

<b>Zeitschrift:</b>	Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker
<b>Band:</b>	- (1955)
<b>Heft:</b>	141
<b>Artikel:</b>	En marge de la rhumatologie
<b>Autor:</b>	Voillat, F.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-930823">https://doi.org/10.5169/seals-930823</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 11.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## En marge de la rhumatologie

### P.S.H. - *Extension mécanique et manipulations vertébrales.*

Le développement pris par la rhumatologie ces dernières années, oblige le physiopraticien à se tenir, dans la mesure du possible, au courant de l'évolution de cette branche de la médecine moderne. Les prescriptions masso - physiothérapeutiques prennent, de ce fait, une importante proportionnelle dans la thérapeutique générale du rhumatisme. Aussi, les prescriptions du médecin doivent-elles pouvoir être appliquées par des praticiens suffisamment orientés pour comprendre quelle est la place exacte et l'importance hiérarchisée de sa contribution dans la lutte contre ce fléau social. Or, il faut bien l'avouer cette somme de connaissances ne peut être, généralement, que le fruit d'un effort strictement personnel, d'un désir constant de savoir, pour servir plus utilement le malade et mériter la confiance du médecin. Or, cela n'est ni facile, ni toujours possible. Et c'est ainsi que l'on peut expliquer l'intérêt croissant qu'un nombre grandissant de praticiens romands apportent, depuis plusieurs années, aux conférences organisées par la *Ligue Genevoise contre le Rhumatisme*, sous la présidence de MM. les Professeurs WALTHARD et MARTIN.

La *Vme Journée du rhumatisme*, organisée à Genève, en novembre 1954 avait retenu notre attention, et seules les exigences de l'actualité ont retardé ce compte-rendu. Ces réunions présentent, pour nos professions, une valeur exceptionnelle, puisqu'elles permettent aux physiopraticiens de se tenir périodiquement au courant des travaux et des recherches. Un compte-rendu, intégral publié sous la direction du Dr. EDELSTEIN, Secrétaire Général de la Ligue, ayant paru dans «**MEDECINE et HYGIENE**»<sup>1</sup> va nous permettre de compléter utilement nos notes, en citant à l'occasion le texte original.

<sup>1</sup> **MEDECINE et HYGIENE**, No 280, 15 décembre 1954.

Les sujets à l'ordre du jour traitaient de la *péri-arthrite scapulo-humérale et l'apport de l'extension mécanique et des manipulations dans le traitement des affections de la colonne vertébrale.*

*La périarthrite de l'épaule. Etiopathogénie et clinique*, par le Prof. ROBECCHI, de Turin.

Dans sa présentation, le Dr. EDELSTEIN dit: «Le Professeur ROBECCHI, auteur d'une des rares monographies de qualité consacrées à la P.S.H., après avoir magistralement délimité les certitudes et les incertitudes de nos connaissances, a souligné la nécessité de compléter le diagnostic générique de la P.S.H. par un diagnostic étiologique et anatomique précis.»

L'information physiopraticienne ne peut que gagner à connaître l'essentiel des connaissances actuelles sur la périarthrite de l'épaule qui, précise le Prof. ROBECCHI, «a une position nosologique particulière dans le groupe des maladies rhumatismales. Elle doit être séparée de toutes les autres formes de rhumatisme, aigüe, subaigüe ou chronique avec lesquelles elle n'a pas d'autres rapports que de grossières analogies symptomatologiques.

Il s'agit d'une affection assez fréquente, localisée habituellement dans les tissus extra-articulaires, de manière plus précise dans les structures anatomiques qui composent ce que l'on a appelé «la 2me articulation de l'épaule» et en premier lieu quelques tendons et la bourse sous-acromiale. Dans ces formations, particulièrement dans le tendon du muscle sus-épineux, s'établissent (à cause de facteurs micro-traumatiques dérivant de situations topographiques et dynamiques spéciales) avec une grande fréquence des altérations de nature régressive, des processus de nécrose et de nécrobiose, accompagnés ou non de déposition de sels calcaires. Ces altérations . . . peuvent devenir douloureuses à la suite de diverses circonstances (un effort — un refroidissement, etc.). Elles sont alors à l'origine des cas de périarthrite scapulo-humérale.»

