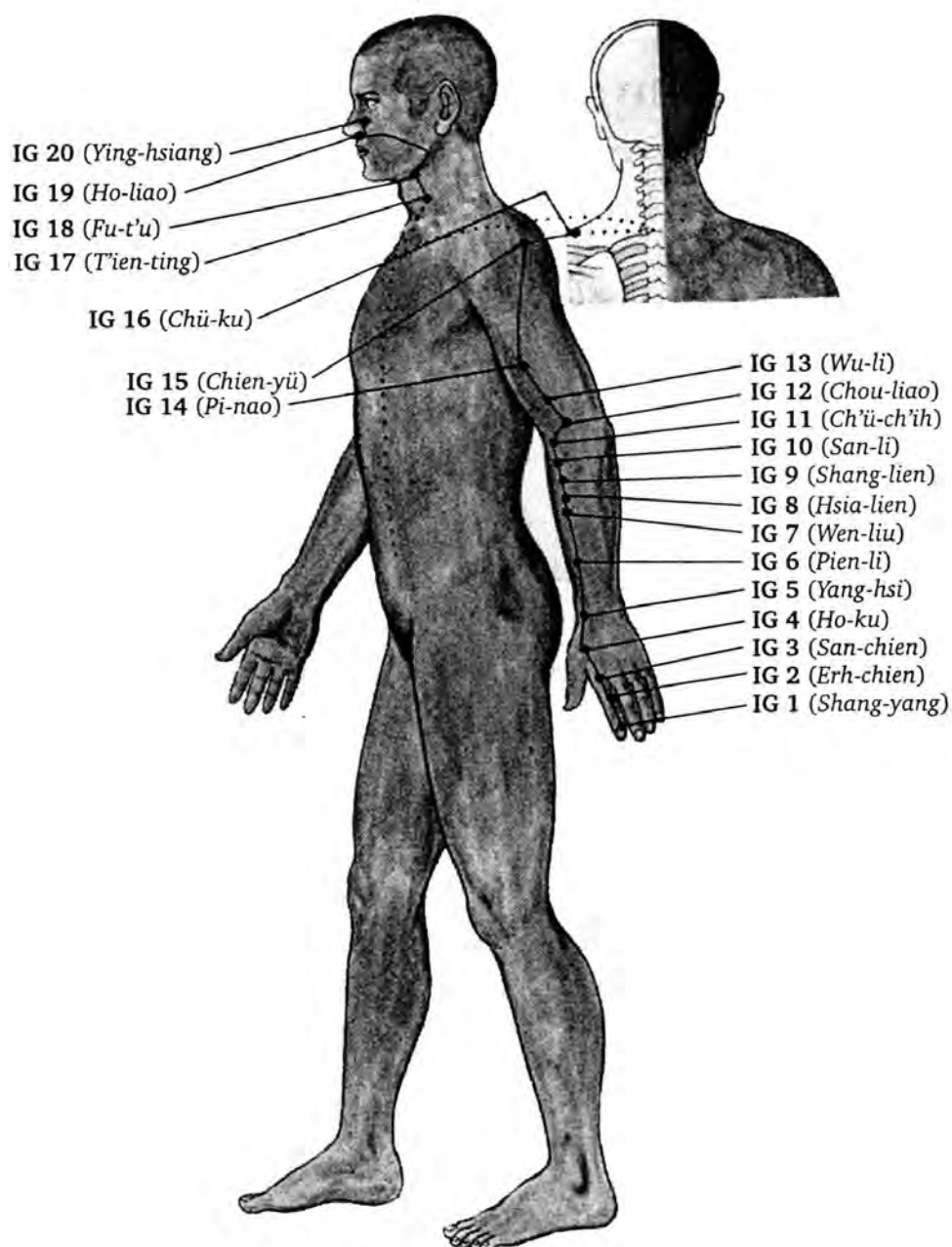
Tehnicile utilizate de cele două categorii de masaj sunt, însă, extrem de asemănătoare și, în afara unor indicații speciale de aplicare (privind intensitatea aplicării și a suprafeței de contact); se utilizează aplicări de o intensitate de 3-5 kg, cu o durată de 3-5 secunde, prin următoarele manevre:

- ⇒ frământarea ușoară, prin lovituri ușoare sau frecarea corpului (*keisatsu*);
- ⇒ frământarea ușoară a musculaturii (*junetsu*);
- ⇒ metoda compresiunii musculaturii și a articulațiilor (*appaku*);
- ⇒ vibrația (*shinsen*);
- ⇒ tapotajul (*koda*);
- ⇒ stoarcerea și frământarea (*annetsu*);



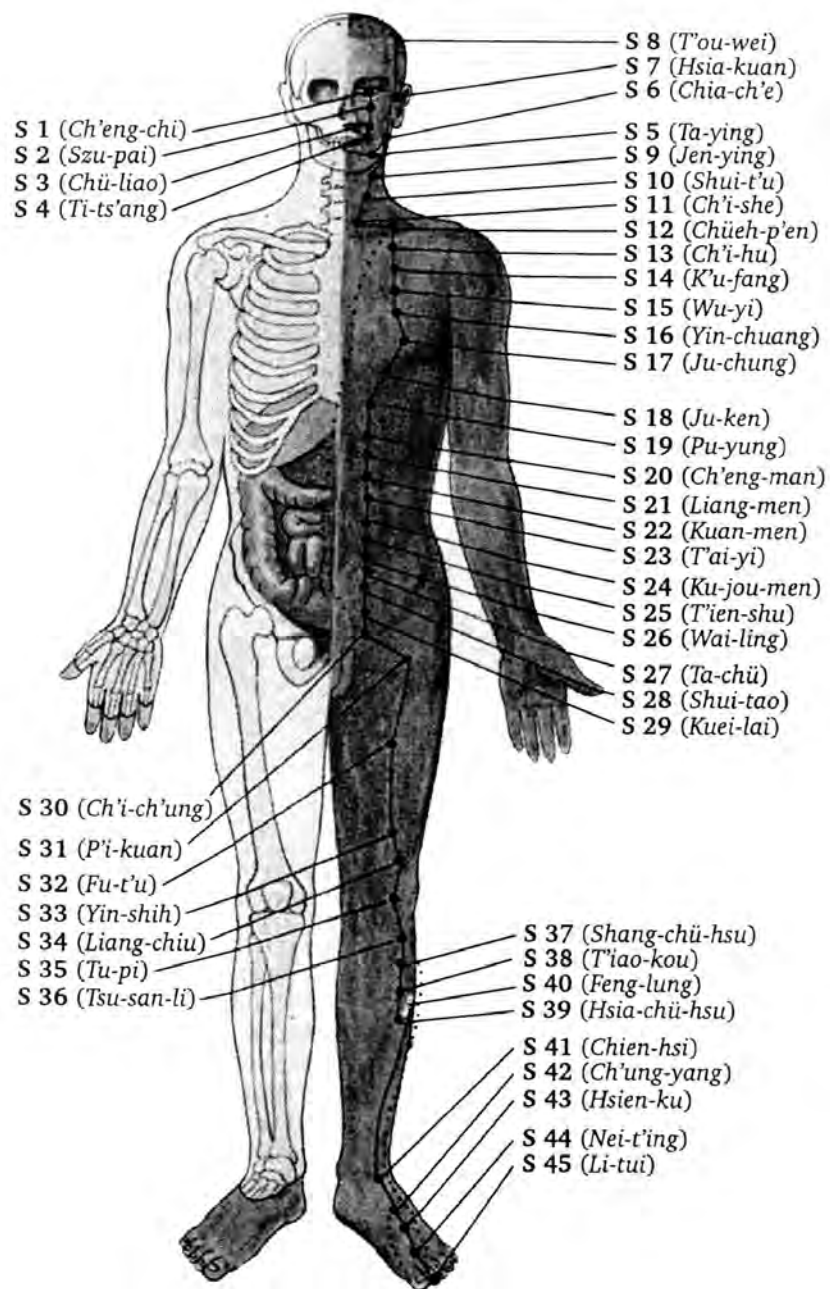
Meridianul Plămânilor (Fei-ching)

Fig. 102. Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



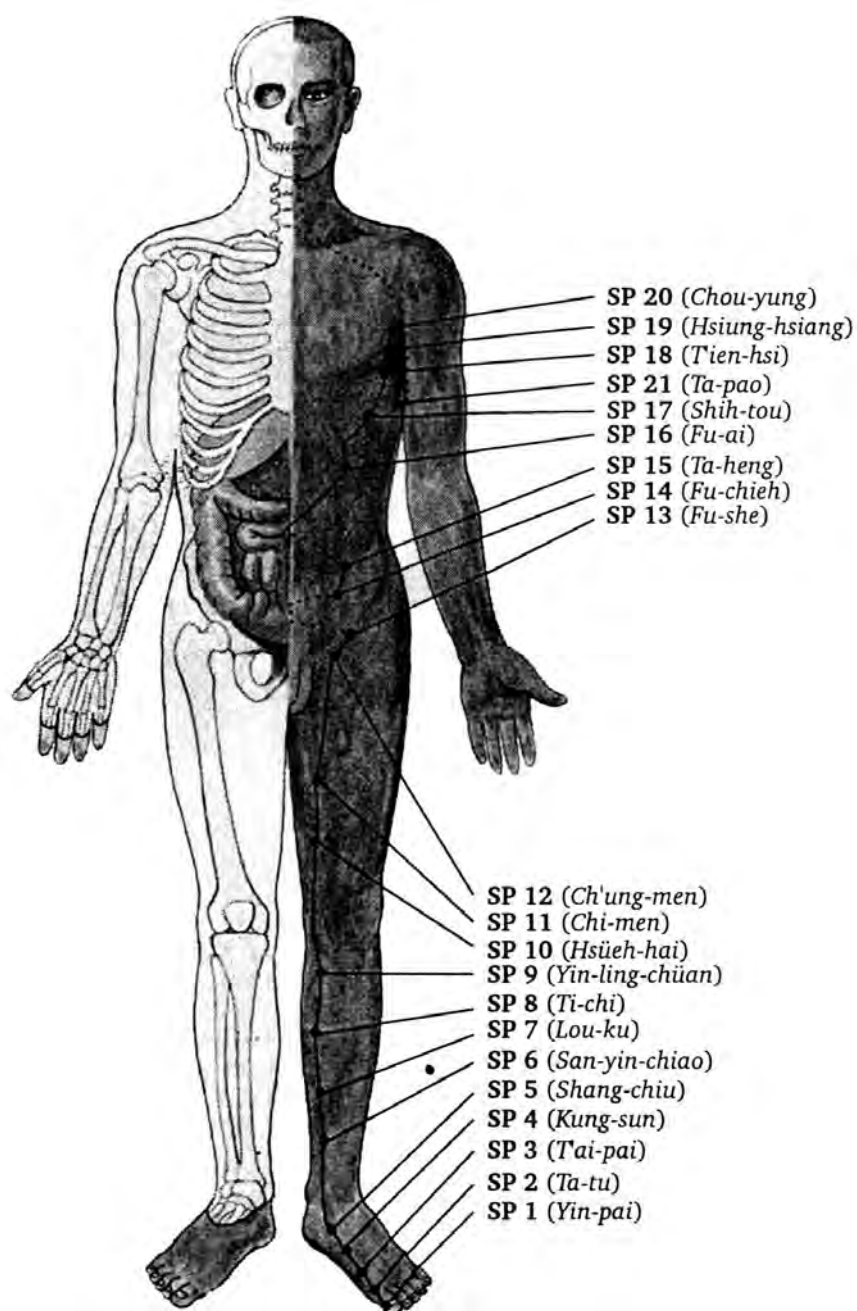
Meridianul Intestinului Gros (Ta-ch'ang-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



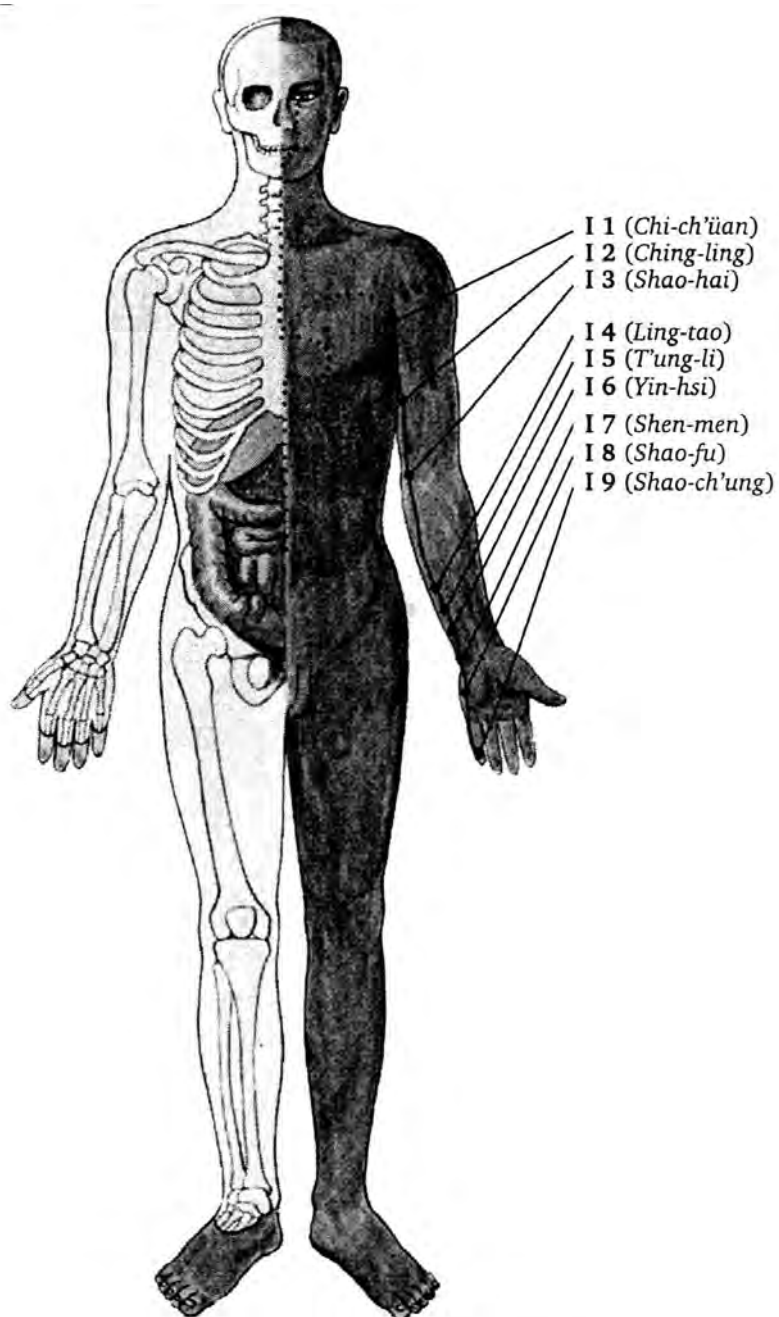
Meridianul Stomacului (Wei-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



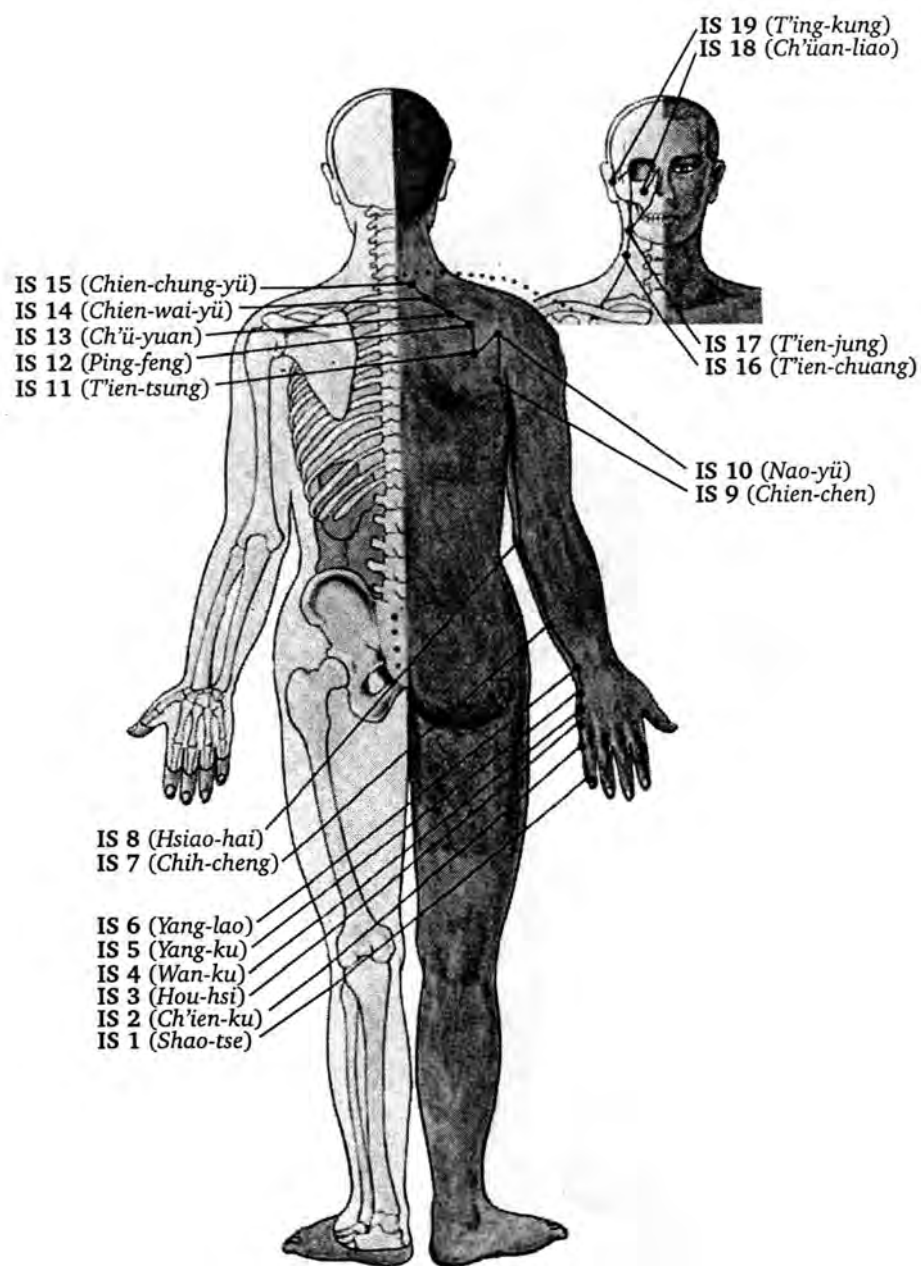
Meridianul Splinei-Pancreasului (P'i-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



