

Zeitschrift: 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

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1960)

Heft: 174

Artikel: La périarthrite de l'épaule

Autor: Seze

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930888>

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: 12.01.2026

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

La périarthrite de l'épaule

L'article ci-dessous se rapporte à une conférence faite par le docteur de SEZE à la Société de Kinésithérapie et fut publié dans la Revue Française de Kinésithérapie en 1948.

Un article original sur ce même sujet a paru dans le numéro spécial de mars 1948 de la Semaine des Hôpitaux de Paris, sous les signatures des docteurs de SEZE, RICKVAERT et ROBIN.

I. — Definition :

Sous le nom de « périarthrite de l'épaule », nous groupons tous les processus pathologiques qui, se traduisant cliniquement, soit par une douleur, soit par une limitation douloureuse des mouvements de l'épaule, se passent en réalité dans la *deuxième articulation de l'épaule*.

II. — Rappel Anatomique.

Anatomie Elementaire de la deuxième articulation de l'épaule

L'articulation scapulo-humérale, qui est la première articulation de l'épaule, paraît construite uniquement en vue de la mobilité, omoplate et humérus sont seulement juxtaposés, nullement emboîtés, lâchement réunis par une capsule articulaire très mince dont les ligaments sont presque théorétiques. Tout autour, un puissant système musculo-tendineux étagé sur deux plans, superficiel et profond, assure la puissance et la vitesse indispensables à la fonction de l'épaule.

Le plan musculaire superficiel, c'est le deltoïde inséré sur l'acromion. Acromion et deltoïde forment une voûte au-dessus de la tête humérale.

Le plan musculo-tendineux profond, c'est d'abord le tendon du long biceps, tellement intime avec l'articulation qu'il en pénètre l'intérieur; mais c'est surtout le puissant manchon formé par les quatre muscles qui font tourner l'épaule (et qu'on appelle à cause de cela, le manchon des courts rotateurs de l'épaule) : petit rond et sous-épineux, sus-épineux, sous scapulaire. En fusionnant par leurs bords, les tendons de ces quatre muscles forment comme un seul large tendon qui coiffe la tête humérale.

Voici donc la tête humérale coiffée du tendon des rotateurs, entre l'omoplate en

dedans, et la voûte acromio-delhoïdienne en dehors.

Entre la tête humérale et l'omoplate, il y a une articulation : c'est l'articulation scapulo-humérale, ou première articulation de l'épaule, dont le glissement est assuré par des cartilages et une synoviale.

Entre la tête humérale coiffée du tendon rotateur et la voûte acromio-delhoïdienne, il y a aussi une articulation. Et c'est la deuxième articulation de l'épaule, dont le glissement est assuré par la bourse sous acromio-delhoïdienne.

La périarthrite de l'épaule appartient à la pathologie de cette deuxième articulation de l'épaule.

Remarquons dès à présent, que la bourse séreuse sous-acromio-delhoïdienne, pièce maîtresse de la deuxième articulation de l'épaule, contracte des rapports très intimes avec les tendons unis des courts rotateurs : ce sont ces tendons, et principalement le tendon sus-épineux, qui forment le plancher de la bourse. Rien ne sépare la bourse et le tendon, qu'une membrane « aussi fine qu'une toile d'araignée » avec un fin réseau de vaisseaux sanguins aptes à réagir à toute agression par un processus de congestion active. Toute inflammation congestive du tendon se propage facilement à la bourse : toute tendinite de l'épaule devient presque aussitôt bursite.

II.. — Rappel Physiologique

Physiologie elementaire de la deuxième articulation de l'épaule

C'est au muscle delhoïdien qu'on attribue communément l'abduction de l'épaule. En fait, l'abduction est due à un effort combiné du delhoïde et du sus-épineux.

L'action du sus-épineux est d'abord nécessaire pour permettre le « démarrage » de l'abduction. Selon l'amusante expression de Cordman, le sus-épineux est le « starter » de l'abduction.

L'abduction, une fois mise en route l'action du sus-épineux reste encore nécessaire pour maintenir le mouvement dans la bonne direction.

Ainsi, le muscle sus-épineux est-il le

siège d'un véritable surmenage physiologique. Ce surmenage est d'autant plus intense, que du fait de la station debout le sus-épineux exerce son action sur l'humérus dans des conditions « mécaniques » défectueuses, il est d'autant plus néfaste que le tendon du sus-épineux est insuffisamment vascularisé. Enfin ce surmenage est aggravé, parce que le sus-épineux chemine à « frottement dur », pour ainsi dire, dans l'étroit défilé inter-acromio-tubérositaire limité en haut par l'acromion, et en bas par la grosse tubérosité, d'où : irritation, frottement, usure. En outre, le tendon sus-épineux sert de tampon chaque fois que la tête humérale repoussée en haut par un choc sur la main, ou par une pression exercée avec le membre supérieur remonte et vient buter contre l'acromion.

Au total, le tendon sus-épineux à la fois surmené, mal nourri et soumis à toutes sortes d'agressions, est électivement exposé à toute une série de lésions anatomiques qui sont à la base de toute la pathologie de la deuxième articulation de l'épaule.

IV. — Etiologie

L'étiologie ci-dessous indiquée se rapporte aux dernières statistiques de notre service de l'hôpital Lariboisière, sur des malades atteints de périarthrite de l'épaule.