A coté d'autres cas d'origine plus clairement traumatiques, l'auteur rappelle qu'il existe d'autres formes de périarthrite de l'épaule dont «la cause première est parfois attribuable à une myocardio — ou à une coronopathie, à une arthrose cervicale ou à une cervico-brachialgie, ou encore à d'autres lésions localisées à distance» et qui incitent le physiopraticien à une singulière prudence en face de l'exercice de son art.» Toutes ces affections peuvent déterminer une périarthrite scapulo-humérale par irritation directe de fibres sympathiques ou par un mécanisme réflexe. De ces fibres peuvent partir effectivement des impulsions telles, si elles sont suffisamment intenses et répétées, qu'elles provoquent dans la région scapulo-humérale — lorsque cette région se trouve particulièrement réceptive — des réactions vaso-motrices suivies d'altérations métaboliques et trophiques qui peuvent donner naissance aux symptômes de la périarthrite.»

Parlant ensuite des trois formes de la périarthrite (simple, chronique avec rigidité, aiguë), le Prof. Robecchi, précise que « la symptomatologie clinique est habituellement dominée par deux phénomènes locaux: la douleur et l'impotence fonctionnelles.» La transformation d'une forme de P.S.H. en une autre fait dire à l'auteur qu'on devrait plutôt parler de différentes «phases» de la maladie.

«A coté des formes plus typiques et pures de périarthrites, existent les formes dites associées (association d'une périarthrite, scapulo-humérale avec une arthrose cervico-brachiale ou avec une arthrose cervicale, syndrome épaule-main, etc.), dont la connaissance révèle au physio-praticien la complexité du problème et de la thérapeutique qui peut intervenir.

Après avoir discuté le point de vue radiologique, le diagnostic générique et différentiel — qui nous révèlent la complexité du problème posé au médecin — l'auteur conclut: «l'interprétation de chaque cas ne sera complète que lorsque, après avoir posé le diagnostic générique de périarthrite, on aura précisé quelle est la structure antaomique intéressée et l'on aura établi la nature du facteur étiologique.

Il est parfois impossible et très souvent difficile de parvenir à ce but, mais la solution du problème est tellement importante qu'elle justifie tous les efforts et toutes les recherches.»

Ne pouvant retenir ici que ce qui présente un intérêt direct pour l'exercice de nos professions, nous ne pouvons mentionner, que pour mémoire, une communication sur le rôle de la cortisone et de l'hydrocortisone dans le traitement de la P.S.H. Dans sa conclusion, le Dr. LAURENT (Paris) dit que cette thérapeutique n'exclut pas les autres, «et surtout la rééducation progressive de l'épaule, traitement irremplaçable au stade d'ankylose secondaire». —

*L'Examen de l'épaule douloureuse* par le Prof. CYRAX (Londres) fait l'objet d'un tableau synoptique tellement précis et concis, qu'il est absolument impossible d'essayer d'en donner un résumé. Ce tableau devrait figurer dans les documents de tout physiopraticien, et il serait indiqué d'en donner ici ultérieurement une reproduction intégrale.

*Le S.E.M., dans ses rapports avec la P.S.H.*, sujet traité par le Dr. OTT (Zurich). Rappelant que l'attention générale des rhumatologues n'a été attirée qu'à partir de 1947 (par les travaux de Steinbrocker, New York), l'auteur dit que «le syndrome épaule-main (S.E.M.) est une complication assez fréquente de la P.S.H. et que son traitement «diffère beaucoup de celui des affections rhumatismales ordinaires».

Primitivement décrit par STEINBROKER «comme une ankylose douloureuse homolatérale de l'épaule et de la main, gonflée et atrophiée», il est actuellement désigné, d'après FREYBERG, par «syndrome épaule-main» ou «Dystrophie sympathique réflexe».

