

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1967)

Heft: 213

Artikel: Les Tendomyoses

Autor: Besancet, J.P.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929841>

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: 04.02.2026

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

LES TENDOMYLOSES

Présenté aux Journées d'Etudes de la Société Romande de Physiothérapie du 28 janvier 1967 à Lausanne, par J.-P. Besancet, physiothérapeute, Neuchâtel

Thème des Journées : Les rhumatismes ab-articulaires.

Réf. Acta Rheumatologica no. 19

Les tendomyoses

Le terme de syndrome pseudo-radiculaire comprend les symptômes pathologiques douloureux qui ne sont pas dûs à une irritation radiculaire directe, mais peuvent y faire songer de part leur localisation. Contrairement à l'irritation radiculaire qui se produit au niveau vertébral et qui a pour objet la racine nerveuse avec projection douloureuse dans le dermatome correspondant, le syndrome pseudo-radiculaire est d'origine principalement périphérique. Il s'agit de processus pathologique du tissu musculaire, graisseux, nerveux périphérique, vasculaire et des articulations. D'étiologie variable, le plus souvent systématique dans leur manifestation, ces états douloureux sont fréquemment liés à une disposition segmentaire, comme le démontre la topographie segmentaire des groupes musculaires synergiques, des nerfs ou des vaisseaux atteints.

Les douleurs musculaires de qualité variable (sensations d'étirement, de déchirure, douleur en vrille) qui s'accompagnent de raideur et de maladresse sont rassemblées sous le vocable de «rhumatisme». On n'est pas encore parvenu de nos jours à une conception humorale ou anatomo-pathologique plus exacte, et les modifications tissulaires inflammatoires ou autres trouvées occasionnellement à l'examen histopathologique, découlent d'autres maladies qui n'ont rien à faire avec la douleur musculaires bien connue. C'est pourquoi le concept du rhumatisme musculaire est vague et qu'il lui manque une définition clinique. Dans la littérature anglo-saxonne on parle de «fibrosite» pour désigner le sac dans lequel on jette pêle mêle les cas non diagnostiqués de douleur des parties molles, et on le divise anatomiquement en fibrosite musculaire, péri-articulaire, tendineuse et aponévrotique. Les interprétations par les auteurs de différents pays sont variables,

ce qui contribue à diviser les opinions quant à la forme clinique et à la pathogénèse. Cependant au cours de ces vingt dernières années, certaines formes cliniques de douleur musculaire ont été fréquemment décrites, bien qu'à chaque symptôme particulier on ait proposé une interprétation différente. Il en est résulté une division du rhumatisme musculaire en myogélose (d'après Schade et Lange), tendo-périostose (selon Von Neergaard) et autres. Malgré l'insuffisance de base histo-pathologique et humorale constante plusieurs caractères communs à certains douleurs musculaires parfaitement délimitées ont permis une définition fonctionnelle tenant compte du facteur pathogénique: il s'agit de «myose» ou «tendomyose» si l'on considère le tendon simultanément atteint.

Issu des cliniques universitaires de Zurich, ce terme a récemment envahi le Welschland et désigne un état pathologique chronique dont la nature est aujourd'hui encore obscure, mais se différencie nettement d'une simple myalgie par différents phénomènes s'écartant de la norme.

On peut définir ainsi la tendomyose:

trouble musculaire fonctionnel, douloureux, aigu ou chronique, actuellement sans substratum humoral ou anatomo-pathologique. Syndrome caractérisé par des propriétés musculaires déterminées provoquées par différents facteurs pathogéniques. Les modifications typiques et constantes des qualités musculaires permettent de considérer la tendomyose comme une entité clinique (donc comme un syndrome à elle seule et non pas comme un simple symptôme dans un syndrome plus vaste) et la classification tiendra compte des différents facteurs pathogéniques, aussi bien pour faciliter la compréhension clinique que pour juger de la thérapeutique appli-

cable. Avant de poser le diagnostic définitif de tendomyose, le médecin doit d'abord différencier le trouble des autres affections rhumatismales inflammatoires ou dégénératives pour rechercher la cause, le facteur pathogène.

Quelles sont ces propriétés musculaires déterminées qui différencient les tendomyoses?

1. La douleur musculaire est liée à la fonction et il s'agit là du fait le plus saillant de la tendomyose. Au repos déjà la douleur peut varier en intensité, en qualité: douleur sourde, aiguë, déchirante ou cuisante. L'éirement et la contraction active du muscle entraînent immédiatement une exacerbation douloureuse. Le début de la contraction provoque donc une augmentation de douleur et s'accompagne d'une sensation de raideur et de tension. Chez certains malades, le mouvement est franchement bloqué par cette augmentation. La douleur liée à la fonction et l'immobilisation consécutive sont les éléments communs à toutes les tendomyoses réflexes.

2. Chez d'autres malades, la douleur croissante du début peut par contre s'atténuer après quelques mouvements pour n'augmenter qu'en cours d'effort ce qui s'accompagne d'une fatigue précoce suivie parfois de secousses fasciculaires. A l'examen le muscle relâché est douloureux à la pression dans sa totalité. Ce phénomène augmente nettement à l'éirement et à la contraction du muscle.