En moyenne on trouve la péri-arthrite chez quatre hommes pour cinq femmes, avec une électivité évidente pour la cinquantaine et pas de localisation préférentielle sur l'un des côtés.

Circonstances d'apparition :

10 Dans un quart des cas environ, la péri-arthrite survient dans des conditions étiologiques bien définies : origine traumatique (fracture, luxation ou chute violente sur l'épaule); apparition au cours d'une infection microbienne (grippe, bronchite, otite). Périarthrite survenant au cours de syndrômes bien particuliers, comme par exemple la thrombose coronarienne;

20 Mais dans les trois quarts des cas, les explications étiologiques restent hypothétiques (rhumatisme plus ou moins net, microtraumatisme professionnel : épaule

du violoniste, du garçon de café, etc., rôle du froid).

Par contre nous avons été frappés, comme beaucoup d'auteurs, par la fréquence relative des cas, où l'éclosion de la périarthrite semblait avoir été préparée et déclanchée par un surmenage moral, des soucis et des bouleversements nerveux, venant évoquer le rôle possible des ruptures d'équilibre du système neuro-végétatif, dans le déclenchement des périarthrites de l'épaule.

V. — Clinique

Cherchant à donner de la périarthrite une description schématisée, mais qui néanmoins corresponde à la réalité des cas que nous avons observés, nous lui décrivons trois périodes :

10 *Une première phase d'« épaule douloureuse simple »*. La douleur modérée n'apparaît qu'à l'occasion des mouvements, et ces mouvements ne sont pas limités. C'est le tableau de la « *Périarthrite chronique douloureuse simple* » dont la durée n'est pas définie.

20 *Une deuxième phase d'« épaule douloureuse aigue »*. La douleur est extrêmement vive, les mouvements sont limités par la douleur. C'est le tableau de la « *périarthrite aigue de l'épaule* » qui dure en général quelques semaines.

30 *Une troisième phase d'« épaule bloquée »*. Il n'y a plus de douleur, ou elle est très atténuée. Mais l'épaule est ankylosée. C'est le tableau de la « *périarthrite chronique ankylosante* », dont la durée, toujours très longue, s'étale parfois sur plus d'une année.

La succession de ces trois périodes n'est pas obligatoire.

I. — *L'épaule douloureuse simple* (périarthrite chron. douloureuse simple).

Un interrogatoire précis retrouve toujours cette période : une gêne douloureuse pour effectuer certains mouvements de l'épaule, une impossibilité de dormir dans certaines positions, telle est la symptomatologie fonctionnelle à cette époque.

Si l'on est amené à voir le sujet à cette période on peut trouver un point douloureux sous-acromial, à la pression sur la

face antérieure ou sur la partie antéro-supérieure de l'épaule, *mais il n'y a pas de limitation* vraie des mouvements de l'épaule. On fini toujours avec de la douceur, par obtenir des mouvements d'amplitude normale.

Parfois, en mobilisant l'épaule, on recueille la sensation tactile de quelques craquements périarticulaires, et l'on peut parfois mettre en évidence au cours de l'abduction, le signe de l'accrochage douloureux (signe de DAWBARN). A cette période la radiographie ne montre rien d'anormal.

Evolution.:

Parfois spontanément ou sous l'influence d'un traitement médical, tout finit par s'arranger, ou du moins l'évolution reste à peu près stationnaire : le sujet souffre plus ou moins de son épaule, selon la fatigue ou selon le temps et la saison. Cela ne l'empêche pas de vaquer à peu près normalement à ses occupations.

Parfois au contraire, cette période d'épaule douloureuse simple ne fait que préluder à une poussée inflammatoire qui va éclater d'un coup. En quelques jours, chez ce sujet qui ne présentait qu'une vague douleur de l'épaule et ne s'en inquiétait guère, va se trouver réalisé le tableau pénible et parfois dramatique de la « périarthrite aiguë de l'épaule ».

II. — L'épaule douloureuse aiguë

(Périarthrite aiguë de l'épaule).

Après un début qui peut être progressif et insidieux, mais qui peut être aussi très brusque, comme « explosif », le tableau de la périarthrite aiguë de l'épaule est dominée par deux symptômes : la douleur, et la limitation des mouvements provoquée par la douleur.

1^o La douleur :

Elle est d'une intensité insupportable. Le malade n'ose plus se servir de son bras, il le tient serré contre lui et le protège avec la main saine. La nuit, la douleur s'exaspère en paroxysmes intolérables, empêchant le sommeil, sans qu'on puisse dire si c'est surtout la position couchée ou bien la chaleur du lit qui augmente la douleur. le malade cherche en vain une position pour moins souffrir, il rejette au loin draps

et couvertures, parfois il se lève, va, vient, s'assied dans un fauteuil, sans que la douleur se calme. Les analgésiques sont inefficaces ou ne donnent qu'un soulagement dérisoire.

Le siège de la douleur est variable. Souvent, le malade indique un point antérieur, qui correspond à la tête humérale, au-dessous de l'acromion. Mais, souvent, la douleur irradie vers le membre supérieur. Parfois même, la violence de ces douleurs irradiées rejette au second plan la douleur de l'épaule, le malade souffre surtout dans le bras, l'avant-bras, voire jusque dans la main et dans le doigt. Parfois d'autres douleurs irradiées montent vers la base du cou.

