

En reconnaissance d'une vision
En reconnaissance d'une vision
En reconnaissance d'une vision
En reconnaissance d'une vision



Anne Wales D.O.

Une revue du discours commémoratif Sutherland donné lors de la rencontre de l'American Academy of Osteopathy à Portland en Oregon au mois de septembre 1974, par Anne Wales D.O.

Traduit par Hélène Loiselle D.O.



Charles Darwin a conclu L'Origine des Espèces avec cette phrase :

Il y a une grandeur dans cette vision de la vie, avec ces puissances diverses, ayant été insufflé à l'origine par le tout-puissant dans un petit nombre de formes ou même dans une seule; or, tandis que notre planète continue son orbite, obéissant à la loi fixe de la gravité; d'un début aussi simple, un nombre infini des plus belles et plus merveilleuses formes ont évolué et évoluent toujours.

Steven Jay Gould a choisi la phrase Cette Vision de la Vie pour titre de sa rubrique dans le Natural History Magazine. Dans le numéro de juin-juillet 1974, il analyse un malentendu qu'il appelle le Dilemme de Darwin. Il appert que Darwin parlait de « descendance avec modification » et rejetait le mot évolution pour décrire sa théorie. M. Gould retrace l'histoire de comment « cette vision de la vie » est devenue « évolution ». Il s'agit là d'un exercice intéressant d'investigation étymologique, dit-il.

« Il est aussi consternant de réaliser que, si l'insistance de Darwin avait prévalu à savoir que le changement organique n'avait eu pour résultat qu'une adaptation croissante entre les organismes et leur environnement et non pas un idéal abstrait de progrès défini par la complexité structurelle, beaucoup de confusion entre les scientifiques et les profanes aurait été évitée ».

À la fin, M. Gould regrette que les scientifiques aient contribué à un malentendu fondamental en choisissant un synonyme de progrès pour « cette vision de la vie ». Je veux parler d'une autre vision de la vie que j'apprécie profondément en tant que récompense des dernières cinquante années durant lesquelles j'ai pratiqué l'Ostéopathie. Cette vision m'a donné un aperçu de comment le corps humain vivant fait son travail et résout ses problèmes. Nous convenons tous, je suppose que le corps humain vivant est un organisme qui s'auto régularise, et qui se corrige et se guérit lui-même. C'est un fait admirable, particulièrement lorsque nous sommes malades et que nous éprouvons nous-mêmes ce processus produit par notre propre corps pour se guérir. Ceci n'est toutefois pas aussi convaincant que les faits éprouvés par l'Ostéopathe en action, en tant qu'opérateur, durant ce qu'on appelle le traitement ostéopathique. Dr Still a clairement reconnu ceci lorsqu'il a dit, « ... *durant chaque voyage d'exploration j'ai pu ramener un cargo de vérités indiscutables, que tous les remèdes nécessaires à la santé existent dans le corps humain.* »

Cet énoncé général n'est devenu inestimable dans l'enseignement du savoir-faire utilisé par les ostéopathes lorsqu'ils s'adressent aux problèmes cliniques de leurs patients que lorsqu'il nous a dit ce qu'un Ostéopathe devait faire. « *Un Ostéopathe n'est qu'un ingénieur humain qui doit comprendre les lois qui gouvernent sa machine et donc maîtriser la maladie.* » L'expérience de l'opérateur est de nouveau exprimée lorsque le Dr Still dit, « *Il n'existe aucune partie qui, lorsqu'affectée par la maladie, ne présente une question philosophique*

à laquelle un ingénieur doit trouver la réponse, et non pas un imitateur ou un masseur. »

Je peux témoigner de cette vérité vivante, car c'est la voie que j'ai suivie durant ma vie professionnelle. C'est dans cette voie que j'ai graduellement acquis la vision que j'apprécie tant. Le territoire à explorer et à comprendre se trouve dans le corps des patients et la lumière qui révèle la vision est venue graduellement de ces questions philosophiques et de la lente accumulation des réponses. Elles ont commencé à se cumuler après avoir étudié avec Dr Sutherland et appris à inclure l'anatomie-physiologie du crâne et de la face dans ce que je connaissais du corps entier.

