

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:	214
Artikel:	Electrothérapie dans les rhumatismes abarticulaires
Autor:	Beaume, Michel
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-929844

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>

dis à la face postérieure du genou; presque toujours unilatéraux ils s'observent chez les adultes des deux sexes.

La lipo-arthrite sèche chez la femme ménopausique peut également faire partie du cadre rhumatismal ab-articulaire. D'après le Dr Weissenbach, le test du choc rotulien est positif, mais comme amorti. La rotule et le tendon rotulien sont sertis par un gros bourrelet adipeux. L'anormale amplitude des mouvements de latéralité traduit une hyperlaxité ligamentaire. Pour le Dr Weissenbach, cette lipo-arthrite traduirait surtout un état dégénératif dû aux troubles physiologiques de la ménopause.

On peut également parler des hydathroses.

Elles peuvent être considérées comme rhumatisme ab-articulaire lorsque, comme le décrit le Professeur de Sèze, elles apparaissent sans cause réelle et que, faute de mieux, il qualifie d'essentielles, car l'image radiologique reste muette.

3) *Enfin le pied*, qui présente les bursites rétro- et sous-calcanéennes et l'aponévrosite plantaire, ou maladie de Ledderhose, qui est l'homologue plantaire de la

Maladie de Dupuytren.

Pour terminer, il nous a paru intéressant de noter quelques analogies mécaniques générales dans l'éclosion de cette pathologie juxta-articulaire des membres supérieurs et inférieurs.

1) Rapport entre l'épaule, la hanche et le genou, l'une en suspension, permettant le mouvement ballistique, les 2 autres en charge, permettant le mouvement directionnel, qui sont les sièges de périarthrite.

2) Rapport entre le coude et le genou. Siège des troubles d'insertion dus à l'attache de muscles polyarticulaires permettant le mouvement large et souvent violent.

3) Rapport entre le poignet et la cheville, coulisse ostéo-fibreuse, bague de passage difficile, siège des ténosynovites.

4) Rapport entre la main et le pied, siège de dégénérescences aponévrotiques, dues souvent à l'action microtraumatisante sur un terrain préalablement réceptif de l'acte professionnel pour la main et de la marche pour le pied.

Bibliographie :

De Sèze : Connaissances élémentaires du rhumatisme

éd : Expansion scientifique française

Electrothérapie dans les rhumatismes abarticulaires

par Michel BEAUME, Genève

Toutes les pratiques électrothérapeutiques peuvent être résumées en les classant en 3 catégories :

- les vibrations électromagnétiques
- les courants électriques de basse, moyenne ou haute fréquence
- les moyens électro-mécaniques

En pratique thérapeutique, cela revient à utiliser :

- les infra-rouges, les ultra-violets et les rayons X
- les ondes courtes et leurs dérivés: micro-ondes, radar ou diathermie; les courants continus ou alternatifs sinusoïdaux
- et enfin les ultra-sons comme moyen électro-mécanique.

Je laisserai volontairement de côté les 3 premiers nommés, les rayons X, parce qu'ils n'appartiennent pas aux pratiques paramédicales, bien que très fréquemment utilisés, — et avec succès —, dans les traitements de rhumatismes ab-articulaires. Les infra-rouges et les ultra-violets, parce que bien connus et ne posant pas trop de problèmes dans une utilisation thérapeutique. Le courant continu ou courant ionique, s'il a par lui-même quelques indications d'ordre circulatoire ou antalgique, n'est pas particulièrement utile dans le traitement des lésions ab-articulaires, si ce n'est que comme agent moteur dans les ionisations. Il va sans dire que les ionisations salicylées ou calciques, par exemple, peuvent toujours être entreprises sur un cas présentant un trouble localisé inflammatoire.

toire douloureux. Il est alors difficile de préciser quelle est la part thérapeutique prise par les ions médicamenteux qui pénètrent relativement peu profondément dans les tissus, étant assez rapidement absorbés par les capillaires, et ce, à n'importe quelle intensité d'application. Les applications à haute intensité n'offrent qu'une possibilité de brûlure supplémentaire. Les courants le plus souvent utilisés dans le cadre thérapeutique qui nous intéresse sont donc :

- les ondes courtes et leurs dérivés
- les courants alternatifs sinusoïdaux ou courants diadynamiques
- et les ultra-sons.