Les points douloureux provoqués par la pression sont les suivants, par ordre de fréquence :

a) Le point antéro-externe, sous-acromial, juste au-dessous du rebord antérieur de l'acromion. Rappelons que ce point correspond à l'insertion du sus-épineux sur la partie antéro-supérieure de la grosse tubérosité;

b) Parfois le point douloureux est plus bas et franchement antérieur; il correspond à la gouttière bicipitale où passe le tendon du biceps et sur laquelle s'insère le tendon du sous-scapulaire;

c) Parfois il y a un point plus externe qui correspond à la bourse séreuse sous-deltaïdienne enflammée.

2^o La limitation des mouvements :

Elle est inséparable à cette période de l'élément douleur. C'est surtout la douleur qui bloque les mouvements.

Le mouvement le plus douloureux et le plus limité est l'abduction. Contrairement à ce qui se passe à l'état normal, le mouvement de la scapulo-humérale se bloque ici presque dès le début du mouvement. A quinze degrés d'abduction à peine, l'omoplate bascule, et c'est grâce à cette bascule de l'omoplate que le bras arrive péniblement à s'élever de quelques degrés sans atteindre pourtant l'horizontale.

L'abduction est encore plus difficile si l'on y ajoute un mouvement de rotation externe. On demande au malade de passer la main derrière la nuque pour chercher à atteindre l'oreille du côté opposé. C'est

à peine s'il peut atteindre le cou avec le bout des doigts;

Encore plus pénible est l'abduction combinée à la rotation interne. On demande au sujet de mettre la main derrière son dos en cherchant à remonter vers la région des omoplates. C'est à peine s'il parvient, en s'aidant de la main saine, à passer sa main sur la région lombaire;

L'élévation du bras en avant (salut faciste) est aussi un mouvement très douloureux. Même en souffrant beaucoup, le malade peut tout juste ébaucher le mouvement et n'atteint même pas l'horizontale. Si on l'aide, on peut élever son bras jusqu'à l'horizontale et même davantage, mais si on abandonne le bras à lui-même, le malade ressent une douleur excruciante qui lui arrache un cri, et la main saine vient au secours du membre malade pour amortir sa chute.

3^o Evolution :

Les douleurs restent ainsi très vives pendant quelques semaines ou quelques mois, puis elles s'atténuent progressivement et deviennent supportables, le sommeil revient, le malade s'essaye à remuer prudemment son membre supérieur... I constate alors avec désappointement que si la douleur s'est améliorée, l'épaule n'est pas libérée pour autant. Au contraire, elle est plus bloquée que jamais. On est entré dans une nouvelle phase de la maladie : la phase de périarthrite ankylosante ou phase d'épaule bloquée.

III. — L'épaule Bloquée

(Périarthrite chronique ankylosante).

Les douleurs sont alors très atténuées. Elles n'ont peut-être pas tout à fait disparu; certains mouvements malencontreux les réveillent; la pression sur la tête humérale reste douloureuse et, pendant longtemps, le malade ne peut pas dormir sur l'épaule malade. Mais enfin cet élément douloureux est passé au second plan. Malheureusement l'épaule reste bloquée. Et ce n'est plus un blocage fonctionnel dû à la douleur, c'est maintenant un blocage mécanique lié à une véritable *ankylose fibreuse de la deuxième articulation de l'épaule*. Il est facile de vérifier que les muscles adducteurs du bras (grand pectoral, grand dorsal) ne sont pas contractés.

Ce qui arrête l'écartement de l'épaule ce n'est pas une résistance fonctionnelle, c'est un obstacle matériel, à savoir : le blocage de la bourse sous-acromio-deltoïdienne par des adhérences fibreuses serrées.

Evolution.

Même en l'absence de tout traitement, cette phase d'ankylose aboutit à la guérison, au bout d'un temps d'ailleurs très long : six mois, un an, parfois davantage. Mais si cette régression est lente, elle est cependant constante ou presque constante, et la guérison complète, sans séquelles, est la règle. Au bout de un ou deux ans en moyenne, le malade a presque toujours récupéré l'intégrité de ses mouvements.

Formes Cliniques.

a) Formes évolutives : répétons que ce mode évolutif en trois périodes successives n'est qu'un schéma.

Il y a des épaules douloureuses chroniques simples qui ne donnent jamais ni flambée de périarthrite aiguë, ni blocage de l'épaule.

Il y a des périarthrites douloureuses aiguës qui éclatent, d'emblée, sans être précédées par une plus ou moins longue phase d'épaule douloureuse chronique simple.

Il y a des périarthrites douloureuses aiguës qui guérissent rapidement sans passer par une phase d'ankylose chronique.

Il y a des périarthrites ankylosantes d'emblée, où la deuxième articulation de l'épaule se bloque à bas bruit sans que ce blocage fibreux n'ait été précédé par aucune poussée inflammatoire aiguë.

b) Formes antérieures :

Elle a été décrite par le docteur COSTE. La douleur spontanée provoquée, siège plus bas, en un point qui correspond à la gouttière du biceps, où s'insère le tendon sous-scapulaire.

c) Formes « psychiques » avec anxiété :

KAHLMETER (de Stockholm) a insisté sur l'éclosion fréquente, à la suite de périarthrites scapulo-humérales, de véritables syndromes dépressifs pouvant aller jusqu'à réaliser le tableau de la mélancolie anxieuse, dépassant de loin les banales réactions dépressives que peut entraîner tout état douloureux compliqué d'insomnie.