Alors que je voyais mon premier patient à la Clinique du Collège à l'automne 1924, je savais que je ne connaissais rien à la science ni à la pratique de l'ostéopathie. J'avais par contre suivi une introduction à la Biologie et aux autres sciences de base concernant la vie et les processus vivants. Mais de placer mes mains sur le corps d'une autre personne présentait pour moi un certain obstacle. Et Dr Styles, le Professeur d'Ostéopathie et Chef de la Clinique, m'avait dit de simplement faire connaissance avec le genou.

La raison de ceci était basée sur ce dont la patiente se plaignait surtout. Ma patiente était une femme large et forte avec des genoux enflés, douloureux. Elle se plaignait d'être incapable de s'agenouiller à l'église. De ce fait, elle ne pouvait assister aux services et cela lui manquait.

On m'avait dit de ne rien faire d'autre avec mes mains que de simplement faire connaissance avec le Genou. Ma question était, « *Comment faire connaissance avec des genoux lorsqu'ils ont l'air de ceux-ci?* » On ne peut regarder que durant un certain temps et il n'y avait pas beaucoup à voir. J'essayais de me rappeler de ce que j'avais appris en anatomie et physiologie sur les genoux parce que dans le cours sur les Principes, on nous apprenait à toujours débiter par le concept de ce qui est normal. Je me souvenais aussi que l'étude de l'Anatomie était nécessaire pour que nous comprenions ce qui se trouvait sous nos mains lorsque nous les plaçons sur le patient. Donc, j'ai fait face à l'obstacle et placé mes mains autour du genou droit de la patiente. Ma première impression fut seulement de l'enflure.

Puis, je fis la même chose sur le genou gauche. Ils avaient à peu près la même taille et la même sensation de tension liquidienne. J'ai gardé le contact parce que j'essayais d'obéir l'ordre de ne rien leur faire. Puis, j'ai décidé de voir s'il y avait une différence entre leurs amplitudes articulaires. Juste à ce moment, j'ai soudainement senti un mouvement discret et régulier sous mes mains. Ceci n'était pas le test de mouvement que j'envisageais. C'était un mouvement qui accompagnait sa respiration, maintenant que j'y pensais. Je n'avais jamais considéré la respiration à l'extérieur du thorax.

Ceci devenait intéressant.

Ensuite j'ai noté une différence entre le mouvement sous mes mains et un petit mouvement qui portait mes mains avec lui. La tension dans cette région devenait un peu moins importante donc je suis revenue au genou droit pour comparer. Il y avait définitivement une différence. J'ai tenu le genou droit de la même façon durant un certain temps et ressenti les mêmes mouvements et le changement de tension au niveau de l'enflure.

Quelle était cette différence et qu'est-ce que j'avais fait? Je n'avais rien bougé; j'avais simplement tenu de gros genoux enflés. Et j'avais observé un mouvement au niveau de ma prise, je n'avais pas produit ce mouvement. Peut-être qu'il s'agissait là d'un bon moment pour essayer un test de mouvement sans faire autre chose. Je ne voulais pas faire mal à la patiente donc j'ai regardé son visage tout en tournant doucement le tibia. Il était possible de tourner le tibia sur son axe longitudinal de quelques degrés vers la droite et vers la gauche. Le mouvement était un peu plus ample d'un côté que de l'autre. Puis j'ai fait le même test sur l'autre genou. L'amplitude des deux genoux était à peu près la même, mais la différence dans la comparaison des directions n'était pas la même. Toutefois, j'avais maintenant une certaine connaissance de ses genoux et forte de cette expérience, j'avais noté que la tension dans les tissus enflés pouvait changer même lorsque les mains de l'opérateur sont tranquilles. Peut-être que je pourrais maintenant tester la flexion et l'extension. Je regrettais ne pas avoir essayé au départ, car je n'avais maintenant aucun point de comparaison. À ce moment, toutefois, je pouvais plier et étendre ses deux genoux le long d'une amplitude modeste. À ce point, j'avais envie de terminer la séance et de prendre un rendez-