Je dois avouer que, lors de la préparation de ce travail, j'ai pensé, en me basant sur la précision de localisation anatomique des foyers rhumatismaux ab-articulaires, pouvoir offrir des propositions thérapeutiques elles aussi, précises et rationnelles. Car nous devons reconnaître que nous employons des appareils électrothérapeutiques hautement perfectionnés de façon assez empirique. Il n'est en effet pas rare d'entendre un patient nous dire : «On m'a déjà fait des rayons et ça ne m'a rien fait.» Quels rayons a-t-il reçus ? A quel stade de son cas ? Et pourquoi ce praticien attaque-t-il une P.S.H. avec des ondes courtes et cet autre avec des ultra-sons ? Ils ont probablement raison tous les deux, mais incomplètement raison, car en définitive, il n'existe pas d'application électrothérapeutique exclusive et unique au début d'un cas donné. Je dois dire que cette constatation que j'ai été obligé d'admettre après plusieurs entretiens avec des médecins ou professeurs spécialistes en rhumatologie m'a profondément déçu, car elle complique singulièrement notre travail.

Il y a pourtant des généralités qu'il convient de connaître :

1) La première, à mon avis, c'est l'action effective des courants alternatifs sinusoïdaux, des ondes courtes et de leurs dérivés, et des ultra-sons.

2) La seconde, c'est la nature du trouble périarticulaire auquel on s'adresse, c'est-à-dire la nature du tissu et surtout sa situation dans les plans périarticulaires.

3) La troisième étant le stade de l'altération. Est-elle en cours de processus inflammatoire ou, au contraire, le stade inflammatoire est-il stabilisé ? Enfin, les causes d'éventuelles raideurs ou blocages articulaires, sont-elles osseuses, tendineuses, ligamentaires ou musculaires ?

Je ne m'étendrai pas sur les actions des courants diadynamiques, bien connues. Je me contenterai de rappeler qu'ils sont, avant tout, circulatoires et antalgiques. Or, il est incontestable que ces actions sont, avant tout, valables dans les cas à traumas uniques, c'est-à-dire lorsque l'altération locale n'a pas tendance à irriter les plans articulaires qui lui sont voisins. Dans les cas de rhumatismes ab-articulaires, la sédatrice douloureuse due au diadynamique ne sera que momentanée, car il pourra tout au plus stabiliser sur le moment le processus inflammatoire et analgésier pour quelques heures les fines terminaisons nerveuses périarticulaires.

Par contre, le diadynamique pourra être utile pour traiter certains cas de douleurs ab-articulaires résiduelles, si ces douleurs sont dues à des séquelles inflammatoires ou cicatricielles très localisées, ou encore tout au début d'un stade douloureux très aigu.

En conclusion, si le diadynamique est en général insuffisant dans le cadre thérapeutique qui nous intéresse, je ne pense pas qu'il puisse avoir de contre-indications formelles, ou qu'il puisse avoir une action aggravante sur un cas de rhumatismes périarticulaires. D'autre part, si des résultats devaient être obtenus par diadynamique, ils le sont rapidement. Si 3 ou 4 séances se sont montrées inefficaces, il est inutile d'insister.

Enfin, il convient de relever que le diadynamique reste inopérant sur les patients qui ont peur ou qui ne supportent pas ces «sensations d'électricité». Ceci dit, je ne voudrais pas avoir l'air de dénigrer les courants diadynamiques qui restent nos principaux auxiliaires en traumatologie, mais c'est de rhumatologie que nous parlons maintenant.