Cliniquement le P.S.H. (limitation douloureuse des mouvements de l'épaule) s'accompagne, dans le S.E.M. «d'une tuméfaction douloureuse de toute la main, d'apparition insidieuse ou brutale, et d'une ankylose douloureuse du poignet et des petites articulations».

Dans les cas graves, le premier stade, ou stade «chaud» fait place, progressivement au stade «froid», chronique; la peau de la main devient froide, grise et cyanotique; elle s'atrophie et se pigmente; les ongles deviennent cassants et présentent, parfois, de petites stries transversales: la mobilité du poignet est très limitée et douloureuse; les petites articulations des doigts deviennent noueuses et s'ankylosent en flexion partielle; *toutes les tentatives de mobilisation sont douloureuses* (c'est nous qui soulignons).

Ne pouvant suivre l'auteur dans sa dissertation sur le diagnostic différentiel, et sur l'éthiologie et la pathogénie du S.E.M., signalons, cependant, qu'à côté des facteurs essentiels cités plus haut, le Dr. OTT, dit, «l'étude attentive de l'anamète nous fait découvrir assez souvent, de discrets *traumatismes*, une contusion ou une distorsion du bras ou de la main, par exemple, à laquelle le malade n'a guère prêté attention d'abord; un *surmenage* prolongé peut également déclencher la maladie. Finalement, il nous faut mentionner un facteur particulièrement important: l'*insuffisance coronaire*, *l'infarctus du myocarde* (20% des cas de thromboses coronaires présentent, par la suite un P.S.H. et la moitié de ces malades font, en outre, un S.E.M.)

Résumant le traitement du S.E.M. l'auteur, pour ce qui nous intéresse, précise, qu'il «faut éviter à tout prix les manipulations douloureuses, mais faire pratiquer patiemment une kinésithérapie active» et favoriser l'hyperémie, et aussi, une psychothérapie adéquate.

Le traitement chirurgical de la P.S.H., par le Dr. BLOCH (Zurich). La rigueur d'une information aussi large et objective que possible — et surtout si le brisement des adhérences sous anesthésie, s'oppose à la physiothérapie — justifie l'attention consacrée à cette communication. L'auteur expose ses expériences sur le traitement chirurgical de 872 cas d'épaules bloquées. En l'occurrence, il s'agirait de cas anciens préalablement traités sans succès: physiothérapie sous toutes ses formes, alliée aux

diverses médications antirhumatismales et analgésiantes; anesthésies locales intra ou périarticulaires ou anesthésie du ganglion stellaire; cortisone ou hydrocortisone intraarticulaire; radiothérapie. Il précise qu'il s'agit de cas résiduels, restés réfractaires à toute autre forme de traitement. Ces malades venaient des assurances, et en grand partie de la S.U.V.A. D'après l'auteur, il ne s'agit donc que de cas pouvant être traités par un ou plusieurs brisements sous narcose. Il relève même, que, pour la majorité des médecins, cette méthode a «quelque chose de répugnant.»

«On croit, dit-il, que cette méthode orthopédique provoque des fractures, des déchirures de la capsule, des tendons, des muscles, des vaisseaux, des nerfs. On pense au danger d'une embolie graisseuse, d'une myosite ossifiante ou même d'une dystrophie de Sudeck». Or, il affirme que sur ces 872 cas n'avoir jamais observé d'accidents de ce genre, à l'exception d'un seul: une luxation habituelle opérée (greffe osseuse intra-coracoïdienne) immobilisée normalement, et demeurée bloquée malgré tous les traitements mécano-physiothérapeutiques. L'auteur est intervenu 3 mois après l'opération — mais on peut, toutefois, se demander si ce n'est pas précisément le traitement mécano-physiothérapeutique qui est responsable de cet échec de réhabilitation, car, il faut bien en convenir avec l'auteur, si, des accidents peuvent se produire mais peuvent être évités par une technique bien mise au point, il est de même incontestable qu'une kinésithérapie rationnellement, adaptée à chaque cas, permet parfois des succès inespérés. Mais, si une intervention réhabilitatrice maladroite et traumatisante amorce une évolution ankylosante, ce n'est pas lorsqu'elle a atteint un stade irréversible qu'on peut songer à obtenir la guérison par une saine physiothérapie! Or, des cas de ce genre, se voient en pratique, plus fréquemment, que certains ne le supposent. —