...on m'avait dit de simplement faire connaissance avec le genou.

vous pour une autre visite dans trois jours. Il m'incomberait de présenter la patiente et son cas à l'Assemblée Clinique à ce moment. Chacun d'entre nous travaillant dans la Clinique doit présenter chaque cas au début et à la fin de notre association avec le patient. Les patients payaient cinq dollars au Registraire lorsqu'ils venaient la première fois, et recevaient un billet rose avec leur nom, adresse, et numéro de téléphone dans la section du haut. Il y avait douze billets avec des perforations entre eux sous la section du haut. Ils avaient tous le même nombre de billets. Quand un étudiant en médecine avait terminé une visite, le patient payait avec un des petits billets. L'étudiant en médecine les gardait et les remettait au Registraire tous les mois. Chaque étudiant devait donner cinq cents traitements enregistrés durant son année junior et cinq cents durant son année sénior.

La présence aux accouchements obstétricaux n'était pas enregistrée dans la clinique ostéopathique générale. Je fus surprise, lorsqu'elle est revenue trois jours plus tard, de l'entendre dire qu'elle se sentait beaucoup mieux. Je fus encore plus surprise, toutefois, lorsque j'ai commencé à faire meilleure connaissance avec ses genoux. Ils me donnaient une impression entièrement différente malgré le fait qu'il s'agissait clairement des mêmes genoux. Ils n'étaient pas aussi enflés et avaient une plus grande amplitude articulaire lorsqu'elle marchait et lorsque j'ai testé l'amplitude. Elle est venue pour tous les traitements sur son billet. Lorsque je l'ai vue la dernière fois, elle avait pu assister à plusieurs services religieux confortablement.

Ma confusion était reliée à mon incompréhension du fait qu'elle allait mieux alors que je n'avais rien fait. J'avais appris beaucoup sur le genou humain, mais je ne savais pas comment j'avais fait quoi que ce soit pour ma première patiente. Selon toute évidence, je lui avais fait du bien, mais je ne pouvais pas m'expliquer comment. Quand j'ai fait mon rapport à l'Assemblée Clinique, je n'ai pu que leur dire que la patiente allait mieux et appréciait mes services. Heureusement, on ne m'a pas demandé d'expliquer ce que j'avais fait. Car, comment aurais-je pu dire que mes services consistaient en n'avoir rien fait de plus que de poser mes mains sur ses genoux enflés.

Avec les années cliniques passées au Collège et à

l'Hôpital Lakeside, j'ai appris ce dont j'avais besoin pour amorcer ma pratique. La vie professionnelle d'un médecin qui pratique l'ostéopathie n'est jamais monotone. Chaque patient est différent chaque fois que vous les voyez et chaque patient est unique. Le temps est venu où j'ai eu l'occasion de me rappeler de ma première patiente. Sur une période de trois ans, j'ai eu trois patients souffrants de genoux douloureux et enflés. Ils travaillaient dans une manufacture de bijoux et utilisaient, entre autres, des presses fonctionnant à coups de pied (« kick presses »). Ils étaient dans la cinquantaine

avancée et craignaient de ne pouvoir continuer jusqu'à ce qu'ils puissent se retirer et toucher leurs pensions. Durant ces années, j'ai appris davantage à propos des genoux et j'ai aussi réussi à aider ces patients. Ce n'est que lorsque j'ai étudié avec Dr Sutherland que j'ai commencé à comprendre ce qui s'était produit sous mes mains avec toute cette expérience de « traiter » des genoux enflés. J'avais été exposée à son raisonnement en 1931 à mon insu, car ses articles dans le NORTHWEST BULLETIN étaient alors signés BLUNT BONE BILL. Il y a eu six numéros

de ce Bulletin et ils incluaient tous un article d'une série intitulée SKULL NOTIONS par ce même auteur. Ils étaient publiés par le Minnesota State Osteopathic Association. Le numéro que j'ai reçu lorsque j'étais secrétaire du Rhode Island Osteopathic Society contenait une idée fascinante à propos de l'ethmoïde. La citation qui suit démontre combien on peut véhiculer en un seul paragraphe lorsque la vision entière se trouve dans l'esprit de l'auteur.