Certaines parties circonscrites sont particulièrement sensibles: les tendons, leur zone d'insertion périostée et aussi certaines parties du corps musculaire. La pression qu'on leur applique provoque une forte douleur qui peut irradier. A la palpation ces zones douloureuses circonscrites ressemblent à des indurations en cordon ou en nodule et sont connues en langage médical sous le nom de myogélose. Leur substratum anatomique n'a pas encore été découvert à ce jour. On suppose que les contractions fasciculaires évoquées plus haut peuvent engendrer des contractures localisées en cordon qui correspondraient aux myogéloses.

3. On trouve souvent dans la tendomyose une augmentation du tonus semblable à une rigidité surtout lorsque l'affection n'est pas récente. Le muscle présente alors une contracture plus étendue qui, à l'éirement, donne l'impression d'une hypertonicité allant jusqu'à la rigidité. Il est remarquable de constater (sans pouvoir l'objectiver) que dans un muscle hypertonique la douleur à la pression diminue; elle n'est plus qu'insignifiante et on ne la retrouve qu'aux points d'insertions. Une simple myogélose semble donc capable d'évoluer jusqu'à l'hypertonicité d'un muscle entier.

Autres symptômes: troubles de la sensibilité

On trouve souvent dans la tendomyose des troubles dysesthésiques et hyperesthésiques secondaires non spécifiques; généralement au dessus du muscle quand celui-ci se situe directement sous la peau. Par exemple si le grand dentelé est affublé d'une tendomyose on démontre une hyperesthésie dans la paroi latérale du thorax sauf dans les zones où le grand dentelé est recouvert par le grand pectoral ou le grand dorsal. Une sensation de froid peut être également ressentie en superficie au dessus du muscle tendomyotique. Par exemple en cas de coxarthrose, la sensation de froid sur le côté externe de la jambe est connu des rhumatologues suisse-allemands sous le nom de «Generalstabsstreifen», allusion directe aux passe-poils des pantalons des officiers d'état-major suisse.

En outre, lors de tendomyose des extenseurs longs et courts des doigts, il n'est pas rare que les malades se plaignent de fourmillement et d'engourdissement des doigts. Ces paresthésies peuvent être très douloureuses et sont une des causes de la brachialgie paresthésique.

Pathogénese des tendomyoses

Les facteurs pathogéniques du rhumatisme musculaire abondent dans la littérature. On a longtemps accusé l'infection directe et de nombreux patients se sont vus retirer leurs dents, leurs amygdales, leur vésicule biliaire et ont subi des traitements

intensifs de leurs sinus par exemple. Mais tout ceci n'a amené aucune réaction sérologique, ou bactériologique positive. L'ablation d'un foyer infectieux n'a été que rarement profitable. On se borne à constater que le patient mentionne fréquemment le froid, l'humidité, les courants d'air, les changements brusques de température et de temps, comme facteur déclenchant. D'autre part les femmes en période prémenstruelle ou menstruelle semblent prédisposées à une affection douloureuse des parties molles.

Il n'existe donc aucune preuve anatomo-pathologique; c'est sans doute la raison pour laquelle les facteurs psychiques sont trop souvent évoqués. Mais on trouve par contre certaines règles dans la localisation élective de la tendomyose vue sous un angle fonctionnel. Les 327 paires de muscles humains peuvent vraisemblablement tous être atteints de tendomyose, mais peu en sont fréquemment frappés. On distingue 4 groupes de facteur étiologique responsable de la localisation.

1. Troubles de l'activité musculaire physiologique par surmenage ou mauvaise attitude d'un ou de plusieurs muscles

Ces troubles sont dûs la plus part du temps à un facteur professionnel ou sportif. La forme la plus simple de la tendomyose est la courbature. Après un effort inhabituel et prolongé, apparaissent les douleurs caractéristiques décrites plus haut. Les fasciculations peuvent aller jusqu'à de véritables crampes: on peut citer le piano, la machine à écrire et le tricotage comme facteur déclenchant de tendomyose des muscles distaux des membres supérieurs (extenseur des doigts, pronateur et subinateur).

Les skieurs de fonds connaissent bien la tendomyose du triceps, du deltoïde et du grand dorsal.

Les chauffeurs, les porteurs de lourdes charges voient les muscles de leur ceinture scapulaire particulièrement exposés.

Les tendomyoses lombaires ou des membres inférieurs sont réservées le plus souvent aux professions qui exigent une mauvaise statique vertébrale.

2. Tendomyoses en cas de projection douloureuses dans certains muscles

Même sans surmenage, ni mauvaise posture, un muscle peut être atteint d'une tendomyose dite irritative s'il a été le siège d'une douleur projetée, par exemple le deltoïde ou le sus-épineux en cas de douleur sténocardiaque. Le cas est également fréquent pour les muscles des loges externes et antéro-externes de la jambe après une sciatalgie. Cette tendomyose subsiste bien après que les symptômes radiculaires aient disparus.