Reste la thérapie par haute fréquence.

L'utilisation thérapeutique de la haute fréquence présente un intérêt capital : sa

forte puissance de pénétration, qui permet l'échauffement des tissus situés à tous les plans.

Dans le titre de thérapie à haute fréquence, j'englobe les applications ondes courtes, radar, micro-ondes et ultra-sons. Si les ultra-sons ne sont pas parents avec les trois premiers nommés au point de vue conception, ils leur sont très proches par leurs utilisations thérapeutiques.

Je pense qu'au point de vue électrothérapique pour les rhumatismes ab-articulaires, c'est dans cette famille d'appareils à hautes fréquences que se trouvent nos meilleurs alliés, à condition de savoir les différencier. Si le résultat de ces 3 possibilités thérapeutiques est l'échauffement en profondeur, toute l'astuce consiste à savoir à quel plan chacun de ces appareils s'adresse :

Ondes courtes: action trans-articulaire à prédominance superficielle, ondes dévirées par le plan osseux.

Radar ou micro ondes: élévation de température sur un plan plus profond, mais pas sur le plan osseux.

Ultra sons: Action osseux prédominante.

Ceci posé, il faut, pour prétendre à un résultat électrothérapique valable en rhumatologie, disposer si possible de chacun de ces appareils, car, en général, si chacun peut apporter une amélioration, il est fort rare que cette même application garde la même utilité après quelques séances. Et rien n'est plus désespérant que de voir des praticiens continuer sur certains cas un grand nombre d'applications uniques, parce qu'ils n'ont qu'un seul appareil, considéré par le patient comme inutile, l'amélioration n'ayant été que légère au début, puis nulle.

Il faut savoir modifier une application, car suivant le résultat, il y a indication nouvelle ou, au contraire, contre-indication. Je pense que l'on peut suivre le schéma suivant :

Stade inflammatoire évolutif :

ultra-sons + diodynamique (si toléré)

Stade douloureux après évolution inflammatoire :

radar ou ondes courtes ou micro-ondes suivant localisation + ultra-sons

Limitation ou blocage articulaire : ondes courtes.

Lors du *stade inflammatoire évolutif*, stade très aigu, il y a mise en repos articulaire forcée, c'est-à-dire mise à l'abri de l'articulation. Il est en général dangereux de chauffer à ce stade-là. Les meilleurs résultats sont, au contraire, obtenus par le froid, soit une cryothérapie; tout agent calorifique provoquant une hyperhémie, il va du même coup provoquer une poussée inflammatoire. Les ultra-sons, eux, restent valables, car ils n'ont qu'un faible pouvoir calorifique sur les tissus mous. Le diodynamique crée à ce stade une sédation qui, même momentanée, est toujours précieuse pour un patient qui souffre.

Au *stade douloureux après évolution inflammatoire*, si la douleur est très localisée mais profonde : radar

si la douleur est très localisée : micro-ondes

si la douleur reste peu localisée : ondes courtes.

A ce stade, il convient d'être prudent quant aux intensités utilisées. En effet, il est faux de croire que les ondes courtes, le radar ou les micro-ondes chauffent plus profondément quand ils sont employés à fortes intensités. L'intensité ne change pas le plan de chauffage : elle change le degré de chauffage de ce plan. Donc, il convient de ne pas éléver trop brutalement la température d'un tissu qui n'est pas physiologiquement conçu pour subir des variations thermiques brusques. Cette faute a souvent pour effet de redéclencher une crise inflammatoire.

Enfin, pour le *stade de raideur ou blocage articulaire*, tous les moyens d'amélioration de la nutrition et de la souplesse tissulaire, et en particulier la chaleur, sont à utiliser. Je préconise les ondes courtes qui sont les seules à avoir, sur une large surface, un pouvoir calorifique véritablement transarticulaire.