Il interprète ce syndrome comme traduisant l'extension vers des centres neuro-végétatifs supérieurs, du dérèglement sympathique qui serait à la base de la périarthrite de l'épaule.

b) Formes « calcifiantes ». Périarthrite de l'épaule avec calcification sus ou péri-humérale.

En réalité, il ne s'agit pas là proprement d'une forme clinique mais plutôt d'une forme *anatomique et radiologique*. Car, en règle générale, le fait que les rayons X montrent ou ne montrent pas de calcification, ne modifie guère ni le tableau clinique, ni le pronostic, ni le traitement.

Il existe de curieuses divergences d'opinion sur la fréquence de ces périarthrites calcifiantes. D'une façon générale, elles sont considérées comme assez rares en France, plus fréquentes en Amérique. Des statistiques américaines donnent jusqu'à 25% de périarthrites calcifiantes. Personnellement, nous ne relevons, sur nos 100 cas, que 8 cas où existait une calcification au-dessus de la tête humérale.

Répetons que la calcification ne représente pour nous qu'un des aspects anatomiques possibles de la souffrance des tendons rotateurs, et que cette dégénérescence calcicitaire des lésions n'est pas obligatoirement liée à un aspect clinique spécial. Il y a des formes atrocement douloureuses sans calcification, et inversement il y a des calcifications indolores parfaitement latentes, simples découvertes radiologiques.

Essai de synthèse anatomo-physio-pathologique pathogénie

Nous n'entrerons pas ici, dans le détail des connaissances très solides que nous avons, au sujet des lésions de la périarthrite de l'épaule. Constatations qui ont été faites, tantôt au cours des recherches nécropsiques tantôt au cours d'opérations chirurgicales.

On peut dire aujourd'hui, qu'il y a dans nos connaissances sur les lésions et sur les mécanismes de la périarthrite de l'épaule, suffisamment de données solides, pour que l'on puisse essayer de construire sur elles une *synthèse anatomo-pathologique*.

A. — Il existe à l'épaule, en dehors de

l'articulation scapulo-humérale, une *deuxième articulation* qui articule la grosse tubérosité de l'humérus avec la voûte acromio-deltoidienne; la pièce maîtresse de cette deuxième articulation de l'épaule est la *bourse séreuse sous-deltoidienne*, dont le plancher est formé par le *tendon du muscle susépineux*. Or, ce muscle travaille dans des conditions qui l'exposent à un véritable *surmenage physiologique*.

B. — Les *lésions anatomiques du tendon*, résultant de ce surmenage, restent souvent sans expression clinique, mais elles peuvent aussi, surtout quand elles s'accompagnent d'une réaction œdémateuse du tendon, se traduire par des *douleurs et de la gêne à l'occasion de certains mouvements*, quand la lésion *accroche* dans le défilé acromio-tubérositaire. Cliniquement, c'est la phase *d'épaule douloureuse chronique simple*. Anatomiquement c'est une phase de *tendinite douloureuse*.

Tout peut en rester là, ou même rentrer dans l'ordre.

C. — Mais d'autres fois, comme conséquence d'un surmenage fonctionnel intense ou bien sans cause bien déterminée, la *lésion tendineuse s'enflamme* et l'inflammation gagne la bourse. Et c'est le stade clinique de *périarthrite aiguë* avec douleur intense qui empêche les mouvements (épaule douloureuse aiguë). Anatomiquement, c'est un stade de *bursite inflammatoire aiguë*.

La périarthrite aiguë de l'épaule, c'est *l'inflammation aiguë de la deuxième articulation de l'épaule*.

D. — Plus ou moins rapidement, cette inflammation va s'atténuer et se résoudre, la douleur s'apaise. Mais il reste dans la bourse comme séquelle de l'inflammation, des *adhérences fibro-adhésives*, qui entraînent le *blocage mécanique de l'épaule*. Cliniquement, c'est la phase *d'épaule bloquée*. Anatomiquement, c'est la phase *d'ankylose fibreuse de la deuxième articulation de l'épaule*.

Ainsi se déroule, sur deux plans parallèles, un cycle évolutif bien particulier :

—sur le plan anatomique, c'est le cycle : *tendinite, bursite aiguë, bursite adhésive*.

—sur le plan clinique, c'est le cycle :

douleur sans blocage, douleur et blocage, blocage sans douleur.

Ce schéma, qui place les lésions du tendon sus-épineux à la base de tout l'édifice de la périarthrite de l'épaule, a le mérite d'être *simple et clair*. En outre, il repose sur des réalités anatomiques dûment contrôlées.

Cependant, il serait faux de dire qu'ainsi tout est éclairci dans la pathogénie de la périarthrite de l'épaule. A côté des clartés, les obscurités ne manquent pas.

1^o Ces lésions du tendon sus-épineux, somme toute, sont banales. On les a retrouvées très fréquemment à l'autopsie de sujets normaux. Elles restent habituellement latentes. Pourquoi donc, chez-tel sujet, à tel moment, ces lésions tendineuses banales donnent-elles lieu à cette véritable explosion inflammatoire qui caractérise la périarthrite aiguë ?