3. Tendomyoses après un traumatisme local

On y trouve non seulement une douleur persistante à l'endroit de la contusion, mais aussi à l'insertion tendineuse et même à l'attache projetée. De plus, la douleur liée à la fonction est toujours présente.

4. Tendomyoses réflexes

L'expérience clinique démontre qu'il existe des douleurs musculaires de nature tendomyotique dont l'apparition est toujours liée à un foyer douloureux primaire. Les muscles atteints sont en relation particulières avec ce foyer. Par définition, un tissu innervé (de quelque nature qu'il soit), est sensé provoquer des tendomyoses réflexes s'il est atteint pathologiquement. Lorsque l'irritation du foyer primaire est supprimée, les douleurs musculaires s'effacent en même temps.

On trouve les tendomyoses réflexes dans de nombreux cas d'affection articulaire. Elles visent essentiellement les muscles responsables du mouvement qui irrite précisément l'articulation. Par exemple en cas d'affection de l'articulation acromio-claviculaire non seulement les muscles moteurs de l'omoplate (trapèze, grand dentelé, biceps) mais aussi les extenseurs des doigts peuvent devenir tendomyotiques. On ne trouve donc pas que les muscles rattachés directement à l'articulation: les extenseurs des doigts à leur action nécessitent une ébauche de l'abduction du membre supérieur (la méthode de Kabat le confirme), cette ébauche de mouvement peut être suffisamment douloureuse pour créer une tendomyose réflexe plus éloignée.

On décrit encore des tendomyoses réflexes thoraciques et abdominales de moindre importance dans des cas allant de l'appendicite à la cholécystite purulente aiguë. Mais elles réagissent également à la médication analgésique puissante administrée en pareils cas.

Aloïs Brugger: Les nombreux états douloureux qui accompagnent les maladies rhumatismales, chirurgicales, internes ou autres gagnent une autre signification à la lumière de ces faits. Dans bien des cas les zones de Head ne sont rien d'autres que des tendomyoses réflexes, mécanisme protecteur de l'organe atteint (Kohlrauch). Les recherches futures s'efforceront de séparer les 2 choses.

Les contractures réflexes ont une proche parenté étiologique avec les tendomyoses réflexes qu'elles accompagnent d'ailleurs dans de nombreux cas. Ce n'est qu'après un certain temps qu'elles revêtent le caractère typique de la tendomyose avec la douleur liée à la fonction. Par opposition aux ten-

domyoses, la contracture réflexe est fugitive et n'apparaît que lorsque le facteur déclenchant est mis à contribution (par exemple une articulation en état d'irritation). Elle se maintient aussi longtemps que dure cette mise à contribution. Une simple pression sur l'articulation irritée peut suffire pour provoquer une augmentation de tonus dans les muscles qui sont en relation fonctionnelle directe avec la dite articulation.

C'est à cette catégorie de contracture musculaire qu'appartient l'augmentation réflexe du tonus du grand fessier chez la femme enceinte. Au début de la grossesse déjà cette hypertonie réflexe efface la lordose lombaire contrairement à l'opinion erronée qui veut y voir une hyperlordose lombaire. Simultanément le tonus des grands droits de l'abdomen est augmenté. Ceci pourrait expliquer entre autre pourquoi chez presque 50% des femmes enceintes un syndrome irritatif de la symphyse, souvent sub-clinique, apparaît progressivement.

L'ADMINISTRATION COMMUNALE LAUSANNOISE

cherche **Physiothérapeute**

ou **Praticien(ne) en gymnastique
orthopédique**

Qualifications requises : diplôme de physiothérapeute de l'école cantonale vaudoise de physiothérapie ou titre jugé équivalent. Le ou la candidate doit être apte à dépister chez l'enfant les anomalies de la posture et à enseigner les techniques de gymnastique spéciale qui leur son appliquées.

Entrée en fonction : mai 1967

Adresser offres ou demandes de renseignements à la Direction des écoles, service médical, Montbenon 6, 1002 Lausanne — tél. 22 59 65

Fräulein
Anna Wöelfle
Kornhausstr. 50

AZ
8800 THALWIL

8006 Zürich

Medizinische Bädereinrichtungen

Apparatebau
KARL SCHREINER
Freiburg i. Br.
Schreiberstr. 8

Unverbindliche Planung
und Beratung



»KOMBINA 61 H«
Kombinationsanlage

Redaktion: Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistrasse 53, 8800 Thalwil
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Frau E. Plüss, Algierstrasse 30, 8048 Zürich, Tel. (051) 62 30 64
Für den französischen Teil: A. Ruperti, 15, Avenue Druey, 1004 Lausanne
Expedition für die franz. Schweiz: La Société Romande de Physiothérapie,
le secrétariat: 8, Av. Jomini, 1004 Lausanne
Erscheint 2-monatlich. — Druck: Buchdruckerei W. Plüss, 8004 Zürich