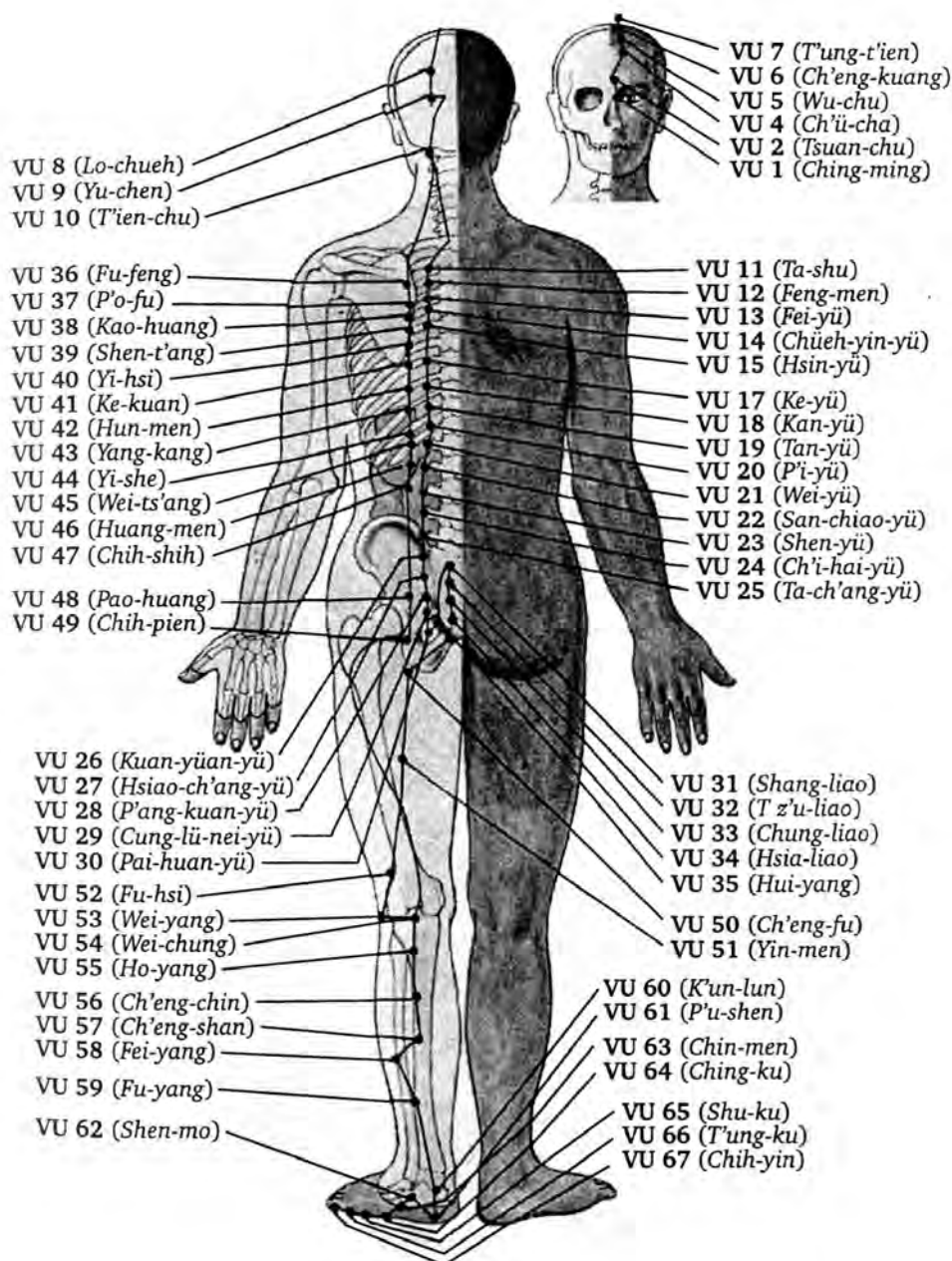
Meridianul Inimii (Hsin-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



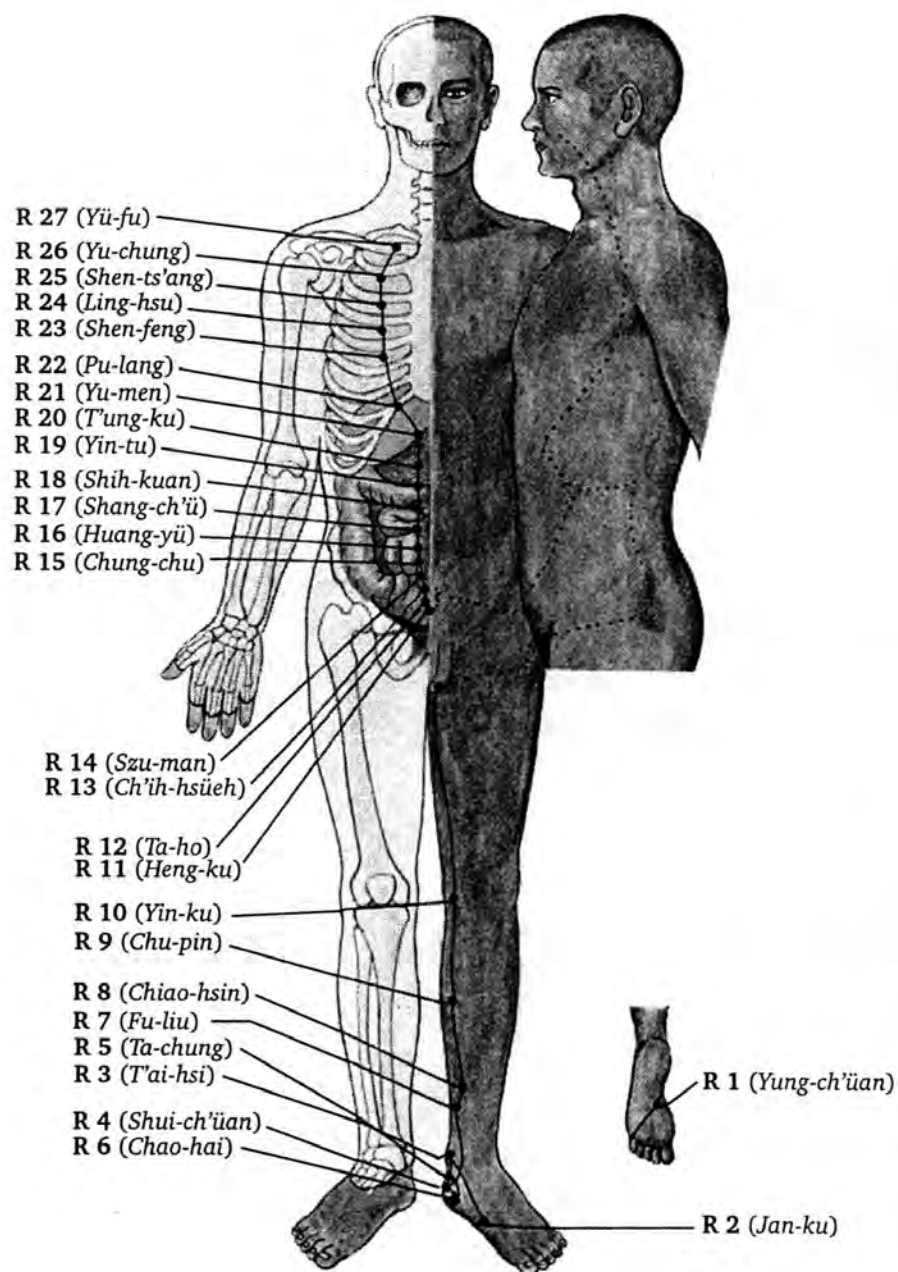
Meridianul Intestinului Subțire (Hsiao-ch'ang-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



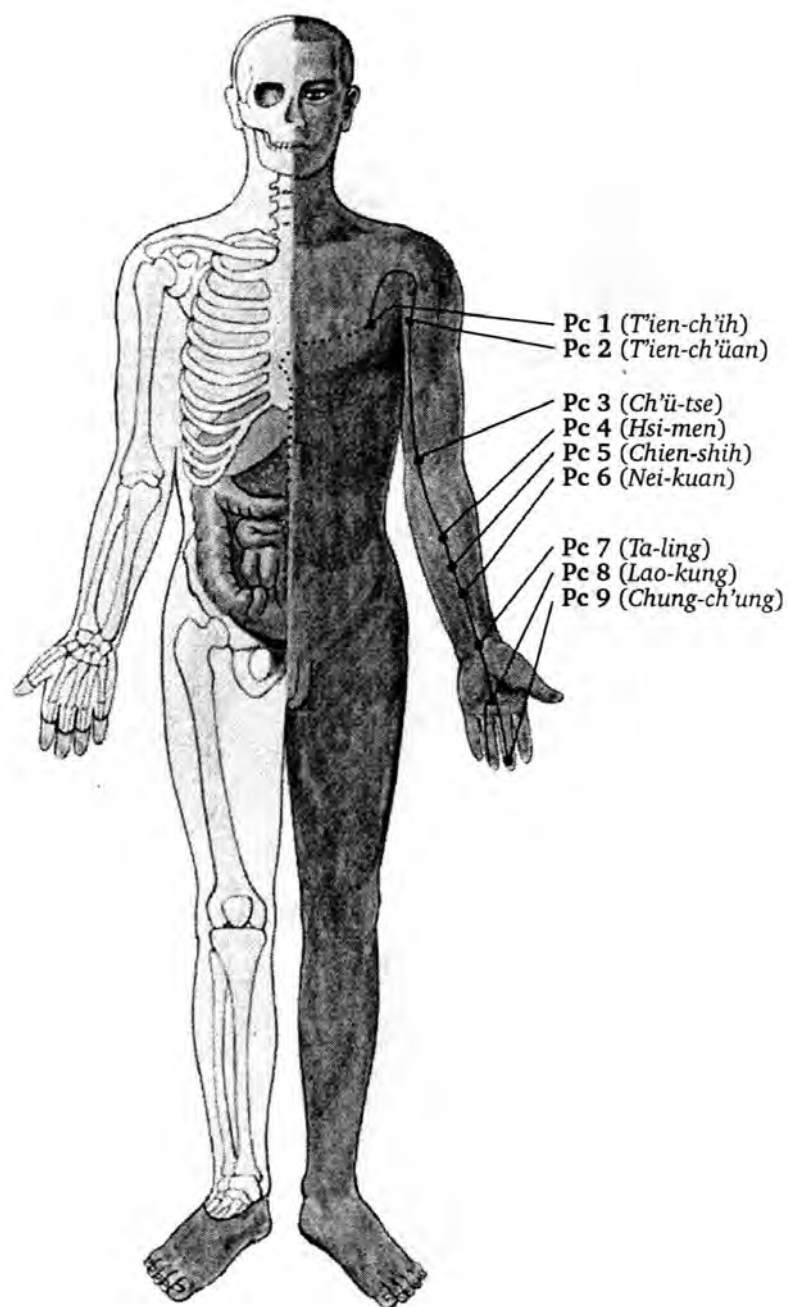
Meridianul Vezicii Urinare (P'an-kung-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



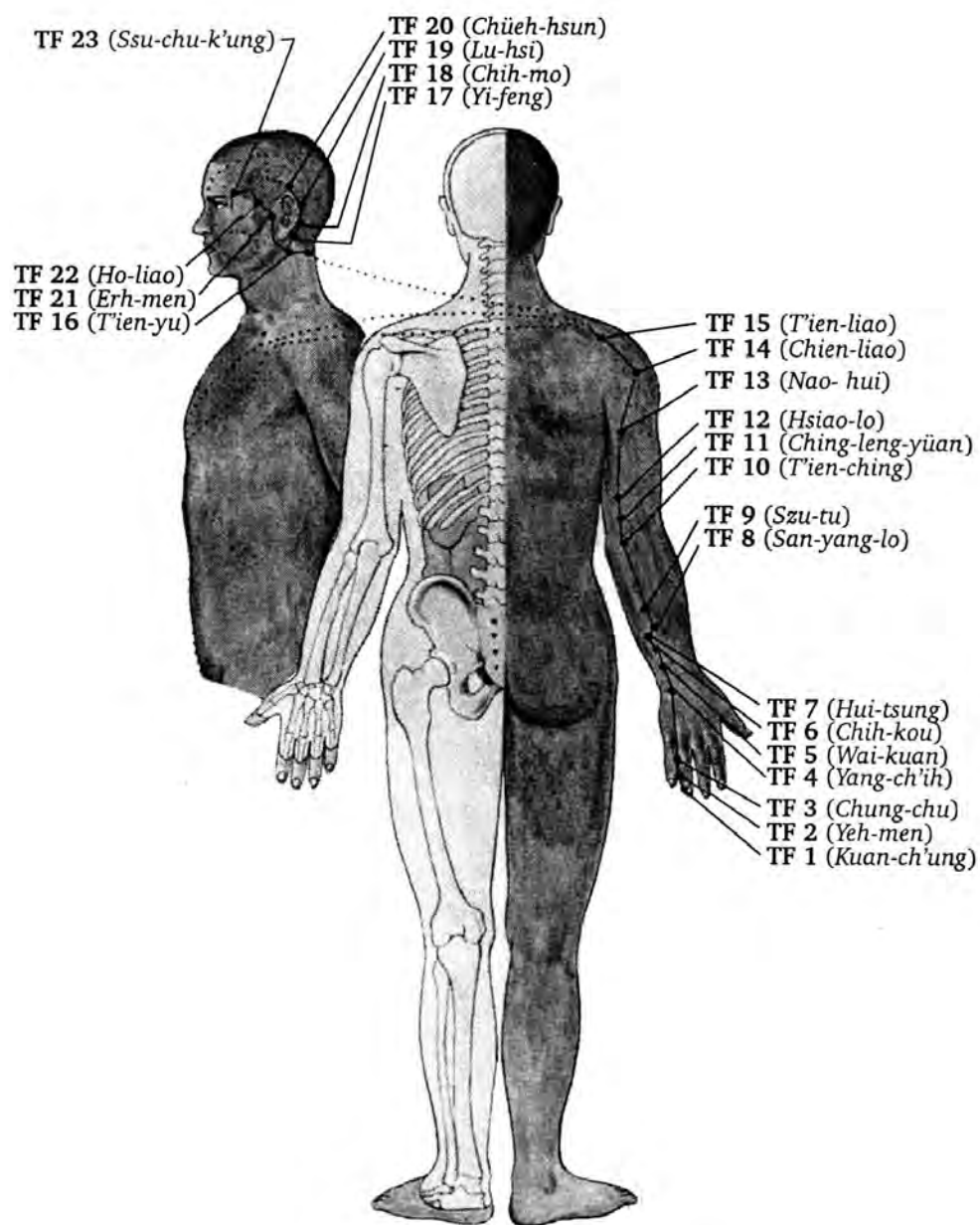
Meridianul Rinichilor (Shen-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



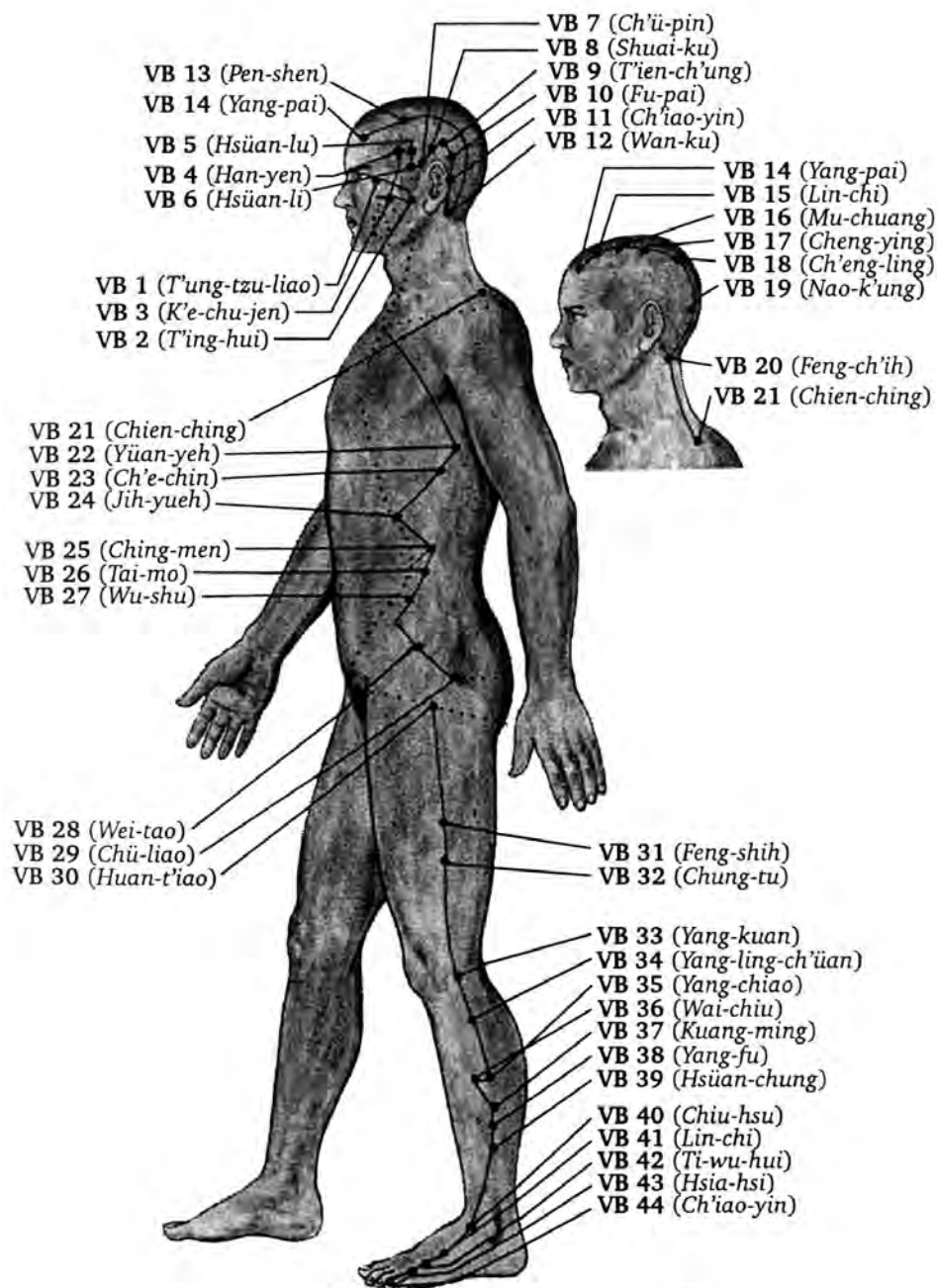
Meridianul Pericardului (Hsin-pao-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