2^o Bien sûr, il y a des cas où l'on peut fournir une explication plausible; rappelons-nous ces surmenages fonctionnels de l'épaule du garçon de café, du violoniste, le rôle éventuel d'un traumatisme, chute, effort ou fatigue, on d'un refroidissement. Mais, souvent, aucune cause valable ne peut être proposée, et l'on est réduit aux hypothèses. Parmi ces hypothèses, il en est une, particulièrement en vogue aujourd'hui, qui consiste à faire intervenir un *déséquilibre du système nerveux-végétatif*. Certes les arguments que l'on peut faire intervenir en faveur de cette intervention du système nerveux ne manque de poids. Rappelons le rôle très apparent dans certaines observations, des soucis, des facteurs moraux, du surmenage intellectuel ou nerveux; et les périarthrites de l'épaule qui succèdent à l'angine de poitrine dans l'évolution des infarctus du myocarde. D'autre part, on ne peut nier que l'explosion brusque d'accidents d'allure inflammatoire, en dehors de toute agression microbienne et de toute diathèse goutteuse, est bien dans les allures pathologiques des processus fluxionnaires à point de départ neuro-végétatif.

Mais, si l'on admet cette hypothèse d'une intervention neuro-végétative les questions aussitôt se multiplient ? Comment le sympathique agit-il sur le tendon

et sur la bourse pour en déterminer l'inflammation ? Est-ce à travers un mécanisme vasculaire ? La congestion aiguë de la bourse doit-elle être interprétée comme une sorte de dilatation paralytique aiguë des vaisseaux du plancher de la bourse ? Est-ce directement, au contraire, que le système neurovégétatif agit sur les tendons et les bourses de l'épaule, comme dans les expériences de REILLY sur la paroi intestinale ? De toutes façons il resterait à préciser les voies anatomiques suivies par ces influences nerveuses, leurs points de départ et leurs relais. Ce n'est pas donner une explication scientifique que de tout rapporter, par principe, à l'action mystérieuse du ganglion étoilé. Il y a là toute une série de recherches à entreprendre et de faites à vérifier. Ce qu'il faut éviter, c'est de se contenter d'explications purement verbales, pour rendre compte de ce mécanisme encore si mal connu de la périarthrite de l'épaule.

Heureusement, le médecin peut parfois plus qu'il ne sait. Pour soulager les malades, il utilise quelquefois des notions encore obscures. De cette connaissance encore si vague du rôle du système nerveux végétatif dans le mécanisme des périarthrites, la thérapeutique a su tirer parti, comme nous allons le voir, pour perfectionner le traitement de la périarthrite scapulo-humérale à ses différentes périodes.

Traitement

Nous ne décrivons pas ici, toutes les méthodes de traitement qui ont été préconisées, pour abrégé le cours de la périarthrite de l'épaule.

Nous estimons, qu'il faut agir différemment suivant que le malade vient consulter, à tel ou tel stade de sa maladie.

1^o La phase douloureuse simple :

Nous voyons rarement le malade à ce stade. On ne vient guère consulter pour une simple douleur de l'épaule, douleur supportable en surplus, et qui n'apparaît qu'à l'occasion de certains mouvements.

Si, pourtant, le patient vient demander conseil, que peut-on lui proposer ? Rappelons-nous qu'il s'agit souvent, à ce stade, de minimales lésions du tendon sus-épineux, sur lesquelles plane la menace d'une poussée inflammatoire ? Il faut donc, en prin-

cipe, mettre l'articulation au repos, et tâcher d'agir favorablement sur la nutrition tissulaire locale de l'épaule par des infiltrations novocainiques du ganglion étoilé. Nous conseillons donc un repos relatif, des analgésiques et une série d'infiltrations stellaires. Souvent, ce traitement réussit parfaitement, la douleur se dissipe et la maladie ne va pas plus loin.

2⁰ La phase de périarthrite aiguë. — Traitement de l'épaule douloureuse aiguë.

C'est à cette période de bursite inflammatoire aiguë que la plupart des malades viennent consulter : l'épaule est immobilisée par la douleur, hypersensible à toute tentative de mobilisation spontanée ou provoquée.

Il faut mettre l'articulation enflammée au repos et au repos complet. Éviter l'air chaud, les infra-rouges, la diathermie et les ondes courtes, éviter les rayons X, éviter le massage et les frictions rubéfiantes. Tout ce qui augmente la chaleur locale ne fait qu'exaspérer la douleur. Tout au contraire, la réfrigération locale permanente par la vessie de glace a été préconisée récemment par MICHOTTE comme étant le seul moyen rapide et sûr de calmer la douleur.

L'idéal serait d'immobiliser l'épaule en abduction, pour que les adhérences, si elles venaient à se former, n'empêchent pas l'écartement du membre. En fait, dans la plupart des cas, il est impossible d'obtenir, en pleine phase hyperalgique aiguë, la mise du membre en abduction forcée. La plupart des malades ne pourraient le supporter. N'oublions pas qu'il s'agit souvent de sujets fatigués, anxieux, insomniaques, dont le système nerveux est « à vif » et dont la coopération, pourtant indispensable, n'est pas facile à obtenir.