L'auteur affirme déchirer les adhérences fibreuses périarticulaires qui se sont formées après une fibrosite (référence à

un travail publié en 1951). L'examen radiographique avant et après la mobilisation sous narcose confirme l'intégrité capsulaire et tendineuse après intervention. Il donne en référence les médecins d'arrondissements de la S.U.V.A. et les médecins d'assurances, notamment le professeur BÖNI et ses assistants de l'Institut universitaire de physiothérapie.

Les résultats obtenus: sur 872 cas; âge 31 à 72 ans; sexe: femmes 20%, hommes 80% (cette prédominance est due à une majorité de sujets accident-assurance).

La durée du blocage de l'épaule avant traitement est de 6 semaines — 12 mois, soit en moyenne 17 semaines.

La durée du traitement varie de 9 jours à 83 jours, soit une moyenne de 22 jours.

La guérison: 80% des cas récupération fonctionnelle normale et sans douleur. 15% pratiquement guéris, amplitude normale des mouvements actifs de l'épaule, tout en souffrant encore. 5% légèrement améliorés ou échecs (cas avec rente de

20%, malades pussillanimes n'ayant pas voulu continuer le traitement. Sont compris également les cas d'arthroses déformantes avancées ou d'altérations post-traumatiques osseuses ou capsulaires).

Sans suivre l'auteur dans la description de la technique opératoire, relevons cette notion de psycho-somatique si importante pour nos professions: «Il faut tranquilliser le malade en lui promettant la récupération probablement totale de son bras. Cette sorte de psychothérapie est extrêmement importante, car ces malades sont devenus sceptiques à force d'assister à des échecs thérapeutiques.» Les indications post-opératoires de l'auteur méritent la citation: « . . le malade récupère l'usage de son bras: ce résultat positif lui redonne confiance et le médecin peut désormais compter sur sa collaboration active pour la suite du traitement qui comprendra des exercices passifs puis actifs, complétés par de l'air chaud et des massages.

(A suivre.)

F. VOILLAT.

## VII Congrès International, Bürgenstock<sup>1</sup>

(Suite.)

La suite de ce compte-rendu, retardé, faute de place, nous met dans l'obligation de renoncer à commenter chronologiquement le programme de ce VII. Congrès International, ainsi que nous avions l'intention de le faire, en essayant d'en tirer des enseignements pratiques et techniques. D'autre part, les échos de la presse étrangère (française et allemande) permettent aussi de se rendre compte, une nouvelle fois, qu'un congrès international doit l'être, dans l'acte et l'esprit. Cet enseignement ne sera pas perdu pour les manifestations ultérieures et l'esprit scientifique de recherche internationale apportera ainsi à la kinésithérapie un nouvel élan sur la voie si ardue du progrès.

A l'unanimité on se plaît à louer l'organisation impeccable des journées du Bürgenstock. Associé aux nombreux té-

moignages de reconnaissance des dirigeants et congressistes étrangers, celui de la presse professionnelle apporte aux organisateurs la juste récompense de leurs efforts et la consécration de leur mérite.

Les principales conférences — dont la publication a déjà commencé - permettront aux lecteurs d'en tirer ce qui peut leur être réellement utile. Aussi, les résumés que nous avions déjà rédigés . . .

Cependant, une chronique d'un congrès de cette importance, se doit de fixer, par courtoisie et bienséance, certains aspects protocolaires inhérents à toute manifestation de ce genre. Aussi, avant d'essayer de tirer, à la lumière des commentaires de presse, peut-être le meilleur enseignement de ces journées internationales de masso-kinésithérapie, sied-il de satisfaire aux convenances internationales, en fixant ici l'atmosphère de la clôture officielle du Congrès et de rendre hommage à la sponta-

<sup>1</sup> Voir No 139.