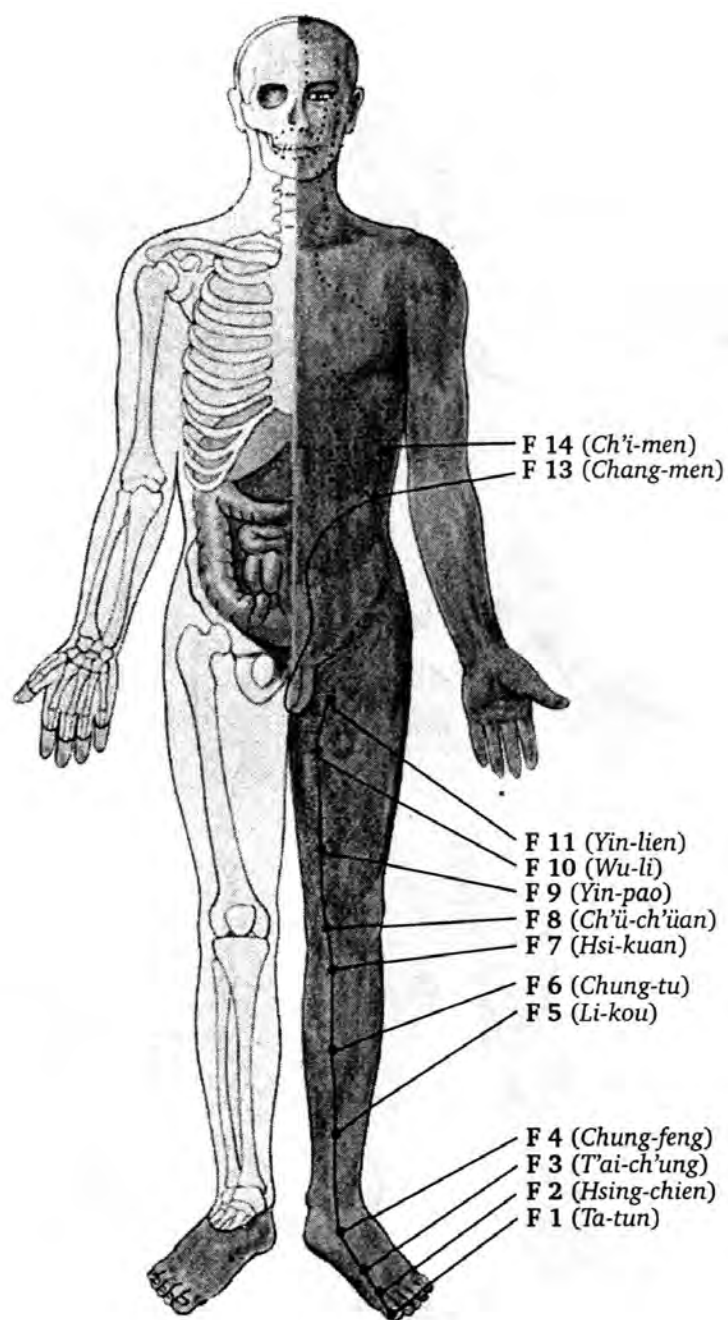
Meridianul Trei Focare (San-chiao-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



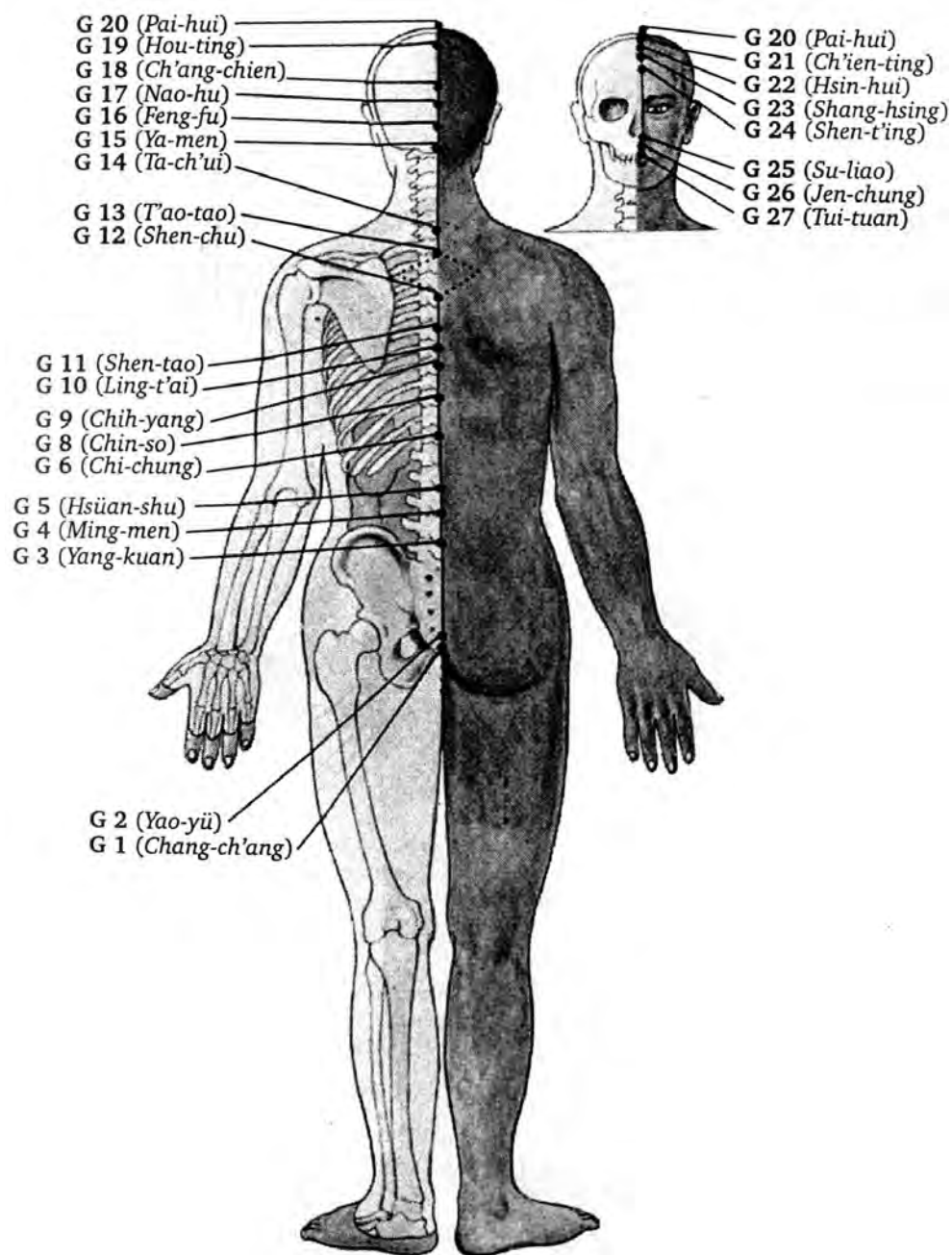
Meridianul Veziculei Biliare (Tan-ching)

Fig. 102 (continua). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



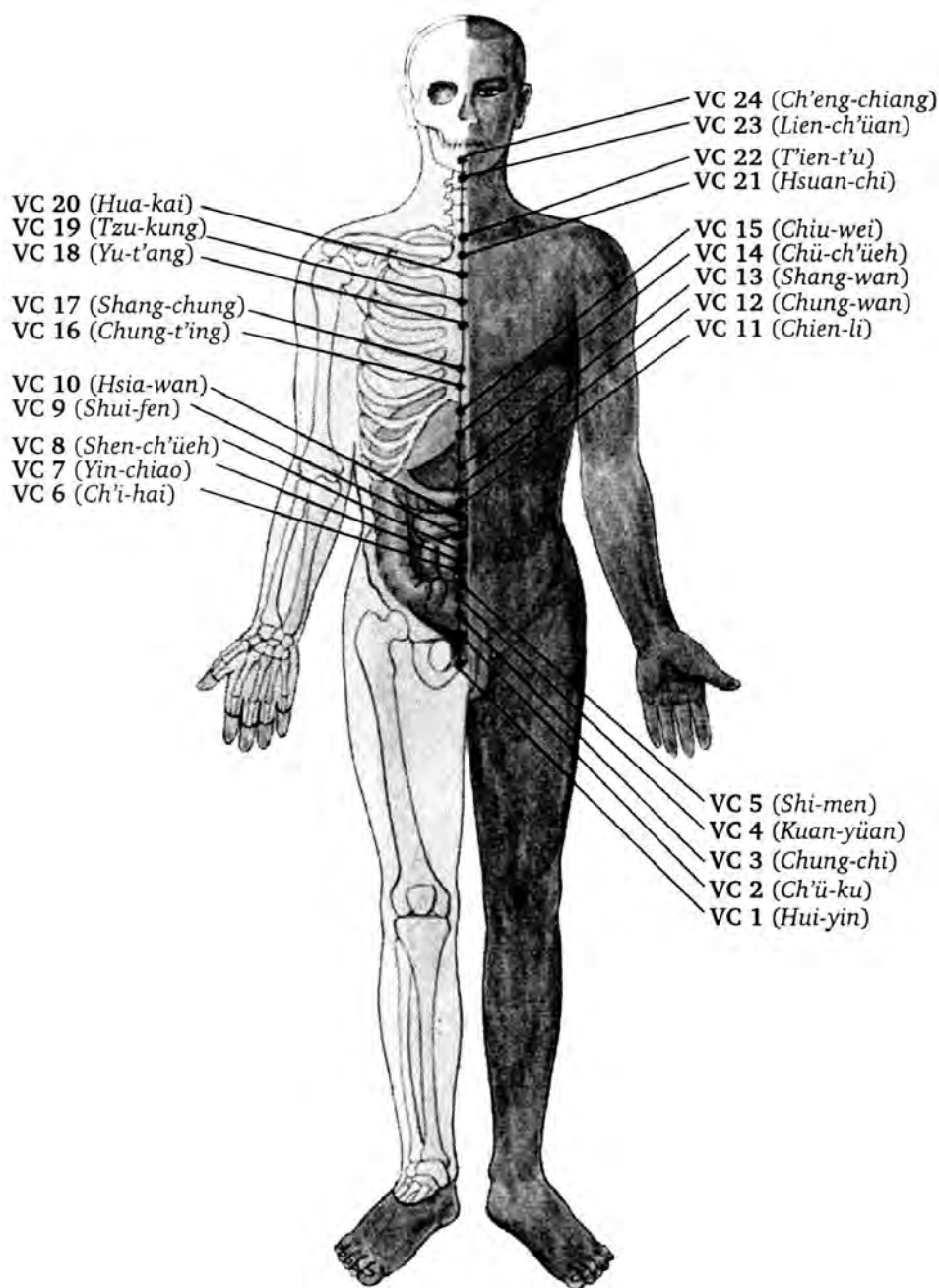
Meridianul Ficatului (Kan-ching)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



Meridianul Guvernator (To-mo)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)



Meridianul Vasul de Concepție (Ren-mo)

Fig. 102 (continuare). Punctele tsubo în sistemele energetice (11,22)

• Masajul Shiatsu

■ **Tehnicile** utilizate de Shiatsu nu sunt mult diferite de cele folosite de masajul occidental. Se utilizează de fapt două tehnici principale:

- ⇒ presiunea;
- ⇒ tracțiunile.

Varietatea lor constă în utilizarea diferitelor segmente (mâini, coate, genunchi și picioare). În Shiatsu presiunea trebuie să vină din "Hara" (centrul energiei din abdomenul inferior). Se utilizează greutatea propriului corp. Corpul trebuie să fie destins și stabil. Genunchii sunt depărtați pentru a da stabilitate corpului. Brațele sunt drepte pentru ca suportul să fie solid, iar presiunea nu vine din umeri, care sunt destinși, ci din mișcarea înainte a bazinului.

■ **Segmentele** cu care se execută presiunea în Shiatsu sunt următoarele:

- ⇒ policele, cu pulpa și nu cu extremitatea, restul mâinii rămânând în contact cu corpul primitorului, atât pentru a repartiza greutatea corpului cât și pentru a liniști pe acesta;
- ⇒ fața externă a indexului și fața internă a policelui (“mușcătura dragonului”);
- ⇒ palmele - se utilizează podul palmei, în timp ce restul mâinii, destinsă fiind, este tot timpul în contact cu corpul primitorului;
- ⇒ coatele în unghi “deschis”;
- ⇒ genunchii - maseurul trebuie să fie cu șezutul pe călcâie, degetele de la picioare fiind flexate, și să-și treacă greutatea de pe un genunchi pe altul fără a îngenunchea pe cel masat.

■ **Exercițiile de bază** în Shiatsu sunt următoarele:

- ⇒ Pentru început, cel masat este culcat ventral, cu brațele întinse pe lângă corp. Coborând în lungul corpului, se tratează mai întâi spatele, apoi bazinul și șoldurile, continuând cu gambele și talpa, urcând din nou, în final, până la umeri și cap. Cel masat va răsuci frecvent capul, pentru a nu-și contracta mușchii gâtului.
- ⇒ În continuare, pacientul fiind culcat dorsal, se tratează în mod sistematic partea anterioară a gâtului și umerilor, fața și capul, brațele, mâinile, “hara”, terminând cu gambele. Cei care au dureri dorsale este de preferat ca în poziția culcat dorsal să aibă genunchii îndoiți.



Fig. 103

■ **Contraindicațiile** sunt următoarele:

- ⇒ se evită apăsarea venelor dacă pacientul are varice;
- ⇒ nu se practică Shiatsu pe abdomen în timpul sarcinii;
- ⇒ la sfârșitul sarcinii se evită presiunile puternice pe membrele inferioare și nu se utilizează “Marele Eliminator” (IG4).

Tehnicile propriu-zise utilizate de Shiatsu se prezintă în continuare în detaliu.

a. Masajul spatelui

1. **Întinderea pe diagonală**

Cel masat este în decubit ventral, brațele întinse pe lângă corp. Se îngenunchează lângă pacient având genunchii îndepărtați și se plasează mâinile în diagonală, una pe omoplat, cealaltă pe șoldul opus, mâinile și degetele orientate în sens opus pentru ca priza să fie mai bună. Maseurul își deplasează înainte bazinul (centrul de greutate) pentru a întinde coloana vertebrală a pacientului. Se schimbă apoi mâinile lucrându-se apoi la fel pe cealaltă diagonală. Executantul își găsește propriul ritm făcând mișcările suficient de lent pentru ca pacientul să se relaxeze. Se va încerca sincronizarea apăsării cu expirația partenerului.

2. **Întinderea lombară**

Se încrucișează brațele, se deplasează o mână pe mijlocul bazinului și cealaltă pe coloana vertebrală deasupra. Se duce bazinul înainte și se întinde astfel regiunea lombară a coloanei.

3. **Presiuni descendente ale palmelor în jurul coloanei vertebrale**

Se plasează mâinile de fiecare parte a coloanei și se coboară începând din dreptul umerilor cu podul palmelor în lungul coloanei vertebrale, iar cu palmele și degetele deasupra coastelor orientate spre exterior. Executantul deplasează bazinul înainte transferând astfel greutatea proprie pe spatele partenerului păstrând brațele întinse, apoi se așează din nou pe călcâie și coboară mâinile câțiva centimetri. și coboară astfel până în dreptul șoldurilor, încet, fiecare presiune trebuind să dureze minimum 3 secunde. Apăsarea asupra coloanei se va sincroniza cu expirația pacientului, verificând totodată ca acesta să nu-și țină respirația.

4. Presiuni descendente ale policelor în lungul coloanei vertebrale

Se așează degetele deasupra coastelor și policele de fiecare parte a coloanei din dreptul mijlocului omoplaților. Se coboară încet, exercitând presiune prin avansarea bazinului prin retragerea bazinului.

b. Bazinul

- Meridianele bazinului

Meridianele interne și externe ale vezicii urinare acoperă sacrul. Meridianul vezicii biliare coboară pe marginile externe ale șoldurilor. Există un punct cheie al meridianului vezicii biliare pe marginea externă a fiecărei fese, acolo unde se poate simți trohaterul.