L'ethmoïde avec ses cornets demande une étude approfondie, sans parler des autres os qui sont en relation avec lui. L'ethmoïde respire. Un petit os, qui pourtant a des relations articulaires avec treize autres os. Pourquoi? Peut-être qu'il est la « brebis à la cloche » en tête du troupeau entier des os du crâne et de la face, les dirigeant au niveau de la mobilité membraneuse articulaire. Ce pourrait être « l'hélice aérienne » qui soulève le sphénoïde. Ce sphénoïde avec ses grandes et ses petites ailes pourrait s'appeler le « navire aérien ».

Son extrémité antérieure monte durant l'expiration et « effectue un piqué » en inspiration. En conséquence, les cornets supérieurs et moyens de l'ethmoïde se balancent antérieurement comme des cloches alors que le

La vie professionnelle d'un médecin qui pratique l'ostéopathie n'est jamais monotone.

« navire » monte et postérieurement durant le « piqué ». Durant ce temps, la faux du cerveau, jouant le rôle de corde de la cloche par le biais de son attache à la crista galli, coopère au niveau fonctionnel avec le mouvement de cloche. Alors que l'extrémité antérieure monte, l'extrémité postérieure descend, participant à la mobilité articulaire ondulatoire rotatoire de l'articulation pétrobasilaire. La tente du cervelet, de par son attache aux processus clinoides, procure une coopération fonctionnelle à la faux du cerveau.

Mon mari, Chester L. Handy, D.O., et moi avons assisté à deux conférences du Dr Sutherland durant la rencontre de l'Eastern States Osteopathic Association à New York en mars 1943. Un an plus tard, nous suivions un premier cours avec lui. Il était excitant de penser que notre étude et pratique de l'Ostéopathie était enfin assez avancée pour pouvoir considérer la tête humaine vivante comme fonctionnant avec le reste du corps d'un point de vue ostéopathique. Nos esprits professionnels avaient été préparés à cette expérience.

En 1937, Perrin T. Wilson, D.O. était Président des Programmes du New England Osteopathic Association. Il avait organisé deux conférences avec Charlotte Weaver. Ces conférences m'avaient révélé la nouvelle expérience de considérer le crâne comme la modification de trois vertèbres. Ce fut le début de mon incessant intérêt pour la morphologie et l'anatomie comparative. Ce fut aussi le début de notre considération de la dure-mère en tant que membrane interosseuse. Je n'ai jamais considéré la base du crâne comme étant plastique jusqu'à ce que je lise un article qui avait été écrit par elle et ses étudiants dans le JOURNAL OF THE AMERICAN OSTEOPATHIC ASSOCIATION.

Durant les conférences du Dr Sutherland à New York, une des illustrations qui avaient enrichi notre compréhension était une image de la face humaine localisée du côté opposé de la base du crâne à celui sur lequel le cerveau repose sur ses lits d'eau. Les illustrations du sphénoïde préparées par Mme Sutherland non seulement montraient cette réalité, mais nous ont convaincu du besoin de plus d'enseignement. Nous avions l'intention d'étudier régulièrement l'anatomie de cette région en prévision du jour où nous allions l'étudier avec Dr Sutherland. Ce fut la raison pour laquelle nous avons accepté avec gratitude l'invitation des docteurs

Howard et Rebecca Lippincott d'assister au Moorestown Cranial Study Group à l'automne 1944. Ces cinq ans où ils nous ont retransmis l'enseignement qu'ils avaient reçu du Dr Sutherland nous étaient nécessaires avant que nous puissions participer au programme d'enseignement du Dr Sutherland.