C'est pourquoi en principe, on appliquera le traitement suivant :

1⁰ Repos au lit, en prodiguant les analgésiques : aspirine, barbituriques, opiacés si nécessaire ;

2⁰ S'efforcer d'obtenir le maximum d'abduction compatible avec la nécessité de ne pas provoquer un réveil hyperalgique. On y parviendra en glissant progressivement des coussins entre le bras et le thorax :

3⁰ Ni massage, ni mobilisation, répétons le, ni air chaud, ni aucune physiothérapie capable d'augmenter la chaleur locale. Au contraire, on refroidira l'articulation par la glace. Fait paradoxal : bien qu'elles « réchauffent » le membre, les infiltrations stellaires de novocaïne à 1 pour 200, à un rythme de 3 par semaine (8 à 12 au total), et faites selon la technique simple et indolore que nous avons préconisée, nous ont paru constituer une thérapeutique efficace. Chez certains de nos malades, leur action fut brillante : sédation rapide de la douleur allant de pair avec une libération parallèle des mouvements. Souvent, l'amélioration est moins « spectaculaire », l'efficacité du traitement moins évidente.

De toutes façons, vient un moment où la douleur s'atténue, où la mobilisation prudente du membre devient possible. C'est un moment critique. En principe dès que la douleur s'atténue, il faut amener l'épaule en abduction et mobiliser le membre avec douceur, pour essayer d'éviter la formation d'adhérences serrées dans la bourse et le blocage serré de l'épaule en abduction. Mais, si l'on mobilise trop tôt, le sujet ne supporte pas la douleur et l'on risque de déclencher un réveil inflammatoire dans ces tissus hyper-sensibles. Par contre, si l'on mobilise trop tard, on n'évitera pas le blocage de l'épaule. Nous n'avons pas réussi à déterminer une date valable. Il faut mobiliser dès qu'on peut le faire sans trop de douleurs et dès que le malade commence à oser exécuter lui-même des mouvements de minime amplitude. Et il faut continuer dès qu'on s'est assuré qu'une première tentative très prudente n'a pas été suivie de réaction inflammatoire. Nous sommes ici dans le domaine de l'art médical, où comptent pour beaucoup le doigté, le bon sens et l'expérience du médecin et du masseur dont l'intime collaboration, à ce stade, est absolument nécessaire.

Signalons, par ailleurs, qu'à cette période de détente, peut être appliquée la *radiothérapie* à dose « anti-inflammatoire ». Employée plus tôt, elle risquerait de provoquer une pénible exaspération des douleurs.

En résumé : la mise au repos complète de l'articulation, associée à la réfrigération et aux infiltrations stellaires permet souvent d'abrégé cette période de la bursite inflammatoire aiguë, et de conserver le bras dans la meilleure position possible. En huit à quinze jours, suivant la gravité du cas, la poussée inflammatoire s'apaise, les douleurs cessent. Une mobilisation prudente et progressive permet alors de venir à bout, en quelques semaines, de la tendance plus ou moins discrète à l'ankylose qui aurait pu déjà se manifester.

Reste à faire comprendre au malade la nécessité de ne pas fatiguer son articulation tout en poursuivant les exercices gradués. Il tirera souvent profit de l'action complémentaire d'une cure thermale.

Dans quelques formes particulièrement douloureuse, où l'intensité suraiguë de la douleur serait liée à la surtension intérieure du tendon par une grosse calcification enflammée, ou a parfois fait cesser la douleur instantanément en incisant la calcification qui bombe sous le plancher de la bourse. La tension du plancher de la bourse est parfois telle que la simple incision détermine un véritable jet de bouillie ou même de liquide calcaire sous pression. Personnellement, nous n'avons jamais eu recours à ce traitement.

3⁰ La phase d'ankylose fibreuse. — Traitement de l'épaule bloquée.

La thérapeutique est toute différente.

Trois procédés de « déblocage » sont théoriquement possibles :

1⁰ On peut se contenter du traitement classique — rayons infrarouges, massages et mobilisation — auquel on peut encore ajouter les infiltrations stellaires. Cette méthode réussit en général parfaitement. Malheureusement, c'est une méthode lente. C'est souvent après six ou huit mois, voire un an et plus de patience et de soins, que le malade recouvre l'intégrité de ses mouvements.

2⁰ On peut tenter des manœuvres chirurgicales, consistant à ouvrir la 2⁰ articulation de l'épaule et à déchirer les adhérences à la main. CODMAN a décrit minutieusement dans son ouvrage les différentes techniques qu'il a successivement

employées pour parvenir à ce résultat. Mais il conclue en fin de compte à l'échec habituel de cette intervention, qui provoque parfois des complications gênantes, pour un résultat discutable. Plusieurs chirurgiens qui ont fait les mêmes essais, ont abouti aux mêmes conclusions pessimistes.

3⁰ Entre la patiente méthode classique de mobilisation lente et progressive, et les hardies tentatives chirurgicales de déblocage immédiat à ciel ouvert, reste à choisir une troisième solution : libération de l'épaule par les procédés orthopédiques.

Le blocage de l'épaule est dû, rappelons-le, aux adhérences fibreuses serrées qui soudent l'un à l'autre les deux feuillets de la bourse sous-acromio-delhoïdienne. On peut libérer l'épaule en réalisant soit la rupture brutale, soit l'élongation progressive de ces adhérences.

a) *La rupture des adhérences sous anesthésie générale.*

Malgré l'obtention de bons résultats surviennent assez souvent des complications chez certains malades (troubles sensitifs et moteurs, par élongation du plexus brachial, réveil inflammatoire local avec reprise des douleurs aiguës), nous ont amené à abandonner cette méthode, et à préférer le traitement par l'extension lente et discontinue.

b) *L'extension lente et discontinue.*

Réalisée d'abord avec des moyens de fortune, l'extension progressive nous apporta d'emblée des résultats suffisants pour nous encourager à perfectionner la méthode. Nous fîmes alors construire un appareil qui permet de régler avec précision la position du bras du sujet, ainsi que le sens et la force des tractions.

