

<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>	142
<b>Artikel:</b>	En marge de la rhumatologie
<b>Autor:</b>	Voillat, F.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-930827">https://doi.org/10.5169/seals-930827</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>**

## A propos . . .

Notre collègue, Madame Reich de Wädenswil, propose que l'on ouvre, entre nous, un concours (sans récompense . . .) pour trouver une dénomination mieux justifiée du massage du tissus conjonctif (méthode Dicke). Madame Reich nous a promis un exposé en français sur cet intéressant sujet, ce dont nous l'en remercions à l'avance.

Alors, chers (es) camarades, faites travailler votre matière grise et envoyez nous vos sujétions.

## Nouvelles des sections

Nous serions reconnaissant aux présidents des sections romandes de bien vouloir nous donner, de temps à autre, des nouvelles de leur section respective qui paraîtront dans le cadre de cette rubrique.

### V A U D

Notre charmante collègue, Madame I. Baeschtiger, nous a quitté pour aller épouser notre ami Monsieur Willy TISSOT de Fribourg: le mariage a eu lieu en mai. Nous réitérons à nos deux camarades, nos voeux les meilleurs et les assurons de notre grande amitié.

## En marge de la rhumatologie<sup>1</sup>

### P.S.H. — Extension mécanique et manipulations vertébrales

Le programme de cette Vme *Journée du rhumatisme* organisé par la LIGUE GENEVOISE comprenait encore deux communications relatives à la P.S.H. Les Drs R. et P. SARASIN — dont nous avons apprécié les éminentes leçons radiologiques lors des réunions antérieures — parlèrent de «Radiodiagnostic et radiothérapie dans la P.S.H.», et le Dr. C. MENTHA de «L'infiltration stellaire dans le traitement de la P.S.H.»

Le cadre de notre revue ne nous permet pas de suivre les auteurs dans le détail de leur exposé. Nous ne pouvons que retenir quelques notions essentielles utiles à une saine information masso-physiopratique.

Sans reprendre toute la question du diagnostic de la P.S.H., les Drs. R. et P. SARASIN insistent sur la nécessité de la radiographie (de face et de profil) qui «seule permet de poser, dans la grande majorité des cas, le diagnostic précis de la cause de la P.S.H.» dont les diverses formes présentent un tableau clinique assez semblable, mais, par contre, du point de vue radiologique, présentent des images très distinctes les unes des autres.

*Aspects cliniques.* — La radiologie ne permet pas de poser un diagnostic de certitude dans tous les cas; fréquemment le diagnostic clinique de la P.S.H. peut être certain, alors que le film donne une image normale. Ce sont les cas de P.S.H. pure, en ce sens qu'il n'y a qu'une irritation de la capsule articulaire . . . Cliniquement, il existe alors des craquements articulaires, certains mouvements sont douloureux et, ce qui est surtout caractéristique, c'est vraisemblablement la chaleur

du lit et une certaine immobilité qui provoquent ces douleurs. Ces malades insistent sur le fait que, depuis quelques semaines ou quelques mois, leurs nuits sont mauvaises par suite des douleurs, alors que pendant la journée et dès qu'ils bougent, les algies disparaissent presque complètement.

Cette brève description clinique permettra de se rendre compte que le diagnostic de la P.S.H. ne peut être posé qu'après un examen clinique et radiologique minutieux, l'un devant compléter l'autre.»

Affection de l'âge mûr, la P.S.H. est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, car le «traumatisme est un facteur étiologique fréquent» et cet aspect est d'importance pour nos professions. L'expérience montre que dans les cas de traumatisme, l'âge du malade, et bien entendu de l'articulation au moment de l'accident jouent un rôle prépondérant quant aux résultats thérapeutiques.

*Aspects radiologiques.* — En essayant de résumer l'exposé déjà si concis de ces auteurs, retenons:

I. *L'image radiologique est normale dans un fort pourcentage des cas.*

II. Lorsque le cliché révèle des *troubles dystrophiques*, il y a lieu de distinguer différents types:

a) la *dystrophie simple*, qui révèle au radiologue de petites zones de résorption affectant de préférence la région du trochiter ou toute la tête humérale.

b) la *dystrophie post-traumatique*, directement en rapport avec l'importance du traumatisme (fracture, arrachement, distorsion, hématome). Les auteurs signalent une forme particulière: chute sur l'épaule, contusion assez violente, mais radio-négative au début, sans lésion osseuse, ni traumatique, ni dystrophique. Après 2—3 semai-

<sup>1</sup> Voir No 141.

nes d'amélioration, les douleurs réapparaissent et deviennent de plus en plus intenses, surtout la nuit. Un nouveau cliché pris 4—6 semaines après l'accident révèle l'apparition d'un état dystrophique de la tête humérale.

c) *dystrophie post-traumatique associé à des lésions existantes de périarthrite.*

d) *dystrophie d'origine neurogène ou vasculaire*, plus rare, s'observant dans les cas de syndrome épaule main et lors de troubles circulatoires (surtout dans l'angine de poitrine). «Dans cette affection, il ya non seulement des douleurs d'origine cardiaque irradiées dans l'épaule gauche, mais il peut se produire aussi de l'ankylose»; le cliché révèle «un aspect moucheté de la tête humérale, qui est la signature de la dystrophie».