J'étais à Des Moines au printemps 1947. Après une semaine de révision de l'Anatomie du Mécanisme Respiratoire Primaire avec Dr Kimberly, j'ai réalisé que je ne savais pas ce qui le faisait fonctionner. Le fait qu'il

n'existe aucun mécanisme musculaire expliquant la mobilité entre les os du crâne au niveau des sutures était clair pour moi. Je considérais la dure-mère comme une membrane interosseuse qui reliait des éléments ensemble, mais sans en expliquer l'action, puisque la dure-mère est une membrane résistante, non extensible. J'ai donc demandé au Dr Sutherland ce qui allait suivre. Il m'a demandé pourquoi je m'attendais à une suite. Je répliquai qu'il devait y avoir plus que ça. Avant la fin des classes ce printemps, Dr et Mme Sutherland ont invité tous ceux qui pouvaient réorganiser leur horaire à se rendre à St Peter,

leur maison dans le Minnesota. Après que tout le monde fût installé à l'Hôtel Nicollet nous avons visité le bureau de Dr Sutherland. Il s'agissait d'une chambre au second étage de leur maison puisqu'il avait cessé de pratiquer trois ans auparavant. Nous étions si nombreux que certains étaient assis sur le plancher.

Lorsque le Dr Sutherland s'adressa à nous, il dit : « Vous en avez assez vu sur le crâne. Nous allons maintenant considérer certaines choses que j'ai apprises à propos de l'ostéopathie et du reste du corps. » Ces jours furent si riches en différentes façons de voir le corps humain vivant et les différents problèmes pouvant survenir au niveau de la mécanique squelettique que je ne me rappelle plus combien de temps ils ont duré. Je me souviens seulement que ce que j'ai appris a été assimilé au cours des ans qui ont suivi à chaque jour que j'ai passé en cabinet. Il nous a éventuellement parlé davantage de son concept du mécanisme crânien. Il a insisté sur la fonction du fulcrum de suspension à déplacement automatique. Ceci a répondu à ma question à propos de ce qui faisait bouger les os. En 1948, il nous a parlé davantage de ce qui déplace le fulcrum. C'est alors que la « transmission fluïdique » s'est ajoutée à ma vision et par la suite à toutes mes expériences

...considérer la tête humaine vivante comme fonctionnant avec le reste du corps...

en tant qu'ostéopathe.

Le YEAR BOOK de l'American Academy of Osteopathy de 1949 fut dédié à William Garner Sutherland, D.O. et l'essai principal fut écrit et illustré par Howard A. Lippincott, D.O. Il consistait d'une grande partie des enseignements présentés par Dr Sutherland à ses visiteurs à St Peter au printemps 1947. La photographie des illustrations était du Dr Lippincott. Le patient pour les diapositives des contacts crâniens était John Nutt, D.O. du Michigan. Le patient pour les illustrations des contacts était Kenneth E. Little, D.O. qui fut le secrétaire-trésorier de l'Osteopathic Cranial Association durant plusieurs années.

La conséquence de cet enrichissement de notre vision de la science de l'ostéopathie fut une révolution que nous avons entreprise dans nos opérations manuelles, tant diagnostiques que dans le traitement de nos

patients. L'idée à la source de ces efforts était l'enseignement que les pouvoirs du corps humain vivant sont plus puissants dans la correction de la « lésion » que n'importe quelle force de source externe qui puisse être appliquée sans risque. La première étape fut une analyse de notre façon de travailler dans nos cabinets. Le regard critique qui suivit nous a convaincus de changer les routines auxquelles nous nous étions habitués pour désormais suivre l'exemple de Dr Sutherland. La seconde demanda évidemment que nous arrêtions d'utiliser les routines habituelles. Ce fut difficile à accomplir, mais il nous a fallu le faire. Certains de nos patients n'ont pas apprécié le changement et nous ont laissés. Dans d'autres cas, nous avons trouvé que les patients en ont bénéficié.

Avec le temps je suis devenue meilleure diagnosticienne des problèmes mécaniques du système squelettique que jamais. Il semblait que les pouvoirs du patient devaient être utilisés dans les opérations manuelles du traitement. Comme le diagnostic précède les décisions pour le traitement – il n'est pas étonnant que cette vision du corps humain vivant ait révélé de nouveaux problèmes demandant une nouvelle conception de ce qu'un médecin peut sentir s'il cherche avec une image mentale complète.



Madame Anne Wales D.O. démontrant une technique à Jean Guy Sicotte M.D., D.O., lors de son passage comme conférencière au Symposium International de Montréal en 1995.