- Masajul bazinului

1. Presiuni asupra găurilor sacrate

Maseurul îngenunchează de o parte și de alta a coapselor pacientului. El va localiza găurile superioare cu policele. Prin avansarea bazinului se va apăsa asupra primei perechi de găuri, după care bazinul se retrage încetând apăsarea. Se va localiza a doua pereche de găuri sacrale, situate doi centimetri mai jos și se va exercita aceeași presiune asupra lor. Găurile inferioare fiind mai dificil de reperat, maseurul își va utiliza intuiția pentru a exercita presiune asupra lor.

2. Compresiune asupra șoldurilor

Executantul îngenunchează de o parte și alta a genunchilor pacientului. Cu podul palmelor, el localizează ușor superior și posterior punctului unde trohanterul este proeminent, degetele fiind orientate spre interior. Prin aplecarea trunchiului înainte se apasă cu podul palmelor în locurile indicate.

3. Presiunea descendentă cu cotul în lungul bazinului

Cu genunchii depărtați așezat de o parte a pacientului, maseurul își va plasa mâna cu care apasă pe marginea superioară a sacrului. Își va relaxa cealaltă mână și își va plasa cotul (care face un unghi deschis) pe meridian, aproape de linia mediană a feselor. Își va lăsa greutatea corpului pe cot.

c. Fața posterioară și externă a membrului inferior

- Meridianele feței posterioare și externe a membrului inferior

Meridianul vezicii coboară pe mijlocul feței posterioare a acestuia, înconjoară fața externă a gleznei și merge de-a lungul piciorului până la degetul mic. Meridianul rinichiului pleacă de pe planta piciorului, înconjoară marginea internă a călcâiului și urcă între mușchii feței interne a gambei și a coapsei. Aceste două meridiane fac parte din elementul Apa.

Meridianul vezicii biliare coboară în lungul coapsei, apoi prin mijlocul feței externe a gambei, trece peste gleznă, pentru a ajunge la cel de-al patrulea deget de la picior. El reprezintă aspectul yang al elementului Lemn.

- Masajul feței posterioare și externe a membrului inferior

Se lucrează ambele meridiane ale aceluiași picior, după care se trece la celălalt picior. Pacientul trebuie să aibă picioarele pe același plan cu membrele inferioare și ele să fie răsucite spre interior. Nu se apasă excesiv pe spațiul popliteu. În timpul efectuării presiunilor, ambele mâini rămân în contact cu corpul primitorului, o mână se așează pe tors pentru a fi legată la principala sursă de energie. Această mână, numită “mama”, servește drept suport și rămâne imobilă în timp ce cealaltă este activă.

1. Presiunea palmelor pe fața posterioară a membrului inferior

Se îngenunchează paralel cu membrul inferior al pacientului. Se apasă, coborând în lungul membrului inferior, cu palma. Se așează mâna “mama” pe fesă și se apasă foarte ușor pe spațiul popliteu și moderat pe partea moale a gambei.

2. Presiunea genunchiului pe fața posterioară a membrului inferior

Mâinile vor fi așezate drept sprijin pe fiecare extremitate a membrului inferior. Executantul se va așeza pe călcâie, degetele fiind în flexie iar genunchii se vor așeza deasupra liniei mediane a membrului inferior. Se va evita zona genunchilor. Se reia apăsarea cu genunchii, fără ca executantul să se așeze pe picioarele primitorului.

3. Presiunea asupra punctelor “tsubos” ale gleznei

Se ridică piciorul aceluiași membru inferior și se apasă de fiecare parte a piciorului în adâncitura dintre tendonul lui Achile și gleznă.

4. Mobilizarea șoldului în trei direcții

- ⇒ Se pune o mână pe sacru. Cu cealaltă mână se flexează genunchiul, apucând piciorul de degete, pentru a obține o flexie maximă. În punctul flexiei maxime se extinde și vârful piciorului.
- ⇒ Se readuce gamba în semiflexie pentru a relaxa genunchiul, apoi se duce piciorul către față opusă, flexându-l cât mai mult posibil, apăsând asupra vârfului piciorului pentru a mări întinderea.
- ⇒ Se readuce piciorul în poziție de semiflexie. Apoi se trage către executant, în rotație externă cât mai mult posibil, apăsând din nou asupra vârfului piciorului. Se readuce în semiflexie, fără a lăsa vârful degetelor și se face o rotație internă, genunchiul fiind îndreptat către exterior.

5. Presiunea palmei pe fața externă a membrului inferior

Maseurul va îngenunchea aproape de picioarele pacientului și își va plasa mâna “mamă” pe sacru, de partea piciorului pe care se lucrează. Cu palma celeilalte mâini va coborî pe mijlocul feței externe a membrului inferior, balansându-și centrul de greutate înainte și înapoi.

6. Presiunea pe “tsubo” a gleznei

Cu ajutorul policei se exercită o presiune în punctul situat inferior și ușor anterior maleolei externe. Se reiau exercițiile pe celălalt membru inferior.

7. Călcarea plantelor picioarelor cu călcâiele

Picioarele pacientului trebuie să fie în flexie plantară maximă, întinse pe sol. Maseurul stă în picioare, cu spatele la pacient, cu călcâiele pe tălpile lui, fără a urca prea sus. Maseurul își va ridica alternativ călcâiele de pe picioarele pacientului.

8. Presiunile de “tsubo” al plantei piciorului

Se apasă cu policele pe punctul rinichiului, în mijlocul liniei arcuite.

9. Masajul călcâiului

Se masează marginile externe și interne ale călcâiului printr-o mișcare circulară, policele de o parte, celelalte patru degete de cealaltă parte.

10. Ciupirea marginii externe a piciorului

Se face pentru a stimula meridianul vezicii.

11. Tracțiuni ale degetelor

Se face tracțiunea fiecărui deget în parte apucându-l din lateral. Degetele pocnesc câteodată când tensiunea scade.

12. Tapotamentul plantei piciorului

Se începe cu plescăitul cu fața palmară a degetelor. Apoi se execută bătătoritul cu partea ventrală. În final se mângâie talpa piciorului.

d. Fața posterioară a umerilor

- Meridianele feței posterioare a umerilor

- ⇒ Zona părții superioare a umerilor este străbătută de meridianul vezicii biliare.
- ⇒ Zona coloanei dorsale între omoplați: meridianul vezicii coboară de o parte și de alta a coloanei vertebrale, iar “tsubos” ale acestui meridian sunt situate între vertebre.
- ⇒ Zona omoplaților este traversată de meridianul intestinului subțire.

- Tratatamentul feței posterioare a omoplaților

Pacientul fiind în decubit ventral, maseurul va îngenunchea, plasându-și genunchii de o parte și de alta a capului acestuia. Presiunea exercitată va fi dată de greutatea părții superioare a trunchiului, fără a se ridica bazinul.

1. Presiunea policei pe partea superioară a umerilor

Maseurul își va plasa mâna “mamă” pe un omoplat și policele celeilalte mâini în lungul părții superioare a umărului (trapez). Cotul mâinii active se va sprijini pe coapsa proprie. Executantul se va apleca înainte și va apăsa ușor, începând de la umăr, spre articulația umărului de trei ori pe fiecare parte urmând cu policele drumuri paralele.

2. Presiunea cotului între omoplați

Se așează mâna “mamă” pe un umăr iar cotul mâinii active se plasează, într-un unghi deschis de partea cealaltă a coloanei vertebrale. Se coboară treptat, începând de la baza gâtului până în

dreptul bazei omoplaților. Se schimbă mâna “mamă” și se așează cotul celeilalte mâini de partea cealaltă a coloanei. Bazinul rămâne tot timpul înapoi pe călcâie.

3. Rotația omoplaților

Maseurul își așează mâinile pe omoplații pacientului, cu degetele depărtate înspre părțile laterale ale omoplaților, și le răsuțește puternic, deplasând omoplații.

4. Presiunea picioarelor asupra umerilor

Executantul se așează sprijinindu-se pe mâini înapoi. Își așează picioarele în partea superioară a umerilor, exercitând presiuni rapide și blânde.

e. Fața anterioară, laterală și poaterioară a umerilor și gâtul

- Meridianele fețelor anterioare, laterale și posterioare ale gâtului

Meridianul stomacului trece de o parte și de alta a traheii, al intestinului gros; trece prin partea mediană a mușchilor feței laterale a gâtului.

Meridianul intestinului subțire pleacă de la ureche și coboară anterior meridianului Trei Focare.

Meridianele feței anterioare a umărului: punctele importante de la începutul *meridianului plămânului* se găsesc în adâncitură sub partea proeminentă a claviculei, *meridianul pericardului* merge de-a lungul mușchiului pectoral, iar cel *al stomacului și al rinichiului* coboară pe fața anterioară a toracelui.

Meridianele feței posterioare a gâtului: *meridianul central* este “Vasul Guvernator”, care urcă în lungul coloanei vertebrale, *meridianul vezicii* coboară în partea mediană a mușchiului, pe fețele laterale ale gâtului, iar *meridianul vezicii biliare* coboară în lungul marginilor externe ale acelorasi mușchi.

- Masajul feței anterioare, laterale și poaterioare a umerilor și gâtul

1. Masajul asupra feței anterioare a umerilor

Pacientul se întoarce în decubit dorsal, iar maseurul își reia poziția șezând, cu genunchii depărtați, de o parte și cealaltă a capului pacientului.

Presiuni asupra umerilor: maseurul își plasează mâinile pe coaste și policele pe fața anterioară a toracelui, aplecându-se ușor înainte și apăsând foarte ușor policele alunecând spre exteriorul sternului; apoi își plasează policele în spațiul intercostal următor și așa mai departe.

2. Masajul feței posterioare și laterale a gâtului

Tratamentul gâtului se face în sens ascendent, pentru a obține o presiune destul de puternică fără a ridica capul.

► **Presiunile asupra feței posterioare a gâtului** se efectuează în maniera următoare:

- ⇒ Executantul, îngenunchiat de o parte și cealaltă a capului primitorului, își sprijină coatele pe coapse și își înclină trunchiul înainte, exercitând o presiune cu ajutorul degetului mijlociu, de o parte și alta a coloanei vertebrale, deplasându-l cu o jumătate de centimetru de fiecare dată, începând de la baza gâtului spre craniu.
- ⇒ Se vor deplasa degetele spre părțile laterale ale feței posterioare ale gâtului. Se exercită o presiune deplasând degetele la un interval de jumătate de centimetru, plecând de la baza gâtului. Se exercită o presiune mai puternică în adânciturile de la baza craniului.
- ⇒ Se revine la linia mediană a feței posterioare a gâtului, se încăleacă degetele și se apasă pe spațiile intervertebrale. Se încheie prin apăsarea adânciturilor de la baza craniului.
- ⇒ Se deplasează degetele și se apasă puternic spre exterior, în lungul bazei craniului, în direcția urechilor, respectând mereu progresia intervalelor de un centimetru.

► **Masajul circular al fețelor laterale ale gâtului** se face în modul următor: Se așează degetele apropiate pe fețele laterale ale gâtului pacientului urmând relieful gâtului. Se fac de mai multe ori mișcări circulare, deplasând tegumentul peste masa musculară.

► **Elongația coloanei cervicale** se execută în maniera următoare: Maseurul aflat la capul pacientului se așează având genunchii depărtați, călcâiele lipite de fese, brațele întinse printre genunchi. Mâinile apucă ceafa pacientului, policele se îndreaptă spre claviculă, podul palmelor pe maxilarul inferior și fața internă a antebrațelor, în lungul obrajilor. Maseurul își înclină trunchiul înapoi.

f. Capul și fața

- Punctele zonei

♦ Punctele feței (partea anterioară)

- *În regiunea ochilor sunt localizate următoarele puncte:*
 - ⇒ V1 (vezica 1) se situează la extremitatea internă a pleoapelor;
 - ⇒ V2 (vezica 2) la extremitatea internă a sprâncenelor;
 - ⇒ VB1 (vezica biliară 1) se găsește la extremitatea externă a ochiului.
- *În jurul gurii se află următoarele puncte:*
 - ⇒ IG 20 (intestinul gros 20) este exact sub marginea externă a nareii;
 - ⇒ S3 (stomac 3) la jumătatea "liniei surâsului";
 - ⇒ VC24 (Vase-Concepție 24) în centrul șanțului meto-labial;
 - ⇒ VG 26 (Vasul Guvernator) în centrul șanțului nazo-labial.

◆ **Punctele feței (partea laterală)**

- ⇒ Tai Yang se găsește la tâmplă;
- ⇒ IS 18 (intestinul subțire 18) în adâncitura de sub osul malar;
- ⇒ S6 (stomac 6) în punctul situat pe articulația temporo-mandibulară.

◆ **Punctele creștetului capului**

Toate aceste puncte se găsesc pe meridianul Vasului Guvernator. Se ating lucrând pe linia mediană a capului. Cel mai important este VG 20, care se află pe o linie imaginară ce unește vârful urechilor cu linia mediană a capului.

- **Tratamentul capului și al feței**

În această zonă Shiatsu se practică destul de ușor pentru a-l destinde pe pacient, dar destul de puternic pentru a debloca energia. Presiunea trebuie să fie fermă dar mângâietoare, iar degetele trebuie să se plieze când se apasă pe puncte situate în adâncituri sau în despicături.

1. Alunecarea mâinilor pe pielea capului

Se lasă să alunece de mai multe ori mâinile în părul pacientului, masând pielea capului cu degetele, apoi se revine la linia mediană.

2. Tragerea părului

Se iau câteva şuvițe și se trage ușor de ele.

3. Masajul urechilor

Se masează urechile între police și index, efectuând o mișcare ascendentă asupra pavilioanelor până la vârf. Se trece de două ori peste suprafața urechilor.

4. Presiunea asupra punctelor din creștetul capului

Se așează mâinile pe tâmpilele pacientului, policele se așează pe linia mediană. Se exercită o presiune, centimetru de centimetru, urcând spre creștet și posterior, atât cât este posibil.

5. Tratamentul zonei ochilor

- ⇒ Se exercită o presiune asupra punctelor extremității interne a pleoapelor, timp de 3-5 secunde.
- ⇒ Se ciupesc ușor sprâncenele pe toată lungimea lor.
- ⇒ Se exercită o presiune pe punctele din marginea externă a ochiului, la extremitatea fiecărei sprâncene.

6. Tratamentul zonei tâmpelor

- ⇒ Se urcă plecând de la sprâncene spre punctele tâmpelor. Nu se apasă prea tare și se efectuează mișcări rotative.
- ⇒ Se coboară în linie dreaptă până la punctele situate exact sub pomeți.
- ⇒ Se coboară în linie dreaptă până la unghiul maxilarului unde se află un mic nod muscular și se caută punctul central al fiecărui nod. În momentul în care a fost găsit, pacientul trebuie să aibă o senzație apropiată de cea a durerii de dinți.

7. Tratamentul zonelor nasului și gurii

- ⇒ Cu marginea externă a policelui se apasă pe șanțul de la marginea fiecărei narine.
- ⇒ Se apasă, începând de la marginile externe ale gurii, în lungul "liniei surâsului", dirijând presiunea sub osul zigomatic.
- ⇒ Cu mâinile sub bărbie se apasă pe punctele din centrul șanțului mento-labial și din centrul șanțului nazo-labial (VG 26).

g. Membrele superioare (braț, antebraț și mână)

- **Cele 6 meridiane ale brațului, antebrațului și mâinii**

Aceste meridiane aparțin elementelor *Foc* și *Metal*. Meridianele inimii, a intestinului subțire, a pericardului și Trei Focare aparțin focului, în timp ce cele ale plămânilor și ale intestinului gros aparțin elementului Metal.

Meridianul intestinului subțire coboară de-a lungul feței externe a antebrațului, până la auriculară. *Meridianul Trei Focare* coboară median până la inelar, iar *cel al intestinului Gros* pleacă de la cot și coboară până la index.

Meridianul intestinului subțire pleacă de la axilă. Trei Focare pleacă de pe fața posterioară a umărului și ajunge la epitrohlee. Meridianul intestinului gros merge în partea inferioară a umărului până la articulația cotului.

Meridianul plămânului pleacă de sub claviculă și coboară până la police, *cel al pericardului* coboară de la mușchiul pectoral și ajunge la medius. *Meridianul inimii* merge de la axilă până la auricular.

- Tratamentul membrelor superioare

1. Presiunea palmei de-a lungul feței interne a membrului superior:

⇒ maseurul îngenunchează la nivelul șoldurilor pacientului, întinzând brațul acestuia în abducție de 90 cu mâna în supinație;

⇒ mâna “mamă” se așează pe mușchiul pectoral și se exersează o presiune a palmei coborând de-a lungul feței interne a membrului superior de la umăr până la pumn.

2. Priza asupra brațului:

⇒ pacientul duce brațul lângă corp cu mâna în pronație;

⇒ având mâna “mamă” pe umăr cu cealaltă mână se apucă brațul la nivelul axilei și se exercită o presiune pe fața lui externă cu extremitatea degetelor, începând de la umăr până la cot.

3. Presiunea descendentă a palmei de-a lungul antebrațului: se exercită o presiune directă coborând în lungul antebrațului de la cot până la pumn.

4. Tracțiuni asupra degetelor:

⇒ executantul se așează pe călcâie și apucă mâna primitivului de articulația pumnului cu o mână.

⇒ cu cealaltă face tracțiuni și scuturări ale degetelor, ținându-le de părțile laterale, interne și externe.

5. Presiuni asupra lui Ho-Kou (Marele Eliminator, IG 4): se apasă pe punctul de la mijlocul spațiului dintre police și index.

