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: Rhumatismes abarticulaires du membre sup. et inf.

Autor: Beaume, Michel

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929843

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: 13.07.2025

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

Rhumatismes abarticulaires du membre sup. et inf.

par Michel BEAUME, physiotherapeute, Genève

Cette altération des éléments extra-articulaires peut se situer au niveau de n'importe quelle articulation, avec cependant une prédilection pour celles qui sont soumises de par leur constitution anatomique à des fonctions de soutien ou de leviers, exigeant des mises à contribution particulièrement violentes, ou répétées, provoquant des micro-traumatismes directs. Les localisations les plus caractéristiques atteignent donc divers appareils constitués par des tissus de la lignée conjonctive.

On peut donc distinguer :

1) — *des localisations sur les tendons et leurs appareils de glissement* = les tendinites, les ténosynovites, les bursites.

2) — *des localisations sur les tissus fibreux* = les fibrosites, les aponévrosites, les apophysites.

3) — *des localisations sur les muscles* = les myosites, les myalgies, les amyotrophies.

4) — *des localisations sur le tissu conjonctif lâche* = les cellulites superficielles, profondes, les cellulalgies.

1) Tendinites, ténosynovites, bursites.

Le rôle des facteurs traumatiques y est très important, de même que celui des facteurs métaboliques, neurotrophiques et vasomoteurs qui prédisposent aux lésions abarticulaires en perturbant la trophicité et la vascularisation des tendons. Le tendon, sa gaine et sa bourse de glissement étant étroitement solidaires, l'altération de l'une des pièces engendre généralement une irritation du tout. Le diagnostic de détail devient difficile. On parle alors de périarthrites.

2) Fibrosites, aponévrosites, apophysites.

On trouve une grande similitude étiopathogénique ou mécanique quant aux facteurs déclenchants et à la prédisposition avec ce qui a été mentionné précédemment. On peut considérer, quant à notre point de vue thérapeutique, qu'il n'y a pas de différence entre une apophysite et une tendinite d'insertion.

Les aponévrosites palmaires et plantaires (maladies et Dupuytren et de Lederhose) représentent un type de rétraction fibreuse différente des autres fibrosites, où les perturbations neurotrophiques, les micro-traumatismes et l'hérédité jouent un rôle prépondérant. Il en va de même pour les fibrosites sacro-iliaques étudiées par Copemann.

3) Myalgies, myosites, amyotrophies.

Ces manifestations musculaires douloureuses se rattachent plus ou moins directement au rhumatisme.

Les myalgies, dont la crampe n'est que la forme paroxystique, s'observent à titre de symptôme d'accompagnement au cours de certaines arthrites ou arthroses, mais elles sont surtout la conséquence de trouble statique, d'où myalgies posturales. Elles ne répondent pas à des lésions organiques, mais représentent un trouble fonctionnel douloureux, dû en particulier à l'accumulation d'acide lactique. Les myosites et les amyotrophies comportant, elles, de véritables lésions du muscle, avec nodules inflammatoires ou foyer d'induration.

Ceci posé, il nous a paru intéressant de classer ces différentes affections abarticulaires selon leurs principaux sièges.

En ce qui concerne le membre supérieur:

1) L'épaule.

L'articulation scapulo-humérale est à 2 points de vue une articulation exceptionnelle :

a) c'est la seule enarthrose importante qui ne soit pas contrainte à une mise en charge physiologique, donc à une compression articulaire. L'humérus est en suspension, relié au squelette axial par de puissantes moyens de contention musculaire.

b) c'est l'articulation la plus mobile du corps. Les surfaces de glissement y sont nombreuses, donc les possibilités d'échauffement y sont grandes; de plus, les efforts musculaires exigés sont intenses.

Ces raisons font de l'épaule une zone d'élection où l'on note :

— la myotendinite du sus-épineux
— la ténobursite sous-acromio-deltoïdienne
— la ténosynovite du long biceps, ainsi que la tendinite d'insertion deltoïdienne.