Avec l'aide de Mlle HUE, qui a patiemment étudié avec nous toutes sortes de variations techniques, nous sommes arrivés au mode suivant :

1⁰ le sujet est au lit. Son membre supérieur ankylosé est placé dans l'appareil, en abduction et rotation externe avec une traction horizontale d'environ 500 grammes et une traction verticale comprise, suivant les cas et la force du malade, entre 700 grammes et 1 kg 500.

2^o le malade reçoit en abondance des analgésiques : aspirine, barbituriques, opiacés si nécessaire.

3^o pour éviter les accidents d'élongation, l'extension est discontinuée. C'est-à-dire que chaque jour entre les séances d'extension, le bras est détaché plusieurs fois et laissé libre, pendant plusieurs heures.

4^o le point le plus important reste la nécessité d'une surveillance attentive, au moins 3 à 3 fois par jour, pour parer à tous les incidents : vérifier les positions, fixer le temps de libération du membre, surveiller la fatigue du malade, guetter une réaction inflammatoire de son épaule, un engourdissement dans le territoire du plexus brachial, une diminution de la force des doigts.

Entre les mains d'un personnel médical et auxiliaire expérimenté ce procédé nous donne à l'heure actuelle d'excellents résultats.

Abordons pour terminer, deux aspects particuliers du problème :

1^o Traitement de la périarthrite avec calcification sus-humérale.

Lorsque la calcification est grosse, il est habituellement conseillé d'intervenir par voie chirurgicale, dans deux cas :

a) Dans les calcifications récentes, quand la calcification est très douloureuse (forme hyperalgique décrite par CODMAN). Noter que pour certains auteurs, la simple ponction de la calcification qui lui permet de s'évacuer au dehors à la manière d'un abcès, suffirait à faire disparaître les douleurs. Notons aussi que pour MICHOTTE,

la réfrigération par la glace permettrait d'obtenir en quelques jours la résorption du dépôt calcique.

b) Dans les calcifications anciennes, quand la calcification paraît jouer le rôle d'un obstacle mécanique s'opposant au libre jeu de l'abduction.

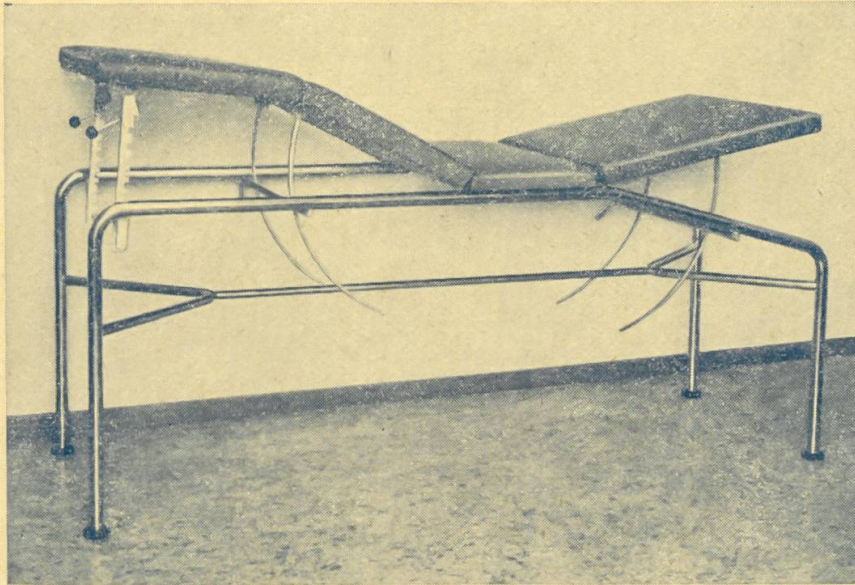
Comme nous l'avons signalé plus haut, ces cas nous ont paru, en fait, assez rares. Nous ne voyons guère chez nos malades que quelques cas, 4 ou 5 sur 150 peut-être, où une intervention de ce genre aurait pu être raisonnablement conseillée. Encore avons-nous pu, même dans ces cas, obtenir finalement la guérison sans intervention. De toute façon on essaiera d'abord la radiothérapie.

2^o Importance du facteur moral dans le traitement de la périarthrite de l'épaule.

Ce que nous savons de l'importance de certains facteurs psychiques comme cause déclenchante ou aggravante de la périarthrite de l'épaule, doit nous inciter à ne négliger la valeur thérapeutique d'une certaine psychothérapie.

Rechercher et mettre à jour pour tâcher de les dissiper, les inquiétudes qui troublent souvent la psychologie de ces malades est certes une œuvre excellente. Mais il importe de garder une attitude ferme chez ces sujets souvent impressionnables et anxieux; un exposé énergique et ferme de la thérapeutique proposée, de son mécanisme et de ses grandes chances de succès, est souvent d'un effet salutaire pour obtenir l'indispensable coopération du malade à l'œuvre de sa guérison.