6. Scuturări ale membrului superior: se ține ferm mâna pacientului cu amândouă mâinile și se execută înclinarea înapoi a trunchiului pentru a trage ușor brațul executându-se scuturări rapide, dar nu prea puternice.

h. Hara

□ Pentru japonezi, Hara sau abdomenul reprezintă mult mai mult decât partea de corp care îi desemnează. Spiritul vieții își are sediul în Hara, mai exact într-un punct situat la 5 cm dedesubtul ombilicului, care poartă numele de Tan-Den. În acesta Hara reprezintă energia individului. Shiatsu punctului Hara se numește Ampuku. Ca și piciorul în reflexologie, Hara poate fi divizată în zone reflexe, unde sunt reflectate toate funcțiile corporale.

□ Sediul tuturor energiilor, Hara este o zonă extrem de sensibilă. Presiunea exercitată trebuie să fie mai mult ușoară și gradată decât profundă. Se lucrează tot timpul în sensul acelor de ceasornic. Poziția maseurului pentru lucrul asupra harei este așezat lângă pacient, șold lângă șold.

1. Hara inferioară

Utilizând marginea externă a mâinii se trece pe lângă osul iliac pentru a se lucra pe intestinul gros.

⇒ Punând trei degete pe abdomen, se apasă la intervale de 2 cm, efectuând o mișcare în sensul acelor de ceasornic în exteriorul potcoavei vezicii urinare, pentru a trata zona vezicii urinare.

⇒ Se face același lucru în interiorul potcoavei, granița în semicerc a mușchilor centrului abdomenului, apăsând mai îndelung asupra punctului liniei mediane. În acest mod se vor trata și zona rinichilor și a ombilicului (Tan-Den).

3. Hara superioară

- ⇒ Se apasă ușor, dar profund, cu toată lungimea policelui, sub partea stângă a cutiei toracice, deplasarea făcându-se de sus în jos. Palma și degetele trebuie să rămână destinse și în contact permanent cu rebordul costal.
- ⇒ Se face același lucru pe partea dreaptă, terminând cu aceeași presiune asupra coastelor.
- ⇒ Se apasă cu vârful degetelor sub partea inferioară a cutiei toracice. Este zona plămânilor.
- ⇒ Se apasă ușor, cu ajutorul unui deget, asupra sternului, apoi se așează trei degete pe plexul solar și la jumătatea drumului între plex și ombilic. Se trece apoi la zona ombilicului.

4. Apăsarea în val a Harei:

- ⇒ se îngenunchează în dreptul Harei partenerului;
- ⇒ se așează o mână peste cealaltă și se leagă Hara efectuând o mișcare asemănătoare cu mișcarea ondulatorie a valurilor;
- ⇒ se împinge cu podul palmei și se trage către sine cu vârful degetelor, într-o mișcare continuă.

i. Fața anterioară și internă a membrului inferior

- Meridianele zonei

♦ Meridianele feței anterioare ale membrului inferior

- ⇒ *Meridianul stomacului și al splinei* se găsesc de fiecare parte a mușchilor voluminoși situați pe fața anterioară a coapsei. Meridianul stomacului coboară spre fața externă a coapsei, merge de-a lungul genunchiului și coboară pe fața interioară a tibiei. Punctul S36 este foarte important pe acest meridian.
- ⇒ *Meridianul Pământ al splinei* coboară de-a lungul marginii interne a mușchiului coapsei și se întâlnește cu *meridianul ficatului* pe marginea internă a tibiei.

♦ Meridianele feței interne a membrului inferior

- ⇒ *Meridianul ficatului* trece pe sub tendonul mușchiului feței interne a coapsei și coboară pe marginea internă a tibiei.
- ⇒ *Meridianul splinei* trece și el peste coapsă, dar traiectul lui se desparte de cel al ficatului, deasupra genunchiului; se reîntâlnesc apoi, urmându-se până la gleznă.
- ⇒ *Meridianul rinichilor* trece între mușchii feței interne a membrului inferior.

- Tratatamentul feței anterioare și interne a membrului inferior

1. Presiunea pumnului pe fața internă a coapsei:

- ⇒ se flectează membrul inferior, punând piciorul pe genunchiul opus;
- ⇒ se utilizează palma sau “mușcătura dragonului”, coborând de-a lungul feței interne a coapsei și exersând presiune asupra mușchiului central.

2. Presiunea descendentă a podului palmei de-a lungul marginii interne a tibiei:

- ⇒ se continuă coborârea de-a lungul membrului inferior;
- ⇒ se răsuște mâna în supinație, pentru a apăsa ușor în spațiul situat superior față de tibie;
- ⇒ se întinde apoi membrul inferior.

3. Presiunea palmei pe fața anterioară a coapsei:

- ⇒ se apasă de fiecare parte a mușchiului anterior și coapsei, cu fermitate;
- ⇒ în continuare se tratează meridianele stomacului și ale splinei, pe fața anterioară a gambei (punctul S36 este atât de important, încât numai de data aceasta mâna “mamă” poate părăsi Hara pentru a se așeza pe S36).

4. Mobilizarea rotulei:

- ⇒ se continuă cu același membru inferior;
- ⇒ se utilizează o mână pentru a-l susține la nivelul genunchiului și cealaltă pentru a susține ferm rotula și pentru a face să se miște de 2-3 ori în fiecare direcție.

5. Presiunea pe punctul S36:

- ⇒ cu policele se apasă profund, iar pacientul va simți o senzație puternică de durere, care va parcurge meridianul până la gleznă;
- ⇒ odată focalizat punctul S36, mâna “mamă” va coborî, menținând policele în acest punct.

6. Presiunea descendentă de-a lungul marginii externe a tibiei:

- ⇒ se păstrează policele mâinii “mamă” pe punctul S36;

⇒ se utilizează celălalt police pentru a exercita o presiune descendentă de-a lungul marginii externe a tibiei;

7. Se reîncepe procedeul de mai sus pentru celălalt membru inferior

8. Flexia plantară a piciorului (extensie):

⇒ se ia poziția de “start”;

⇒ se ridică piciorul posterior de pe sol, ținându-l ferm;

⇒ maseurul se va înclina înainte, pentru a întinde piciorul.

9. Flexia dorsală a piciorului (flexie):

⇒ din aceeași poziție executantul trage piciorul posterior către el;

⇒ executantul se înclină înapoi;

10. Se reiau aceste două mișcări.

■ **Efectele** masajului în funcție de zonă

a. Fața posterioară a corpului

1. Spatele

⇒ de fiecare parte a coloanei vertebrale: echilibrează toate funcțiile interne.

2. Bazinul

⇒ pe fețele laterale ale feselor (se presează cu podul palmei):

□ decontractează bazinul,

□ deblochează Ki-ul și-l dirijează spre membrele inferioare,

□ înlătură durerile de ciclu menstrual;

⇒ găurile sacrale: descongesează bazinul;

⇒ centrul liniei fesiere: destinde musculatura centurii pelviene și a regiunii lombo sacrale.

3. Membrele inferioare

⇒ fața posterioară a genunchiului (susținându-se genunchiul, se apasă puternic cele două police): înlătură sciatalgia.

4. Gleznele

⇒ pe marginile interne și externe ale călcâiului în același timp:

□ stimulează funcțiile elementului Apa,

□ înlătură durerile lombo-sacrate.

b. Fața anterioară a corpului

1. .Picioarele

⇒ la 4 cm deasupra punctului unde se întâlnesc degetul mare și cu degetul al doilea de la picior: armonizează energia ficatului;

⇒ centrul feței interne a călcâiului: stimulează funcția rinichilor.

2. Umerii

⇒ la 3 cm deasupra umărului, pe marginea claviculei: stimulează funcția rinichilor.

3. Membrele superioare

⇒ Ho-Kou (“Marele Eliminator”, IG4):

□ înlătură durerile reumatice,

□ înlătură durerile de cap,

□ înlătură durerile de dinți;

⇒ mijlocul palmei: relaxează psihic și emoțional;

⇒ fața externă a cotului la nivelul articulației:

□ tonifică Intestinul Gros,

□ înlătură durerile brațului și ale umărului.

4. Hara

⇒ la 7 cm de fiecare parte a ombilicului, exercitându-se presiuni în direcția acestuia: stimulează intestinalele și relaxează stomacul.

5. Tan-Den

⇒ se exercită o presiune în profunzime cu cele 4 degete lipite: stimulează tot corpul.

6. Coapsele și gambele

⇒ Stomac 36: controlează energia vitală generală și starea de sănătate;

⇒ se urcă cu 4 degete de la gleznă spre tibie: calmează și înlătură durerile de ciclu menstrual.

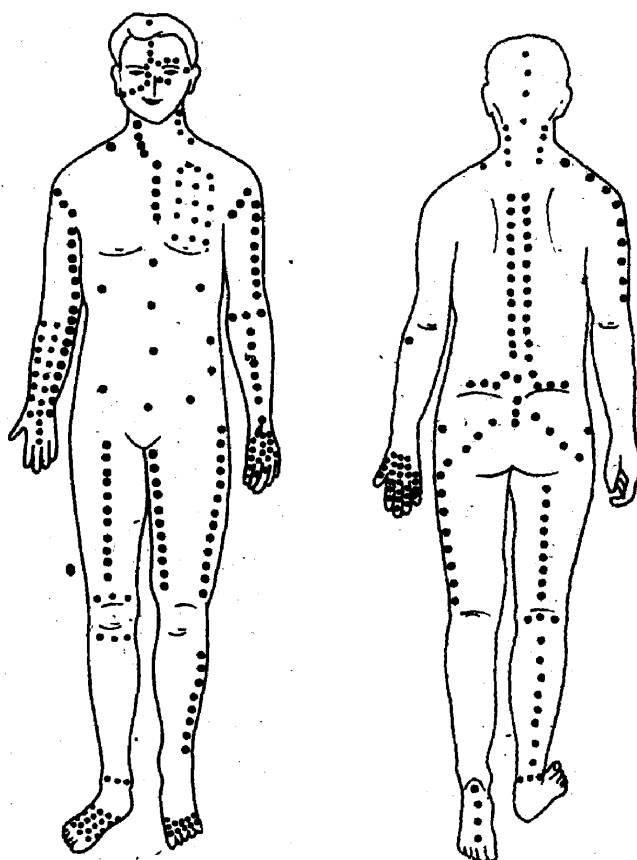


Fig. 104. Punctele de presiune pentru masaj pentru fața posterioară a corpului și pentru cea anterioară a corpului (11,12)

6.3.2. Masajul oriental energetic (8)

Reprezintă masajul punctelor de acupunctură, al meridianelor energetice și al unor puncte speciale, realizat în corelație cu diagnosticul energetic, care se bazează în special pe pulsologia chinezească.

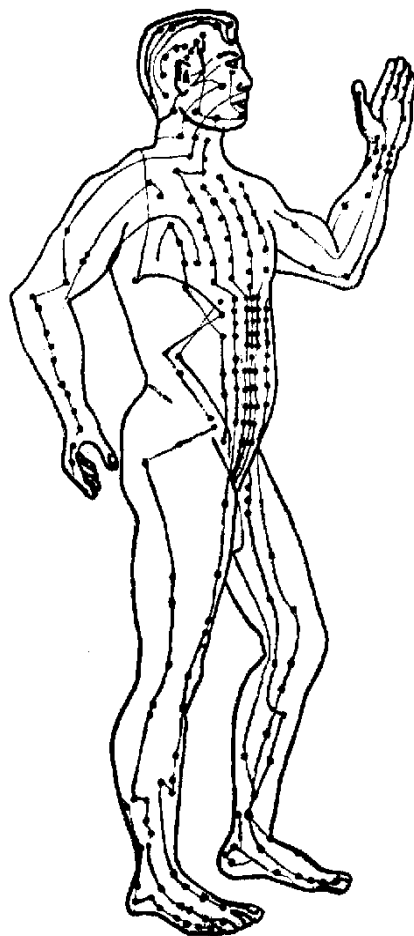


Fig. 105. Imaginea de ansamblu a meridianelor principale, cu punctele lor văzute din poziție anterolaterală (8)

7. MASAJUL ÎN PRINCIPALELE TIPURI DE AFECȚIUNI

Prezentăm, în continuare, masajul în principalele categorii de afecțiuni întâlnite în practica medicală. Metodologia se bazează de fapt pe un “schelet” al unei scheme generale de recuperare medicală ce se aplică în astfel de boli, cu insistență pe metodele și tehnicile de masaj. Ea reprezintă numai principiile de bază, putând fi oricând îmbunătățită sau modificată, iar tehnicile de masaj completate. În fapt reușita unei astfel de terapii ține de “arta” alcătuirii unei scheme adecvate și a aplicării sale.

7.1. AFECȚIUNI REUMATISMALE

7.1.1. Principiile generale ale tratamentului

Principiile generale sunt următoarele:

- se vor folosi toate tehnicile cunoscute, adaptate fiecărui caz în parte, ale masajului local, la distanță și ale celui reflex în faza acută;
- în stadiile subacute și cronice se uzitează direct pe zona afectată, pe zonele adiacente și pentru afectările secundare:
 - tehnici clasice complementare:
 - ⇒ cernutul și rulatul muscular;
 - ⇒ presiunile și tensiunile;
 - ⇒ tracțiunile, scuturăturile, elongațiile;

► tehnici speciale:

- ◆ pentru piele:
 - ⇒ kineplastia Morice;
 - ⇒ petrisajul Jaquet & Leroy;
 - ⇒ masajul trofic Glerant;
 - ⇒ metoda “palpare-rulare” Wetterwald;
- ◆ pentru mușchi, tendoane, ligamente:
 - ⇒ masajul manipulativ Terrier-Benz;
 - ⇒ masajul asociat cu contracția musculară;
 - ⇒ “metoda începutului bun” Bugnet;
- ◆ pentru fascii:
 - ⇒ masajul manipulativ Rabe;
 - ⇒ metode californiene de fasciterapie:
 - metoda Lehner;
 - metoda Rolf;
- ◆ pentru capsula articulară: masajul profund Cyriax;
- ◆ pentru segmente:
 - ⇒ masajul de apel al toracelui, pentru membrul superior;
 - ⇒ masajul de apel al abdomenului, pentru membrul inferior;
- ◆ pentru afecțiunile veno - limfatice:
 - ⇒ drenajul manual limfatic Leduc & Godard;
 - ⇒ metoda van der Mohlen;
 - ⇒ masajul tălpii venoase Lejars;
- ◆ pentru organele profunde: metoda Grossi
- ◆ pentru efecte combinate:
 - ⇒ metoda Knap
 - ⇒ metoda Vogler

Se prezintă în continuare **metodologia masajului în funcție de tipul afectării reumatismale și de obiectivele specifice.**

7.1.2. Reumatismul inflamator

Indiferent de etiologie, **procesul inflamator** este cantonat în membrana sinovială, capsula articulară, tecile și bursa tendonală și / sau în masa musculară. Acesta determină unul sau mai multe efecte: lichid sinovial în exces, îngroșarea membranei sinoviale, presiune intraarticulară crescută, “rigidizarea” tendoanelor, scăderea forței și / sau a masei musculare. Astfel apare “tensionarea” structurilor ce participă la contracție și la mișcarea aparatului neuro-musculo-artro-kinetic. Progresiv se instalează posturi vicioase și dereglarea axelor de mișcare. În timp structurile devin din ce în ce mai “rigide” cu permanentizarea defectelor axiale și scăderea progresivă a capacității de mișcare.

Obiectivele programului de masaj, asociat obligatoriu celui fizic și kinetoterapeutic, sunt:

a) În faza acută și subacută:

- ⇒ scăderea durerii și inflamației;
- ⇒ menținerea mobilității articulare;
- ⇒ menținerea forței și rezistenței musculare;
- ⇒ menținerea troficității și supleței structurilor capsulo-ligamentare și tendinoase.

b) În faza cronică activă: la cele anterioare se adaugă și combaterea inflamației și tendinței distructive.

c) În faza cronică inactivă: în plus se urmărește corectarea posturilor vicioase prin masaj insistent, profund urmat, în ordine, de multiple tehnici de mobilizare post masaj → posturări funcționale → kinetoterapie → posturări funcționale.

Se prezintă în continuare **metodologia specifică în următoarele afecțiuni:**

a) Poliartrita reumatoidă, pseudopoliartrita rizomelică, poliartrita juvenilă, reumatismul psoriazic

- În perioada inflamatorie:
 - ⇒ masaj decontracturant al marilor grupe musculare din jurul articulațiilor afectate;
 - ⇒ masaj cu gheață pe articulațiile afectate.
- În perioada subacută:
 - ⇒ media frecvență;
 - ⇒ Diapuls;
 - ⇒ masaj sedativ-relaxant local .
- În perioada de remisiune:
 - ⇒ masaj umed cu apă;
 - ⇒ masaj muscular tonifiant;
 - ⇒ tracțiuni, elongații;
 - ⇒ masaj Cyriax.

b) Spondilita anchilozantă

- În stadiul de debut:
 - ⇒ masaj manual uscat, umed, vibrator electric cu caracter sedativ;
 - ⇒ masaj toracic și al organelor toracice.
- În perioada de stare:
 - ⇒ masaj toraco-rahidian;
 - ⇒ dușuri;
 - ⇒ masaj și electroterapie antalgice;
 - ⇒ cura Kneipp.
- În perioada puseelor evolutive:
 - ⇒ masaj umed sedativ;
 - ⇒ masaj uscat și electric antalgic;
 - ⇒ masaj toraco-rahidian sedativ;
 - ⇒ masaj cu gheață.
- În stadiul final:
 - ⇒ masaj uscat, umed, vibrator electric cu caracter excitator;
 - ⇒ masaj toraco-rahidian tonifiant;
 - ⇒ tracțiuni, manipulări, elongații.

c) Hidartrita intermitentă a genunchiului (cea mai frecventă afecțiune reumatică inflamatorie izolată)

- ⇒ masaj cu gheață;
- ⇒ masaj vibrator electric în formule analgetico-excitomotorii;
- ⇒ masaj circulator al membrului inferior precedat de masaj de apel abdominal;
- ⇒ masaj tonifiant al cvadricepsului, ischio-gambierilor, gambierilor.