Chacune de ces affections suit un processus évolutif, soit :

— une phase douloureuse
— une phase aiguë évolutive pouvant conduire
— à l'ankylose ou gel articulaire.

Le passage de l'une à l'autre de ces 3 phases peut être plus rapide, en raison du siège initial.

A titre d'encouragement ou de consolation, citons le Professeur de Sèze qui dit que toute périarthrite scapulo-humérale guérit d'elle-même en 2 années environ.

2) Au coude, on rencontre des ténobursites olécrâniennes, et surtout des tendinites d'insertion : épicondylite et épitrochléïte.

3) A l'avant-bras et au poignet, on note la ténosynovite sténosante de Quervain au niveau du long abducteur et du court extenseur du pouce, plus rarement au niveau des tendons des muscles radiaux.

4) Enfin, à la main.

a) le doigt à ressort
b) la Maladie de Dupuytren

a) Le phénomène dit du doigt à ressort réside dans la difficulté qu'a un tendon fléchisseur à coulisser dans sa gaine fibreuse, en général à cause d'un épaississement nodulaire de ce tendon. La palpation du pli digito-palmaire peut montrer un nodule qui remonte vers la paume de la main lors de la flexion et glisse vers les doigts lors de l'extension. Dans les formes légéres, le blocage est rare; dans les formes sévéres, le blocage articulaire est réel et il faut que le malade s'aide de son autre main pour étendre son ou ses doigt(s) bloqués qui lâchent brusquement, comme mus par un ressort.

b) La Maladie de Dupuytren consiste en une hypertrophie et une rétraction de l'aponévrose palmaire superficielle. La fibrose est diffuse et intéresse la peau et le tissu sou-cutané, l'aponévrose profonde, les tendons et les gaines tendineuses. L'altération se manifeste en général au 4e doigt, voire au 2 derniers, souvent de maniére bilatérale.

En ce qui concerne le membre inférieur :

1) La hanche.

Contrairement à ce que nous avons dit pour l'épaule, la hanche est une articulation mise en charge, soumise à une pression constante, dont la mobilité articulaire est relativement limitée. Ces oppositions d'avec la scapulo-humérale font que les atteintes ab-articulaires sont aussi rares à la hanche qu'elles sont fréquentes à l'épaule.

Nous noterons donc la *périarthrite non calcifiante* de la hanche. Si la radiographie ne montre aucune lésion osseuse, on peut conclure avec le Dr Duvernay qu'il y a oedéme du tissu conjonctif périarticulaire.

La forme la plus typique est représentée par la *périarthrite calcifiante de la hanche* qui, selon le Dr Ravault, peut survenir aprés traumatisme ou spontanément. La phase douloureuse aiguë apparaît trés vite, la limitation des mouvements est globale; l'évolution est en général bénigne : la douleur diminue et les mouvements reprennent une amplitude normale en quelques jours.

La trochantérite qui se traduit par un aspect hérissé de la surface trochantérienne dont les saillies répondent à l'ossification d'insertions tendineuses ou ligamentaires.

Quant à *la hanche à ressaut*, elle est caractérisée par une sensation de décrochement, accompagnée souvent d'un claquement audible résultant de la friction du grand trochanter et de la partie supérieure du fascia lata. Cette hanche à ressaut est souvent la cause de trochantérite.

2) Au genou, il s'agit le plus souvent d'une périarthrite de la face interne du genou, au niveau de l'insertion des muscles de la patte d'oie, soit une tendinite d'insertion des fibres inférieures des adducteurs. La douleur apparaît à la marche, accentuée par la flexion et la rotation externe du membre inférieur. La périarthrite externe est rare. Pour la face antérieure du genou, les boursites sous-rotuliennes ainsi que les apophysites tibiales antérieures sont aisément reconnaissables. Il en est de même des kystes poplités arron-

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 hydarthroses.

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 polyartriculaires 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 : Expension scientifique française

Electrothérapie dans les rhumatismes abarticulaires

par Michel BEAUME, Genève

Toutes les pratiques électrothérapiques 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 fréquement 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 inflamma-