A vendre	A vendre
<p>pour cause de double emploi:</p> <p>1 installation de massage sous l'eau, système Benz</p> <p>1 appareil de mécano-thérapie Universel</p> <p>1 rameur</p> <p>tous trois à l'état de neuf.</p> <p>S'adresser à :</p> <p>F. Benz, 20 rue de Lausanne, SION Tel. (027) 2 25 45</p>	<p>1 appareil mécano-thérapique universel (15 exercices, membres inf. et sup.)</p> <p>2 appareils pour bains d'air chaud élect. (traitements des membres inf. et sup.)</p> <p>1 vélo de chambre, + divers haltères.</p> <p>A. Deillon, Neuchâtel, 3 rue du Môle</p>



**Massage -
und
Extensions-
tische**
mit Zubehör

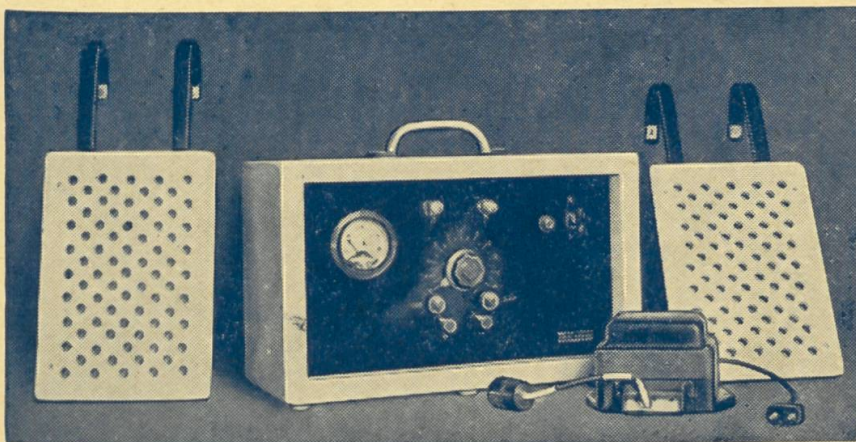
**Tritte
Hocker
Boys etc**

Spezialanfertigungen

Vorteilhaft und zweckmässig
vom Fachmann mit Spitalpraxis:

WALTER HESS Fabrik f. Arzt- und Spitalapparate
Dübendorf ZH Tel. (051) 96 64 35

HESS
DÜBENDORF - ZCH



Elektro-Bäder

seit 25 Jahren.

Div. Ausführungen für
jede Wanne.

Baldur Meyer, El. Ing.
Seefeldstrasse 90

Zürich 8,
Tel. (051) 32 57 66

Zur Weiterbildung im Beruf

steht allen Mitgliedern die Fachbibliothek des Schweiz. Berufsverbandes offen. Benützen auch Sie diese wertvolle Gelegenheit. Die neuen aktuellen Bücher sind dazu da, dass sie gelesen werden und zur Fortbildung dienen. — Bücherverzeichnisse sind erhältlich bei:
Martin Hufenus, Landisstrasse 11, Zürich 50, Telefon (051) 46 66 08

AZ
THALWIL

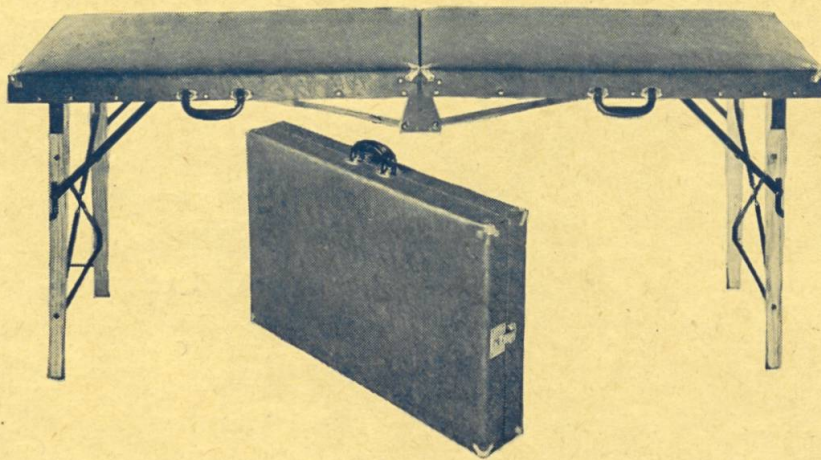
Phafag

MASSAGE-OEL

Fordern Sie bitte
Gratismuster an!

belebt und erfrischt die Haut
und hat einen unaufdringlichen
sauberen Geruch. Es dringt oh-
ne jegliche Schmierwirkung so-
fort und vollst. in die Haut ein.

PHAFAG AG., Pharm. Fabrik, Schaan (Liechtenstein)



Die neue
zusammenklappbare

Massagebank

die sich als **Koffer** mit-
nehmen lässt und trotz-
dem jede **Stabilität** bie-
tet.

Arbeitsmasse:

178 cm lang, 56 cm breit,
70 cm hoch

Zusammengeklappt:

56x89 cm. Gewicht: 16 kg

Vorführung und Offerten durch

QUARZ AG.

Zürich

Othmarstr. 8

Tel. (051) 32 79 32

Redaktion:

Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Dorfstr 32, Thalwil

Für den französischen Teil: A. Rupertl, Avenue Druey 15 Lausanne

Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil

Insertenteil: Buchdruckerei W. Plüss, Zeughausstrasse 17, Zürich 4

Erscheint 2-monatlich

BUCHDRUCKEREI: W. PLOß, ZÜRICH