7.1.3. Reumatismul degenerativ

Metodologia specifică este următoarea:

- ⇒ masaj manual și umed decontracturant precedat de termoterapie
- ⇒ masaj mecanic vibrator;
- ⇒ masajul vascular al membrului și segmentelor de membru precedat de masajul de apel;
- ⇒ masaj antalgic în puseu;
- ⇒ tracțiuni, manipulări, elongații în perioada cronică;
- ⇒ fricțiuni pe punctele dureroase și pe inserțiile musculare periarticulare;
- ⇒ tehnica Cyriax.

7.1.4. Reumatismul infecțios

După rezolvarea procesului infecțios (prin tratament medicamentos+/- chirurgical) se procedează ca la reumatismul degenerativ.

7.1.5. Artropatii metabolice (*guta, condrocalcinoza*)

Se abordează conform metodologiei de la poliartrita reumatoidă

7.1.6. Artropatii neurogene (*algoneurodistrofie, tabes, siringomielii, diabet, lepra, acropatia ulcero-mutilantă Thevenard, paraosteoartropatia = osteomul neurogen*)

- În puseul acut:
 - ⇒ masaj superficial trofic și de drenaj venos și limfatic;
 - ⇒ masaj cu gheață;
 - ⇒ masaj mecanic vibrator și electric cu scop antalgic;
 - ⇒ masaj umed antalgic și decontracturant.
- În perioada cronică:
 - ⇒ masaj muscular tonifiant;
 - ⇒ masaj Cyriax;
 - ⇒ masaj umed stimulant;
 - ⇒ tracțiuni, elongații.

7.1.7. Reumatismul țesutului moale

A) Schema generală de terapie: schema în 6 puncte a Universității Cleveland-Ohio:

- excluderea unor boli sistemice;
- eliminarea factorului agravant sau declanșator;
- decelarea absenței sau existenței unei afectări articulare concomitente ce trebuie tratată specific;
- fizioterapie + acupunctură +/- antalgice + masaj:
 - ♦ în formele acute: masaj cu gheață / neteziri;
 - ♦ în formele cronice:
 - ⇒ masaj zonal și local, insistent și profund;
 - ⇒ pentru mușchi, tendoane, ligamente: masajul manipulativ Terrier-Benz, masajul asociat cu contracția musculară, “metoda începutului bun” Bugnet
 - ⇒ pentru fascii: masajul manipulativ Rabbe, metode californiene de fasciterapie (metoda Lehner, metoda Rolf)
- kinetoterapie: corectarea posturii bolnavului + tonifiere musculară + “întindere” musculară;
- trebuie explicat bolnavului o regulă cu caracter general: “se rezolvă de obicei în 7-10 zile și dacă nu, nu vă alarmați pentru că s-ar putea să dureze luni de zile”.

B) Scheme terapeutice particulare în afectările musculo-ligamentare

a) *Prin contractură musculară persistentă (cercul vicios Trevel):* schema Hans Krauss I:

- dacă se cunoaște, tratamentul cauzei care a dus la contractură;
- masaj cu gheață sau masaj uscat insistent, profund, lent, progresiv;
- kinetoterapie specifică de “întindere” musculară;
- fizioterapie +/- decontracturante musculare și antalgice (la nevoie).

b) *Prin deficit de forță musculo-ligamentară:* schema Hans Krauss II:

- relaxare generală și locală = metoda Jacobson;
- exerciții de mobilizare liberă a trunchiului pentru “încălzire musculară” + masaj manual stimulant;
- exerciții de tonifiere musculară (exerciții izometrice și obligatoriu exerciții dinamice cu rezistență) + masaj tonifiant;
- exerciții generale de mobilizare pentru “revenirea și răcirea” mușchiului;
- din nou exerciții de relaxare + masaj sedativ.

c) *Prin sindroame miofasciale sau fibromialgice:* schema Mount Sinai Medical School New York:

- dacă se cunoaște, tratarea cauzei care a dus la apariția sindromului (și, în special afectările articulare și posturile vicioase, terenul distonic neuro-vegetativ);

- masaj cu gheață succedat de căldură locală neutră în formele acute sau masaj uscat profund în formele cronice;
 - fizioterapie excito-motorie;
 - exerciții de întindere musculară și în special stretching;
 - medicație tranchilizantă și antalgică la nevoie;
 - acupunctură;
 - +/- Shiatsu, Touch for Health.
- d) *Prin distonie articulară interapofizară posterioară (sindrom intervertebral minor; sindrom interfațetar):*
- manipularea este de elecție +/- tracțiuni și/sau elongații;
 - evitarea eforturilor și mișcărilor dureroase;
 - AINS și antalgice la nevoie;
 - fizioterapie antalgică;
 - termoterapie locală urmată de masaj local, blând și kinetoterapie progresivă prin tatonarea mișcărilor.
- e) *Prin boala Dupuytren și / sau Ledderhose:*
- termoterapie locală;
 - masaj local insistent, profund, la limita de toleranță a durerii cu substanțe uleioase calde sau special preparate (vaselină + hialuronidază);
 - masaj mecanic vibrator:
 - ⇒ unde mecanice (ultrasunet) în câmp discontinuu sau continuu (de preferat), cu intensitate crescută, în aplicație subacvală sau ca ultrasonoforeză (de preferat) și având drept soluție de contact substanțele preparate mai sus menționate;
 - ⇒ prin aparate vibratorii portabile ce emit și radiații infraroșii și prin care se pot introduce zonal substanțe speciale;
 - kinetoterapie specifică, prin acțiune pe antagoniști, ceea ce “întinde” zona nodulară;
 - corectarea ortopedică și / sau chirurgicală a leziunii, urmată de reluarea protocolului terapeutic + mijloace ortopedice corective, preventive.
- f) *Prin bursite și/sau tendinite de diverse tipuri:*
- ◆ În formele acute:
 - masaj cu gheață;
 - duș – masaj blând;
 - duș subacval cu duză sită, direcție oblică menajantă, distanță mare, presiune mică a dușului, temperatura apei în zona de indiferență;
 - băi cu vârtej de apă sau cu bule de diverse gaze
 - masaj manual uscat: netezire +/- vibrație;
 - repaus postural + fizioterapie antalgică.
 - ◆ În formele cronice:
 - masaj local cu substanțe uleioase și profund, insistent: tehnici clasice principale și complementare urmate de tehnica Cyriax;
 - masaj mecanic vibrator și nevibrator;
 - duș – masaj cu apă caldă, intens;
 - duș subacval cu duza sită / sul, direcție perpendiculară stimulant- tonifiantă, distanță mică, presiune mare a dușului, apă caldă;
 - baie cu vârtej de apă la intensitate mare;
 - kinetoterapie de tonifiere musculo-ligamentară + fizioterapie excito-motorie;
 - Shiatsu, Touch for Health;
 - tensionări, scuturături, tracțiuni, elongații.
- g) *Prin neuropatii de încarcerare:*
- masaj sedativ, antalgic în formele algice;
 - masaj tonifiant stimulant local + masaj specific al sistemului nervos periferic în formele paretice.

7.1.8. Altă patologie osoasă

a) *Osteoporoza de vârstă și de imobilizare, "osteomalacia" ("rahitismul adultului")*

- masaj trofic și vascular al membrelor;
- hidrot terapie alternantă + dușuri;
- reducerea perioadei de imobilizare la pat;
4primele trei puncte sunt urmate de kinetoterapie (izometrie, mișcări active progresive) și înot.
- tratament medicamentos specific.

b) *Boala Paget (osteita deformantă hipertrofică)*

- electroterapie cu impulsuri antalgice;
- masaj uscat decontracturant și trofic;
- masaj umed cu apă.

c) *Osteonecroza aseptică* – lente manevre de masaj fără încărcare articulară.

d) *Osteitele* - lente manevre de masaj după rezolvarea procesului infecțios.

7.1.9. Sindroamele dureroase ale rahisului

A) *Cervicalgiile*

a) *Comune:*

- electroterapie: curenți diadinamici, unde scurte și radar terapie în impulsuri;
- masaj circulator și relaxant, superficial și profund (regiunea cervicală + trapez + zona dorsală):
⇒ clasic;
⇒ special: masaj reflex al țesutului conjunctiv, masaj profund al țesutului conjunctiv pe punctele de miogeloză, masaj Cyriax, masaj reflex oriental;
- manipulări și elongații ale coloanei cervicale;
- mobilizări postmasaj.

b) *Psihosomatice:* tehnici de relaxare urmate de masaj sedativ al muscu-laturii zonale și apoi de mobilizări progresive.

B) *Sindromul Barré-Lieou (sindrom simpatic cervical posterior)*

- masaj zonal decontracturant precedat de termoterapie;
- elongații și manipulări cu foarte mare prudență;
- masaj reflex.

4Toate sunt urmate de kinetoterapie specifică.

C) *Dorsalgiile*

a) *Datorate deficiențelor de statică vertebrală:*

- masaj decontracturant și conjunctiv profund pe punctele de miogeloză, precedat de termoterapie;
- electroterapie antalgică pe punctele dureroase;
- manipulări în special în sindroamele interapofizare;
- masaj reflex;
- masaj umed;
- kinetoterapie specifică de reechilibrare musculară.

b) *Benigne ale tinerelor femei:*

- masaj decontracturant dorso-lombar precedat de termoterapie;
- electroterapie locală antalgică;
- masaj sedativ urmat de tehnici de relaxare;
- eventual tracțiuni dorsale ușoare.

c) *Psihosomatice:* ca la cele cervicale.

d) *Prin perturbări ale mecanicii articulare:* manipulări și/sau elongații precedate de termoterapie, la care se asociază masaj decontracturant local.

D) *Lombalgiile*

a) *În faza acută:*

- masaj cu gheață pe urgențele rahidiene, pe punctele Valleix;

- masaj manual lombo-fesier, relaxant;
 - electroterapie analgetică: curenți cu impulsuri, magnetodiaflux, unde scurte;
 - manipulări și / sau tracțiuni lombare în lumbago nehiperalgic.
- b) *În faza subacută*: se execută elementele fazei acute + introducerea progresivă a elementelor fazei cronice.
- c) *În faza cronică + lombalgiile de origine dorso-lombară, lombalgiile psihosomatice*:
- electroterapie cu impulsuri cu caracter analgetic- excitomotor, unde scurte radarterapie
 - masaj decontracturant muscular lombar + antalgic local, masaj pentru combaterea dezechilibrului muscular paravertebral;
 - masaj reflex conjunctiv;
 - masaj Cyriax în tulburările ligamentare;
 - manipulări și / sau elongații;
 - masaj vascular al membrului inferior în cazul purtării unui lombostat.

E) Sciatica vertebrală comună, sciatalgiile:

- a) *În faza acută*:
- tracțiuni continue sau intermitente la pat;
 - masaj cu gheață;
 - electroterapie antalgică radiculară: în special media frecvență spectru;
 - masaj lombar decontracturant + masajul feselor și al membrului inferior.
- b) *În faza subacută*: ca la lombalgii.

F) Cruralgia vertebrală comună, meralgia paresthică (nevralgia femuro-cutanată):

- masaj decontracturant: lombar, fesier, cvadriiceps;
- masaj cu apă, duș subacval;
- elongații vertebrale;
- electroterapie antalgică.

7.2. AFECȚIUNI POSTTRAUMATICE

7.2.1. Traumatisme recente

În asemenea cazuri este contraindicat masajul local, cu următoarele excepții:

- cel la distanță și cel reflex, dar fără uzitarea unor puncte / zone reflexe locale;
- masajul cu gheață și cel umed special în traumatismele articulare și cele musculo-ligamentare fără soluții de continuitate.

7.2.2. Sechelele postraumatice

Principiu general: se vor folosi toate tehnicile cunoscute, adaptate fiecărui caz în parte și cu precădere cele complementare și speciale

Se prezintă în continuare *metodologia masajului în sechelele post-traumatice, în funcție de tipul leziunii și de obiectivele specifice.*

7.2.2.1. Sechele cutanate și subcutanate

A) În perioada imobilizării segmentului lezat:

- a) *Lupta împotriva edemului:*
- masajul tegumentului și țesutului în mod centripet: tehnica clasică, kinetoplastia Morice, petrisajul Jaquet și Leroy, metoda “palpare-rulare” Wetterwald;
 - Angiomat;
 - stimularea circulației sanguine prin metoda Knap
 - băi parțiale cu vârtaj de apă: 10-15 minute, de 2-3 ori / zi;
 - masajul cu calup de gheață 5-6 minute;
 - electroterapie excitomotorie.
- b) *Tratamentul tulburărilor trofice ale pielii:*
- hipertermia alternantă: băi, afuziuni, dușuri alternante;
 - masajul cu ulei cald, extracte de nămol, substanțe emoliente keratolitice, keratoplastice;
 - băi minerale sulfuroase, alcalino-teroase, cloruro-sodice cu vârtaj de apă;

B) Postoperator:

a) Favorizarea proceselor de reparare locală:

- Diaplus;
- masaj trofic Glerant;
- băi locale simple sau dezinfectante;
- whirl-pool.

b) Menținerea unei bune funcționalități și troficități a întregului segment:

- masajul întregului membru: masaj de apel urmat de masaj de la periferie spre rădăcina membrului;
- duș- masaj;
- duș subacval.

c) Recuperarea sechelelor instalate:

- masaj manual: fricțiuni, frământare, vibrații;
- duș subacval, filiform;
- masaj vibrator: 50 cicli / s, amplitudine medie;
- ultrasunet cu intensitate crescută: $1,5-2\text{ W} / \text{cm}^2$.

7.2.2.2. Sechele articulare

a) Combaterea durerii:

- netezire;
- masaj cu gheață prin tatonare.

b) Combaterea inflamației articulare și / sau periarticulare:

- masaj cu calup mare de gheață 5-7';
- ultrasunet simplu sau ultrasonoforeză cu substanțe antalgice sau sub apă.

c) Menținerea mobilității articulare:

- tracțiuni:
 - ⇒ continue pentru corectarea pozițiilor vicioase sau scăderea presiunii intraarticulare în scopul ameliorării durerii rebele la tratament;
 - ⇒ discontinue, în timpul nopții și a orelor de repaus din timpul zilei.
- tracțiuni cu membrul sănătos prin intermediul unui sistem de scripeți sau mecanoterapie;
- posturi de încărcare progresivă pe segmentele de mobilizat;
- masajul trofic al întregului segment.

7.2.2.3. Sechele musculare

A) Menținerea și/sau creșterea flexibilității (elasticității) musculare, ce este scăzută datorită:

a) Limitării mișcărilor articulare:

- ◆ Din cauza durerii tendino-musculare:
 - masaj cu gheață pe contractura dureroasă;
 - media frecvență simplă sau interferențială, în formulă analgezică;
 - masaj clasic;
 - whirl-pool;
 - ultrasunet cu intensitate de $0,5\text{ W} / \text{cm}^2$;
 - masajul manipulativ Terrier-Benz;
 - anihilarea punctelor dureroase musculare conform metodei Knap;
 - facilitarea contracției voluntare prin masajul asociat cu contracția musculară;
- ◆ Din cauza retracturii musculo-tendinoase:
 - masaj intens cu utilizarea cu utilizarea tuturor manevrelor;
 - ularasunet cu intensitate crescută $2-3\text{ W} / \text{cm}^2$;
 - elongații;
 - duș subacval;
 - media frecvență în formula excitatorie;
 - facilitarea indirectă a relaxării musculare prin masajul asociat cu contracția musculară;

b) Scăderii forței de contracție musculară:

- “metoda începutului bun” Bugnet;

- masaj asociat cu caldura locală + kinetoterapie;
- ultrasunet;
- Diapuls.

B) Creșterea forței de contracție musculară și rezistenței musculare:

- masaj clasic intens;
- whirl-pool;
- tracțiuni, elongații, scuturături.

7.2.2.4. Sechele osoase

Este inutil în:

- coxopatii prin necroza de cap femural;
- calus vicios ce blochează o articulație;
- nervi periferici comprimați de calus vicios sau de aderențe;
- pseudartroză.

Se recomandă în:

a) Consolidări întârziate:

- Diapuls;
- ultrasunet în formulă specială pe zona de fractură, în aplicații regionale pe ganglionii simpatici;
- masaj clasic cu prudență și foarte fin deasupra zonei, masaj pe segmentele de membre supra și subiacente segmentului lezat.

b) Osteoporoza

- electroterapie excitomotorie;
- masaj intens dar cu prudență;
- masaj umed de orice tip.

c) Hematom periostal

- Diapuls;
- electroterapie excitomotorie;
- masaj intens clasic;
- osteopresura cu prudență;
- masajul periostului conform metodei Vogler
- ultrasunet cu intensitate scăzută.

7.2.2.5. Sechelele nervilor periferici

A) Recuperarea sindromului motor

a) Evitarea apariției deformărilor și atitudinii vicioase:

- masaj asociat cu caldura + întinderea musculaturii antagoniste;
- ultrasunet în zona de trecere mușchi-tendon.

b) Evitarea atrofiei mușchilor paralizați:

- stimularea electrică a mușchiului denervat, în tehnica bipolară, conform curbei I – T sau unor scheme speciale;
- masaj cu gheață urmat de stretch - reflex;
- curenți de medie frecvență, simplă sau interferențială, în formula excitatoare;
- masaj clasic;
- whirl-pool.

c) Creșterea funcției fibrelor musculare restante sănătoase și recâștigarea imaginii kinestezice:

- stimularea electrică conform curbei I - T sau unor scheme speciale și vizualizarea respectivei mișcări;
- excitarea pielii de deasupra mușchiului (masaj cu gheață, ciupituri) urmată de masaj intens, tonifiant manual sau mecanic.

d) Recâștigarea coordonării mișcărilor:

Se execută masaj manual stimulant, masaj mecanic vibrator, asociat cu terapie ocupațională, în special pentru membrele superioare și exerciții Frenkel pentru membrele inferioare;

e) Recuperarea mobilității și forței segmentelor neafectate de paralizie:

Se execută toate manevrele din cadrul masajului uscat, umed și mecanic urmate de exerciții active pe toată amplitudinea de mișcare, simple și cu rezistență progresivă.