III. *Réactions capsulaires*: celles que l'on voit sur les clichés. La forme la plus courante (maladie de Duplay) est due à une calcification dans la gaine du sus-épineux).

IV. *Arthroses*.

Après la description de ces quatre formes radiologiques, les auteurs donnent un aperçu des *phénomènes cliniques*, divisés en 4 stades:

a) *forme suraiguë* (début subit, calcification para-articulaire fréquente, douleurs intenses, rendant le sommeil impossible).

b) *forme aiguë* (fréquente, souvent d'origine traumatique).

c) *forme subaiguë* (alternance de périodes de douleurs et d'apparente guérison).

d) *forme chronique* (très fréquente et le plus souvent fort ancienne).

Après avoir parlé de la radiothérapie, les auteurs concluent en insistant sur la question des *traitements associés* et «recommandent le repos; il est regrettable de voir des assurés atteints le plus souvent de P.S.H. post-traumatique, ne pas interrompre leur travail et continuer à surcharger leur épaule. Le repos est une mesure indispensable à associer à la radiothérapie. Nous recommandons en outre une mécanothérapie douce, surtout lorsqu'il existe une diminution de la mobilité; il faut absolument éviter de forcer l'articulation. La mécanothérapie, la balnéothérapie et autres cures, doivent toujours être conduites avec la plus grande douceur.»

La Communication du Dr. C. MENTHA sur «*L'infiltration stellaire dans le traitement de la P.S.H.; possibilités, limites et dangers*», ne peut, du point de vue information pratique, être discutée ici. Cependant, comme le physiothérapeute ne peut demeurer totalement ignorant de toutes les possibilités de la thérapeutique moderne, nous pensons utile de retenir certaines remarques de l'auteur.

Son introduction, notamment, prête à réflexion: «La P.S.H. relève d'étiologies diverses. Il existe toujours dans ce syndrome un dénominateur commun, caractérisé par des troubles vaso-sudomoteurs, troubles qui peuvent être décelés, sans exception, par l'étude des oscillations, par les modifications de la résistance cutanée au courant galvanique, par des modifications thermiques et pléthysmographiques. L'altération de la fonction des vaso-sudomoteurs n'a pas un caractère propre qui permette d'en attribuer l'origine à la P.S.H. Etant donné donc l'absence de spécificité, l'on peut penser à priori que la suspension de l'activité du Sympathique peut corriger les troubles de la P.S.H. quelle que soit son étiologie, comme elle corrige les dystrophies sympathiques. *Cette thérapeutique aura en général un effet vaso-sudomoteur inverse à celui créé par la lésion (premier facteur).*

La P.S.H. exige sans conteste un terrain spécial pour se développer. Ne peut pas faire une P.S.H. qui veut . . . *Il y a certainement un terrain neuro-hormonal à la base de ce syndrome (deuxième facteur).*

En thérapeutique, l'auteur pense «que pour corriger tous les éléments qui donnent sa physionomie à la P.S.H., il faut agir autant sur le système nerveux autonome que sur le système endocrinien, c'est-à-dire, suivant l'expression de MOSSINGER, sur le système neuro-ergonal.» S'en référant au travail de STEINBROKER sur le traitement comparatif par l'infiltration stellaire et la cortisone ou l'A.C.T.H., permettant de connaître la valeur respective de ces deux types de traitements apparemment très différents, il ressort que «*le résultat du traitement est infiniment meilleur par l'infiltration stellaire que par la thérapeutique hormonale.*»

Ne pouvant suivre l'auteur dans son exposé du mode d'action de l'infiltration stellaire, retenons cependant, cette remarque: «Les dangers de l'infiltration stellaire sont fonction de l'habileté du clinicien et surtout de la voie d'atteinte du ganglion étoilé.»

On pourrait en dire autant du physiothérapeute chaque fois que, dans un traitement associé, il est fait appel à sa spécialité, dans la thérapeutique de la P.S.H.

La discussion des manipulations vertébrales, de l'extension mécanique, des incidents, accidents, et contre-indications des manipulations de la colonne vertébrale, nous ramèneront, la prochaine fois sinon sur un terrain plus familier, tout au moins plus orthodoxe, pour l'activité et l'orientation physiothérapeutiques.

(A suivre)

F. VOILLAT.