B) Recuperarea sindroamelor senzitive după parcurgerea metodologiei specifice

Se execută tehnicile pentru creșterea excitabilității locale (ciupituri tegumentare și a țesutului celular subcutanat, pensările porțiunilor musculare ale membrelor, stoarcerile, ridicările mușchilor, scuturăturile membrelor).

C) Recuperarea sindroamelor vasculo-nutritive

a) În formele ușoare:

- masaj cu ulei calduț;
- whirl-pool;
- hidroterapie alternantă.

b) În formele medii și severe:

- manevre specifice pentru afecțiunile veno-limfatice: van der Mohlen, Leduc și Godard, Lejars;
- masaj mecanic nevibrator: Angiomat, Sincardon.
- stimularea circulației sanguine prin metoda Knap

7.2.2.6. Algoneurodistrofia (AND)

a) *Stadiul 1 (perioada de deficit imediat sau în câteva săptămâni de la debut):*

- whirl-pool: 10-15' x 2-3 / zi;
- Diapulse;
- curenți de medie frecvență cu caracter analgezic: 90-100 Hz;
- ultrasunet cervical / inghinal (zone reflexe);
- masaj de apel pe zona proximală a membrului → netezire locală ± posturi antideclive;

b) *Stadiul 2 (perioada de stare: în primele 3 săptămâni):*

- Diapulse + curenți de medie frecvență + ultrasunet ca în stadiul 1;
- masaj umed: whirl-pool, afuziuni sau băi alternante, duș subacval, băi cu bule, mers prin bazin cu temperatura alternantă;
- masaj de apel al radacinii și segmentului proximal al membrului → masajul zonei cu durată mai mică de 15' + posturi antideclive la 30 grade → feși elastice.

c) *stadiul 3 (perioada finală, ireversibilă):*

- masaj cu ulei calduț și în special tehnica Cyriax + termoterapie, ambele precedând kinetoterapia;
- masajul manipulativ Rabe;
- metode californiene de fasciterapie:
⇒ metoda Lehner;
⇒ metoda Rolf.

7.2.2.7. Sechele postoperatorii

Indiferent de natura leziunilor care au provocat aceste sechele, după vindecarea leziunilor și de preferat înaintea instalării unor sechele definitive, se pot aplica toate tipurile de masaj. Excepție de la această regulă sunt sechelele postneoplazice unde masajul mecanic prin diferite forme de curenți electrici cu impulsuri este contraindicat.

7.2.2.8. Sechele generale = sindroame de imobilizare

(sindrom de dezadaptare)

a) combaterea tulburărilor psihice: masaj sedativ al capului;

b) combaterea tulburărilor metabolice: masajul general;

c) combaterea tulburărilor fizice: toate tehnicile de masaj aplicate segmentelor și / sau grupelor deficitare.

7.2.2.9. Postamputații și protezare

a) Începe de fapt înainte de protezare, când masajul, alături de celelalte metode recuperatorii, participă la pregătirea bontului pentru protezare;

b) După realizarea protezării se poate aplica folosind tehnicile cunoscute pentru:

- combaterea durerii și inflamației la nivelul bontului;

- creșterea troficității și funcționalității segmentului restant și a articulației supraiacente;
- menținerea capacității funcționale a segmentelor sănătoase;
- corectarea eventualelor tulburări axiale asociate;
- scăderea stresului psihic.

7.3. AFECȚIUNI NEUROLOGICE

7.3.1. Noțiuni generale

7.3.1.1. Clasificarea afecțiunilor neurologice

A) *Afecțiuni sistemului nervos central (SNC)* = marile sindroame neurologice

a) Afecțiuni generale:

- sindrom piramidal;
- sindrom extrapiramidal:
⇒ de tip hipokinetic (Parkinson, afazia, disartria): necesită masaj tonifiant;
⇒ de tip kiperkinetic (atetoza, distonia, coreea, hemibalism, ataxia, apraxia, sindroame cerebeloase, sindroame vestibulare): necesită masaj relaxant.

b) Afecțiuni particulare:

- hemiplegia;
- epilepsia;
- boala Parkinson.

B) *Afecțiuni ale sistemului nervos periferic (SNP)*

a) Leziunile măduvei spinării:

- paraplegia și parapareza;
- tetraplegia;
- spina bifida cu tulburări neurologice;
- scleroza multiplă;
- heredoataxiile (Friedrich, Pierre-Marie, Strimpell-Lorrain);
- maladia Charcot;
- syringomielia;
- tabesul.

b) Leziunile traectelor nervoase:

- poliomiелita anterioara acută;
- polinevrita;
- poliradiculonevrita;
- afectarea plexurilor nervoase;
- paralizii periferice tronculare.

C) *Alte patologii mai frecvente:*

- cefaleea de origine spondilogenă (nevralgia Arnold);
- torticolis spasmodic.

7.3.1.2. Modificările de tonus muscular în afecțiunile neurologice

A) Creșterea tonusului muscular:

a) Periferică (mușchi):

- contractura musculară:
 - ◆ antalgică (secundară);
 - ◆ algică (primară);
 - ◆ analgică (genetică):
⇒ miostatică,
⇒ congenitală - disontogenetică (artrogripoza),
⇒ miotatică.
- retractura musculară.

b) centrală (nervi-mușchi):

- spasticitatea (piramidală);
- rigiditatea (extrapiramidală).

B) Scăderea tonusului muscular:

a) mușchi:

- distrofia musculară;
- oboseala musculară.

b) nervi - mușchi:

- hipotonia musculară;
- atrofia de denervare.

c) Nervi: sindroame hipokinetice (paralizii) periferice și centrale.

7.3.1.3. Modificările activității motorii în afecțiunile neurologice

A) Sindroame hipokinetice: paralizii de diverse tipuri

B) Sindroame hiperkinetice (hiperkinezii: convulsii, tremuraturi, fasciculații musculare, mișcări coreice și atetozice, mioclonii, ticuri).

C) Sindroame diskinetice (crampe).

D) Tulburări în coordonarea mișcărilor voluntare:

a) Apraxia

- globală;
- localizată: a mimicii, buco-linguala;
- specifică unei funcții: mers, îmbrăcare.

b) Ataxia:

- kinetică;
- statică: necoordonarea posturii.

c) Discoordonarea (sindrom polimorf)

E) Tulburări de sensibilitate pură.

Se prezintă în continuare metodologia masajului în afecțiunile neurologice, în funcție de tipul leziunii și de obiectivele specifice.

7.3.2. Afecțiunile SNC

A) *Marile sindroame neurologice*

a) *Sindroamele piramidale*

- Combaterea spasticității:
 - ◆ tracțiuni lente în ax ale membrelor;
 - ◆ masaj cu gheață;
 - ◆ masaj manual uscat sedativ central și reflex sedativ segmentar;
 - ◆ băi cu bule;
 - ◆ electrostimularea:
 - ⇒ tehnica Huffschtmidt,
 - ⇒ a antagoniștilor cu acțiune reflexă asupra agoniștilor;
 - ◆ magnetodiaflux în regim sedativ;
 - ◆ biofeedback-ul Basmajan
 - ◆ tehnica vibratorie Hagbarth și Eklund asupra mușchilor antagoniști (vibrații profunde și cu intensitate mică).
- Reeducarea musculară: masaj trofic și de creștere circulatorie, lent și aplicat cu discernământ pentru a evita creșterea spasticității.

b) *Sindroame extrapiramidale*

- Boala Parkinson combaterea bradi și akineziei prin masaj tonifiant.
- Atetoză și distonia: masaj relaxant.
- Coreea și hemibalismul: masaj relaxant.

c) *Sindroame cerebeloase:*

- manipulări ale rahisului și membrelor,
- masaj relaxant.

d) *Sindroame vestibulare:*

- manipulări ale rahisului și membrelor,

- masaj relaxant.
- e) *Ataxia*:
- manipulări ale rahisului și membrelor,
 - masaj relaxant.
- f) *Apraxia*:
- manipulări ale rahisului și membrelor,
 - masaj relaxant.
- g) *Afazia și dizartria*: masaj stimulant.
- B) Leziuni ale măduvei spinării**
- a) *Paraplegia și parapareza*:
- Nursing și reeducarea la pat:
 - ⇒ prevenirea escarelor: masaj general;
 - ⇒ prevenirea stazei venoase și accidentelor tromboembolice: masaj de drenaj al membrelor inferioare;
 - ⇒ prevenirea complicațiilor pulmonare: masajul organelor respiratorii și vibrațiile toracelui;
 - ⇒ prevenirea complicațiilor intestinale: masajul peretelui abdominal și al organelor abdominale;
 - ⇒ prevenirea complicațiilor urinare: masaj reflex → masajul vezicii urinare.
 - Reeducarea neuro-motorie:
 - ⇒ combaterea spasticității (vezi anterior);
 - ⇒ adaptarea sistemului neuro-vegetativ: ultrasunet în aplicare segmentară paravertebrală și pe ganglionii locali, masaj segmentar;
 - ⇒ tonifierea musculaturii centurilor și, în special, a centurii scapulare: masaj stimulant, intens;
 - ⇒ reeducarea ortostatismului și mersului: masaj general, whirl-pool;
 - ⇒ combaterea constipației: masaj abdominal, metoda Grossi, metoda Knapp de combatere a constipației, masajul colonului prin metoda Vogler;
 - ⇒ combaterea tulburărilor circulatorii: masajul membrelor inferioare, duș subacval.
- b) *Tetraplegia*:
- ca la paraplegie cu extinderea acțiunii și la nivelul centurii scapulare și membrelor superioare;
 - masaj general, reflex, duș subacval, duș cu peria, whirl-pool , ce capătă o importanță deosebită.
- c) *Spina bifida cu tulburări neurologice*:
- masajul abdomenului pentru facilitarea drenajului abdominal;
 - masaj tonifiant al zonei lombare, centurii pelvine și membrelor inferioare;
 - combaterea tulburărilor urinare: masaj reflex → masajul vezicii urinare.
- d) *Scleroza în plăci (scleroza multiplă)*:
- Stadiile 1 și 2:
 - ⇒ masaj manual stimulant al musculaturii peretelui abdominal, de combatere a tulburărilor circulatorii și trofice;
 - ⇒ masaj cu gheață pe mușchii spastici;
 - ⇒ electrostimularea musculaturii flasce;
 - ⇒ masaj sedativ central pentru combaterea tulburărilor psihice.
 - Stadiile 3 și 4:
 - ⇒ evitarea tulburărilor osteoporozei: masaj vascular și general trofic;
 - ⇒ lupta contra tulburărilor trofice (escare): masaj trofic al zonelor de decubit;
 - ⇒ lupta contra tulburărilor respiratorii: masaj toracic și al organelor respiratorii.
- e) *Maladia Friedrich (heredo-degenerescența spino-cerebeloasă), Pierre-Marie (heredo-ataxia cerebeloasă), Strumpell-Lorrain (paraplegia spasmodică familială)*:
- combaterea ataxiei;

- combaterea sindromului piramidal;
- combaterea paraplegiei;
- combaterea dezaxarilor.

f) *Maladia Charcot (scleroza laterală amiotrofică):*

- menținerea la maxim a capacității funcționale a pacientului: manipulări ale rahisului și membrilor, masajul diverselor organe, masajul tonifiant general și pe segmente, masaj cu tehnici speciale;
- combaterea tulburărilor psihice: masaj sedativ central.

g) *Syringomyelia (cavitate intramedulară cervical → lombar):*

- combaterea sindromului piramidal și a paraplegiei;
- combaterea artropatiei nervoase;
- combaterea tulburărilor respiratorii;
- combaterea tulburărilor psihice;
- menținerea la maxim a posibilităților funcționale ale pacientului.

h) *Tabesul (scleroza cordoanelor medulare posterioare):*

- combaterea tulburărilor respiratorii;
- masaj tonifiant;
- duș subacval, whirl-pool, băi cu peria.

C) **Leziuni cerebrale**

a) *Hemiplegia:*

- Stadiul inițial (flasc):
⇒ masaj tonifiant;
⇒ masaj trofic muscular și vascular;
- Stadiul mediu (de spasticitate) și cronic:
⇒ combaterea spasticității: vibrații ale musculaturii, masaj cu gheață, masajul SNC;
⇒ combaterea dezaxărilor: masaj Cyriax, masajul SNP, manipulări și elongații, tracțiuni ale coloanei vertebrale și membrilor;
⇒ combaterea complicațiilor: durerilor prin manipulările membrilor și masaj antalgic, dezaxărilor prin mișcări postmasaj, edemelor prin drenaj manual limfatic, depresiei prin masaj sedativ.

b) *Epilepsia intercrize (nu în criză!):*

- masaj relaxant central și periferic → masaj stimulant periferic;
- masajul peretelui toracic și al organelor respiratorii;
- masaj umed clasic și special.

c) *Maladia Parkinson:*

- masajul tonifiant periferic și de combatere a tulburărilor circulatorii periferice;
- masajul abdomenului pentru combaterea constipației;
- masaj umed special și clasic, alternant;
- masajul cavității toracice și al organelor respiratorii.

d) *Tetanosul:*

- Faza acută:
⇒ corectarea atitudinii vicioase: masaj trofic muscular, masaj Cyriax, mobilizări postmasaj, masaj cu gheață.
⇒ prevenirea escarelor: masaj vascular, masaj special al pielii, mobilizări postmasaj;
⇒ evitarea tromboflebitelor: masajul tălpii venoase Lejars, mobilizări postmasaj;
⇒ tratarea tulburărilor respiratorii: masajul toracelui și al organelor respiratorii.
- Convalescența:
⇒ continuarea combaterii tulburărilor respiratorii;
⇒ masaj Cyriax;
⇒ masaj cu gheață pe articulații;
⇒ masaj umed alternant;

⇒ masaj tonifiant muscular.

7.3.3. Afecțiunile SNP

A) *Poliomielita anterioară acută*

a) *Perioada premonitoare*: repaus absolut;

b) *Perioada de apariție a paraliziiilor flasce*:

- masaj tonifiant al musculaturii și Cyriax → mobilizări intense postmasaj;
- masaj umed stimulant;
- masaj mecanic vibrator.

c) *Perioada de regresie a leziunilor*:

- manipulări, tracțiuni, elongații, scuturături;
- masaj sedativ de combatere a contracturii și retracțiilor, tonifiant al musculaturii peretelui abdominal și toracic;
- masaj Cyriax;
- electroterapie excito-motorie;
- masaj umed stimulant;
- masaj stimulant al creșterii: osteopresura pe epifizele “fertile”.

d) *Perioada de recuperare musculară*:

- masaj tonifiant muscular;
- masaj umed;
- drenaj manual limfatic;
- drenajul tălpii venoase;
- masaj mecanic vibrator;
- masajul cutiei toracice și al organelor respiratorii, masajul abdomenului și al organelor abdominale.

B) *Polinevrita*

a) *Perioada de debut și stabilizare*:

- masaj trofic și vascular pe zona de leziune;
- electroterapie antalgică;
- masaj respirator;
- reeducarea musculaturii prin electrostimulare excito-motorie și masaj trofic muscular;
- masaj umed alternant;
- combaterea tulburărilor senzitive prin masajul plantelor și palmelor și masaj umed alternant și stimulant.

b) *Perioada de sechele*:

- reeducare musculară;
- combaterea tulburărilor senzitive.

C) *Poliradiculonevrita*

c) *Stadiul de paralizie*:

- controlul poziției;
- prevenirea și tratarea escarelor;
- tratarea tulburărilor respiratorii.

* toate se realizează prin: tensiuni și mobilizări, masaj trofic al mușchilor și articulațiilor, decontracturant și antalgic, circulator, termoterapie antalgică.

d) *Stadiul de regresie al leziunilor*:

- mobilizări articulare;
- mecanoterapie;
- hidroterapie;
- poziționare corectă;
- tonifierea diafragmului și a intercostalilor;
- reeducare proprioceptivă și a prehensiunilor;
- combaterea tulburărilor senzitive

D) *Afectarea plexurilor nervoase - principii*

a) *Leziunile plexului brahial:*

- combaterea instalării deviațiilor: mobilizări analitice, posturări și poziționări;
- menținerea tonusului musculaturii neparalizate;
- stimularea musculaturii paralizate prin masaj stimulant, electro-terapie excito-motorie, hidroterapie alternantă.
- lupta contra durerii prin: masajul zonal al emergenței plexurilor nervoase + masajul întregului membru afectat, hidrotermoterapia / crioterapia, electroterapie excito-motorie și antalgică.

b) *Leziunile plexului lombosacrat:* la fel ca la a).

c) *Nevralgia amiotrofică a scapulei sau a centurii scapulare:* la fel ca la a).

E) Paralizii periferice tronculare

a) *Tratament general:*

- menținerea poziției normale a articulației;
- evitarea instalării deviațiilor;
- lupta contra contracturii și retracturii musculare prin masaj uscat și umed, termoterapie / crioterapie;
- lupta contra edemului: tehnica Leduc și Godard, mobilizări pasive și active;
- stimularea musculaturii deficitare: mobilizări pasive și active, electro-terapie excito-motorie, masaj trofic și stimulant al contractilității musculare.

b) *Tratamentul particular în:*

1. paralizia facială: masaj facial trofic și stimulant intra și extra bucal, termoterapie, electroterapie excito-motorie;
2. paralizia nervului crural: masaj trofic și tonifiant, termo- și electro-terapie excito-motorie pe fesierii mari și cvadriceps, masaj tonifiant al abdomenului și lombelor;
3. paralizia nervului sciatic popliteu extern: mobilizări pasive, masaj și hidroterapie circulatorie și trofică, electroterapie excito-motorie, toate pe mușchii gambei și labei piciorului;
4. paralizia nervului circumflex: masaj trofic și stimulant, electroterapie excito-motorie, hidroterapie, mobilizări pasive, toate pe mușchii deltoid și micul romboid;
5. paralizia nervului musculo-cutanat toate de la 4. pe marele trapez;
6. paralizia nervului radial: toate de la 4. pe biceps, brahial anterior, coraco-brahial;
7. paralizia nervului cubital toate de la 4. pe interosoși și hipotenari;
8. paralizia nervului median toate de la 4. pe pronatori și tenari.

7.3.4. Alte patologii

A) Genunchiul paralytic

a) *Flasc:* masaj tonifiant pe mușchii anteriori și / sau posteriori;

b) *Spastic:* masaj sedativ pe ischiogambieri;

B) Piciorul paralytic

a) *Nespastic:*

- masaj stimulant;
- terapi excitomotorie;
- hidrotermoterapie
- tracțiuni.

b) *Spastic:*

- masaj sedativ;
- tensiuni;
- hidrotermoterapie.

C) Umăr paralytic

a) *Paralizia totală:* drenaj limfatic și masaj tonifiant;

b) *În perioada de recuperare a paraliziei:* masaj tonifiant.

D) Cotul paralytic

- masaj tonifiant;
- electroterapie excito-motorie.

E) Mâna paralică. Paralizia de trunchi nervos periferic

Tratamentul este similar cu cel de la sechelele nervilor periferici

F) Cefaleea de origine spondilogenă (nevralgia occipito-orbitală și fronto-orbitală, nevralgia Arnold, nevralgia auriculo-temporală)

- masaj decontracturant al întregii regiuni cervico-dorsale;
- masaj al țesutului conjunctiv pe punctele de miogeloză;
- electroterapie în impulsuri antalgice în joasa frecvență, unde scurte și ultrasunet cu impulsuri ;
- manipulări și elongații cervicale

G) Torticolis spasmodic

- masaj relaxant → mobilizări pasive;
- tracțiuni cervicale;
- electroterapie antalgică: TENS, unde scurte și ultrasunet în impulsuri, magnetodiaflux în impulsuri.

7.4. AFECȚIUNI CARDIO-VASCULARE

7.4.1. Infarctul miocardic acut (IM). Status posttransplant cardiac

a) *Faza 1* (intraspitalicească cu 7 trepte terapeutice a câte 2-3 zile):

- masaj sedativ și trofico-tonic general;
- masaj de combatere a tulburărilor circulatorii și respiratorii;

b) *Faza 2* (de recuperare propriu-zisă, de convalescență = săptămânile 3-12);

c) *Faza 3* (de promovare sau creștere continuă a capacității de efort = săptămâna 12- toată viața).

* în fazele 2 și 3 se execută toate metodele cunoscute, progresiv în aso-ciere cu antrenamentul fizic progresiv la efort +/- terapia medicamentoasă.

7.4.2. Angina pectorală stabilă de efort. Status postrevascu-larizarea miocardică.

Post by-pass aorto-coronarian.

Status post angioplastie coronariană

a) *Faza 1* (pre- și postoperator ziua 1-14):

- masaj sedativ și trofico-tonic general;
- masaj de combatere a tulburărilor circulatorii și respiratorii;

b) *Faza 2* (3-4 săptămâni);

c) *Faza 3* (toată viața);

* în fazele 2 și 3 se execută toate metodele cunoscute, progresiv în aso-ciere cu antrenamentul fizic progresiv la efort +/- terapia medicamentoasă.

7.4.3. Valvulopatii simple. Aritmii nepericuloase. Cardiopatie ischemică

silențioasă. Insuficiența cardiacă formă ușoară și medie. Cord pulmonar cronic

Se execută toate metodele cunoscute, progresiv în asociere cu antrenamentul fizic progresiv la efort +/- terapia medicamentoasă.

7.4.4. Hipertensiunea arterială (HTA)

Se recomandă:

- magnetodiaflux: impulsuri de 100 Hz, regim continuu, bobina cervicală și lombară;
- băi generale calde 37°C ± plante;
- băi ascendente Hauffe;
- băi cu bule de CO₂, băi carbogazoase;
- masaj sedativ frontal, cervical;
- curenți trapezoidali sau exponențiali, transorbito-cervicali, în formulă simpaticolitică;
- băi cu peria, dușuri alternante, afuziuni alternante.

7.4.5. Hipotensiunea arterială (hTA)

Se execută masaj stimulant al membrilor inferioare → abdomen → torace → masaj stimulant frontal, cervical, mâini.

7.4.6. Arteriopatii periferice

Se recomandă:

- băi calde 25-28°C de picioare;
- Syncardon, Angiomat, paturi oscilante;
- băi generale la 30°C, baia de CO₂;
- masaj clasic: efloraj + glisări cu presiune (abdomen – membre inferioare) → tehnica Leduc și Godard;
- curenți trapezoidali sau exponențiali, transorbato-cervicali în formula simpaticolitică.
- curenți diadinamici (electrodul – lombar și electrodul + pe talpa bolnavă);
- media frecvență interferențială sau pură, în aplicații longitudinale de-a lungul membrului inferior (un electrod în triunghiul lui Scarpa și celălalt în talpă);
- magnetodiaflux în regim continuu 50-100 Hz, bobină cervicală + bobină lombară + bobină localizatoare pe picioare.

7.4.7. Afecțiuni venoase

A) Insuficiența venoasă cronică: masajul membrului inferior în sens centripet, cu evitarea traiectelor venoase proeminente.

B) Tromboflebita:

a) *În stadiul acut:* imobilizare + crioterapi și/sau comprese reci;

b) *În stadiul de convalescență:*

- masaj ușor cu scop hiperemiant la nivelul circulației superficiale;
- electrostimulări cu electrodul + în spațiul popliteu și cel – pe fața dorsală a piciorului;
- Angiomat;
- din săptămâna 3: masaj progresiv înspre profunzime;
- curenți diadinamici și interferențiali pe marile vase, cu scop de electro-gimnastică
- băi alternante, afuziuni alternante, duș subacval;
- băi cu ape termale simple, carbogazoase, sărate la membrele inferioare;
- masaj superficial al regiunii abdominale + efloraj de la distal spre proximal; spre sfârșitul perioadei acute (săptămâna 2-3) se utilizează drenajul manual Leduc și Godard + tehnica Lejars;
- masaj vibrator mecanic.

7.4.8. Limfedemul cronic al membrului inferior

Se recomandă:

- Angiomat;
- electroterapie excitomotorie;
- balneoterapie externă cu ape minerale;
- tehnica Leduc și Godard → tehnica van der Mohlen.

7.5. AFECȚIUNI RESPIRATORII

7.5.1. Disfuncția ventilatorie obstructivă (DVO)

Se referă la creșterea rezistenței în căile aeriene la trecerea coloanei de aer.

A. Obstrucția cronică a fluxului aerian:

a) *Forma severă cu spitalizare:* vibrația toracelui + drenaj postural 2-4 zile;

b) *Forma medie de boală:*

- masaj: vibrația și percuția zonei cervicale + umeri + torace, masaj al organelor respiratorii;
- masaj reflex al țesutului conjunctiv, masaj segmentar C3-C8, D1-D9, al zonelor intercostale 6-9;
- masaj mecanic vibrator: ultrasunet conform metodei Steine (para-vertebral D1-D12, 2 W/cm², 3 minute + 3 minute → intercostal 6-7 și 7-8, 0,4 W/cm², 2 minute / hemitorace → subclavicular 0,2 W/cm², 30 secunde / fiecare parte);
- masaj umed: fricțiuni, dușuri alternante, afuziuni alternante, periaj umed, complexe Kneipp.

B) Obstrucția acută a fluxului aerian postcriză (nu în criză !!!)

- masaj pentru corectarea diferitelor deficite musculo-scheletale
- (scolioze, cifoze, redori articulare, contracturi / hipotonii musculare);

- masajul organelor respiratorii (cu prudență, la intensitate scăzută !);
- masajul reflex în criză (efectuat numai de către un specialist !!).

7.5.2. Disfuncția ventilatorie restrictivă (DVR)

Se referă la afectarea capacității maxime de ampliație a sistemului toraco-pulmonar, căile aeriene fiind libere.

A) *Boli cu supraîncărcare mecanică a sistemului toraco-pulmonar (obezitate, deficiențe posturale)*

- masaj pentru scăderea masei grăsoase;
- masaj pentru asuplizarea toracală, tonifierea musculaturii abdominale, corectarea deficitelor musculo-scheletale;
- masaj de “protezare” respiratorie: patul oscilant Maccagno

B) *Boli care scad forța motrice a sistemului toraco-pulmonar (boli neuro-musculare)*

a) *Paralizia de origine centrală:*

- percuții toracice pentru drenarea secrețiilor bronșice;
- prevenirea redorii toracelui (“toracele înghețat”):
⇒ masaj cu gheață al toracelui;
⇒ masajul cefei, umerilor, toracelui → compresii și decompresii ale toracelui;
- obținerea autonomiei ventilatorii parțiale:
⇒ pat oscilant Maccagno;
⇒ tonifierea musculaturii respiratorii;
⇒ “derigidizarea” toracelui;
⇒ vibrații și percuții toracale pentru eliminarea secrețiilor;
⇒ masajul organelor respiratorii.

b) *Poliomielita:*

- cu paralizia diafragmului, în stadiul cronic:
⇒ masajul clasic pentru asuplizarea toracelui și coloanei;
⇒ masaj cu impulsuri electrice.
- cu paralizia musculaturii abdominale:
⇒ electroterapie stimulativă prin electrozi pe pielea abdomenului: 5-10' x 3-4/zi;
⇒ masaj abdominal excitator;
⇒ pat oscilant pentru compensarea hipoventilației.
- cu paralizia intercostalilor și a ridicătorilor coastelor:
⇒ prevenirea sau tratarea deformațiilor rahisului;
⇒ recuperarea specifică a intercostalilor prin: compresii și de-compresii toracale, masaj toracal și în special al spațiilor intercostale.

c) *Hemiplegia și bolile musculare:*

- masaj tonifiant al zonei flasce și masaj sedativ, lent al zonei spastice (numai pentru hemipareza spastică);
- vibrația și percuția toracelui;
- pat oscilant;
- masajul organelor abdominale;
- masaj mecanic vibrator;
- masajul umed;
- masaj reflex.

7.5.3. Disfuncția ventilatorie mixtă (DVM)

Se referă la asocierea celor două tipuri de disfuncții ventilatorii prezentate în paragrafele anterioare (7.5.1 și 7.5.2), cu predominanța uneia sau alteia.

A) *Pneumoconioze;*

B) *Sindroame postTBC.*

Sunt cele mai tipice DVM primare, care se tratează conform schemelor prezentate în paragrafele anterioare, în funcție de predominanță uneia sau alteia dintre disfuncții.

7.5.4. După intervenții operatorii

A) Lobectomii

a) faza preoperatorie (2-3 săptămâni preoperator):

- tonifierea musculaturii respiratorii;
- masajul organelor respiratorii.

b) faza postoperatorie imediată (săptămâna 1 postoperator):

- pentru dezobstrucția bronșică și evacuarea secrețiilor sangvinolente din spațiul deshăbitat:
⇒ compresia și decompresia spațiului deshăbitat: mâinile sunt așezate peste pansament pe direcția plăgii sau chiar la nivelul toracotomiei, compresia manuală se slăbește la sfârșitul expirului dar trebuie reîncepută imediat după inspir;
⇒ asocierea vibrațiilor este dificilă iar tapotajul este contraindicat.
- pentru calmarea durerilor: netezirea și fricționarea zonelor din jurul pansamentului (gât, umeri, brațe) și a hemitoracelui opus, de 5-6 ori pe zi;
- pentru ameliorarea circulației de întoarcere venoasă și prevenirea tromboflebitelor postoperatorii: masajul tălpilor și gambelor.

c) faza postoperatorie precoce (săptămânile 2-6 postoperator):

- combaterea deficitelor respiratorii și realizarea unui bun drenaj bronșic: pat oscilant și masajul organelor respiratorii;
- combaterea durerii:
⇒ masajul întregului hemitorace (stern, rahis, umăr, rebord costal) + zona cicatricială după scoaterea firelor (de elecție);
⇒ masajul de decolare a tegumentului: tehnica pliului rulant (cu pulpa degetului se mișcă tegumentul pe planul subiacent)
⇒ netezirea întregii zone;
- combaterea deficitului static și scapular: masaj tonifiant zonal.

d) faza postoperatorie tardivă (> 2 luni postoperator):

- masaj tonifiant;
- masajul organelor respiratorii.

B) Pneumectomia (nu ventilația limitează efortul ci circulația!!):

- similar cu A);
- în plus: masaj tonifiant excitant al regiunii precordiale, dacă nu există contraindicații și masajul sistemului vascular periferic.

C) Toracoplastia:

a) recuperarea respiratorie: ca și la A).

b) recuperarea umărului:

- combaterea durerii și a procesului inflamator: masaj blând zonal;
- recuperarea finală a umărului:
 - ◆ masaj cervical și al trapezului → masaj pe regiunea cervico-dorsală, umăr, braț (precedat de aplicarea de cald / gheață):
⇒ antalgic, decontracturant pentru masa musculară superficială: deltoid, trapez, mare dorsal, pectoral, paravertebral;
⇒ terapeutic propriu-zis pentru musculatura profundă, tendoane, capsulă: tehnica Cyriax;
 - ◆ tracțiunea axială a bratului în jos;
 - ◆ scuturarea membrului (cu prudență, la amplitudine și rezistență scăzută).

c) recuperarea staticii rahidiene: masaj specific urmat de kinetoterapie.

D) Chirurgia abdominală (laparotomie) - masaj pentru:

- asigurarea drenajului bronșic și promovarea tusei;
- antrenarea respirațiilor toracale și hemidiafragmatice pe partea neoperată;
- reeducarea respirațiilor abdomino-toracale inferioare;
- ajutorarea ventilației;
- prevenirea tromboflebitelor.

7.6. AFECȚIUNI DIGESTIVE (hiper- și hipotone)

Se recomandă:

- băi, afuziuni, dușuri;
- electroterapie pe cadranele abdomenului;
- masaj manual al peretelui abdominal și organelor abdominale;
- masaj mecanic vibrator;
- metoda Grossi,;
- metoda Knapp de combatere a constipației;
- masajul colonului prin metoda Vogler;

* Toate se execută cu caracter fie sedativ-relaxant în afecțiunile hipertone, fie excitant-stimulant în afecțiunile hipotone.

7.7. AFECȚIUNI PSIHIATRICE (sindroame neurastenice și alte boli psihice minore)

Se recomandă:

- masajul manual sedativ, relaxant frontal și cervical;
- electroterapie cu impulsuri, transorbito-cervical, formulă simpaticolitică;
- băi cu bule, cu CO₂, cu peria, cu vârtejuri de apă;
- afuziuni alternante, dușuri alternante.

BIBLIOGRAFIE

- 1) Baciú Cl.: *Anatomia funcțională a aparatului locomotor*, Editura Stadion, București, 1972
- 2) De Lisa J. ș.a.: *Rehabilitation Medicine (principles and practice) - third edition*, Lippincot-Raven Publishers, Philadelphia, 1988
- 3) Dinculescu Tr., Weiss L.: *Balneofizioterapie generală*, Institutul de Medicină și Farmacie, București, 1955;
- 4) Dinculescu Tr.; Weiss L.: *Balneofizioterapie generală*, Editura Medicală, București, 1963
- 5) Fan Ya-li: *Masajul chinezesc pentru nou născuți și copii*, Editura Știință și Tehnică, București, 1996
- 6) Ionescu A.: *Masajul - procedee tehnice, metode, efecte, aplicații în sport*, Editura Stadion, București, 1970
- 7) Ionescu A.: *Masajul - procedee tehnice, metode, efecte, aplicații în sport*, Editura All, București, 1994
- 8) Ionescu-Tîrgoviște C.: *Teoria și practica acupuncturii moderne*, Editura Academiei Române, București, 1993
- 9) Ivan S.: *Sănătatea fără medicamente*, Editura RAI, București, 1995
- 10) Katsusuke Serizawa: *Tsubo-puncte vitale în terapia orientală*, Editura Teora, București .2000
- 11) Marcu V., Copil Carmen: *Masaj și tehnici complementare*, Editura Uni-versității din Oradea, 1995
- 12) Mârza Doina: *Metode speciale de masaj*, Editura Plumb, Bacău, 1998
- 13) Nemeș I.D.A.: *Masoterapie - masaj și tehnici complementare*, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 1999
- 14) Nemeș I.D.A.: *Curs de masoterapie (masaj și tehnici complementare)*, Lito UMF, Timișoara, 1999
- 15) Nemeș I.D.A., Drăgoi M., Moldovan C., Gheorghe I., Trăscău T.: *Ghid de electroterapie și fototerapie*, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2000
- 16) Nemeș I.D.A., Drăgoi M., Pătru Reghina, Vasile D.: *Spondilartropatiile seronegative - ghid de diagnostic și tratament*, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2000
- 17) Radu Georgia: *Anatomie topografică*, Editura All, București 1998

- 18) Sbenghe T.: *Recuperarea medicală a sechelelor posttraumatice ale membrilor*; Editura Medicală, București, 1981
- 19) Sbenghe T.: *Kinetoterapia profilactică, terapeutică și de recuperare*, Editura Medicală, București, 1987
- 20) Sturza M., Băltăceanu Gh.: *Fizioterapie*, Institutul de Medicină și Farmacie, București, 1957
- 21) Teleki N., Munteanu L., Stoicescu C., Teodoreanu E., Grigore L.: *Cura balneoclimaterică în România*, Editura Sport Turism, București, 1984
- 22) Toru Namikoshi: *Shiatsu și stretching*, Editura Teora, București, 1998