

# La manipulation de l'épaule

Autor(en): **Ruperti, Alexander**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseur, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie**

Band (Jahr): - **(1956)**

Heft 147

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930751>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## La manipulation de l'épaule

La manipulation de l'épaule est peut-être la manipulation la plus délicate et la plus difficile. Pour la réussir, trois choses importantes: premièrement une étude adéquate du mouvement physiologique de l'articulation pour permettre une technique parfaitement adaptée; deuxièmement, l'établissement d'une distinction très nette entre les mouvements propres à l'articulation scapulo-humérale et les mouvements propres à l'omoplate; troisièmement, l'établissement de ce qui est, pour l'individu, l'étendue normale du mouvement au niveau de l'épaule. Cette étendue varie beaucoup d'un individu à un autre et il peut être désastreux de chercher, par la force, à obtenir un degré de mouvement qui dépasse l'étendue normale pour l'individu.

Commençons par l'étude du mouvement physiologique de l'épaule. On fait souvent un rapprochement entre l'épaule et la hanche à cause de la similarité des mouvements possibles au niveau de ces deux articulations. Néanmoins, le mécanisme de ces mouvements, apparemment semblables, est bien différent dans chaque cas. Tout d'abord, il n'y a pas de ligament rond dans l'articulation de l'épaule pour lier le centre de la tête humérale à la cavité glénoïde. Ensuite, alors que la cavité cotyloïde peut entourer la tête fémorale, la cavité glénoïde de l'omoplate a la forme d'une poire et est relativement plate, avec le col de la poire porté obliquement par rapport à la partie principale de la surface. Enfin, en comparant la grandeur relative des têtes du fémur et de l'humérus, nous trouvons que la surface articulaire sur l'humérus est beaucoup plus vaste que la portion de la surface de la glène avec laquelle elle s'articule à un moment donné, tandis que la tête du fémur est invariablement plus petite que la cavité cotyloïde.

Ces quelques considérations anatomiques indiquent clairement que, malgré la similarité des mouvements des deux articulations, le mécanisme de ces mouvements est entièrement différent. L'explication de la différence réside dans la réponse à

la question: «Pourquoi la glène a-t-elle la forme d'une poire?»

Pour répondre à cette question, il faut considérer le genre de mouvement physiologique de l'humérus sur la glène. Si une personne ayant un mouvement normal se tient debout, le bras pendant librement, et qu'on place un doigt exactement du côté externe de la pointe de l'acromion, on sent directement sous le doigt une masse dure et résistante. Ensuite, au fur et à mesure que la personne lève son bras en abduction et particulièrement si le deltoïde est relâché, il arrive un moment où cette masse dure disparaît et où le doigt tombe, pour ainsi dire, dans un creux. Si maintenant la personne baisse de nouveau son bras, la masse dure réapparaît subitement sous le doigt. Le même phénomène se produit lorsqu'on place un doigt exactement devant le bout externe de l'acromion et que la personne fléchit son bras en avant. Une masse osseuse, qui fait saillie quand le bras pend le long du corps, disparaît subitement pendant la flexion pour réapparaître quand la personne laisse retomber son bras.

Ces deux observations ne peuvent signifier qu'une chose c'est que, pendant le mouvement physiologique normal de l'articulation, la tête de l'humérus glisse en bas dans la glène pendant l'abduction et en bas et en arrière pendant la flexion en avant. C'est pour permettre à la tête humérale ces glissements sur l'omoplate que la glène a sa forme actuelle et il faut bien garder ce fait à l'esprit si l'on veut éviter un désastre pendant toute mobilisation forcée de l'épaule.

S'il y a un empêchement à ce mouvement de glissement de la tête humérale sur la glène, ce qui arriverait inévitablement est clair, si l'on voulait provoquer ces deux mouvements d'abduction et de flexion en avant. Pendant l'abduction, l'extrémité supérieure de l'humérus, si elle ne peut glisser en bas, rencontrerait la surface inférieure de l'acromion. Donc, si l'on cherche à forcer le mouvement, les deux surfaces

synoviales de la bourse qui se trouve sous l'acromion seront coincées entre les deux os et on risque ainsi de provoquer une bursite aigüe. Il y a le même danger si l'on force la flexion en avant dans le cas où la tête humérale ne peut pas glisser en bas et en arrière sur la glène.

De ces faits, nous pouvons tirer les règles suivantes: avant de forcer quoique ce soit à l'épaule, assurons-nous que les structures derrière l'articulation sont libres; et, si la fonction de l'épaule n'est pas parfaite, n'essayons pas d'arriver à la pleine amplitude de mouvement avant d'être tout-à-fait certain que la tête de l'humérus puisse glisser librement sur la glène en bas et en arrière.

Il y a un dernier fait important à remarquer dans l'étude de l'anatomie de l'épaule. La stabilité de l'articulation dépend surtout du contrôle des muscles qui régissent les mouvements. Aussi, quand le bras pend le long du corps, la capsule — très lâche pour permettre l'amplitude du mouvement possible à l'épaule — forme de nombreux plis à la partie inférieure de l'articulation. Si, pour une raison ou une autre, on a laissé le bras pendre le long du corps alors qu'il y a une inflammation articulaire, ces plis capsulaires auront tendance à se coller ensemble. L'expansion naturelle de la capsule est ainsi perdue et on risque de traumatiser la capsule si l'on cherche à forcer des mouvements dans toutes les directions.

#### *L'estimation du mouvement normal.*

On peut pousser la tête humérale vers le haut sur la glène, en avant, en arrière et en bas et enfin on peut la tirer loin de la glène. Cette grande variété de mouvements est dûe au fait que la stabilité de l'articulation dépend plus de l'action musculaire que du contrôle ligamentaire. Dans les cas de paralysie ou de grande faiblesse du deltoïde, les ligaments ne sont pas capables de maintenir la tête humérale en place et, si on laisse pendre le bras le long du corps, il est assez fréquent de trouver la tête reposant sur le bord de la glène au lieu de se trouver en contact avec sa surface lisse. Cette position trop basse de la

tête provoque souvent une irritation définie des nerfs de l'articulation aux endroits comprimés et est une des causes des douleurs rayonnant le long du bras et qu'on diagnostique souvent, à tort, comme étant une névrite brachiale. Il arrive souvent qu'on peut guérir une soi-disant névrite simplement en poussant la tête humérale vers le haut et en donnant, pendant un certain temps, un appui à l'olécrane.

La première chose à faire, dans l'examen du mouvement de l'épaule, est de s'assurer du glissement de la tête humérale sur la glène au moyen de l'abduction passive, la personne étant en position couchée. Il est difficile de procurer une relaxation suffisante du deltoïde si le patient est debout.

Deuxièmement, le patient étant couché ou debout, comparer l'étendue de la flexion en avant de l'épaule malade avec celle de l'épaule saine.

Troisièmement, examiner la flexion en arrière, qu'il est bien de faire une fois avec le coude fléchi et une fois avec le coude étendu et l'avant-bras en supination. Ceci pour découvrir si le tendon du biceps joue un rôle dans la limitation du mouvement. Si le mouvement est apparemment libre quand le coude est fléchi, mais douloureux quand le bras est étendu avec l'avant-bras en supination, nous avons une preuve presque certaine que la gaine du tendon du biceps est pour quelque chose dans la limitation.

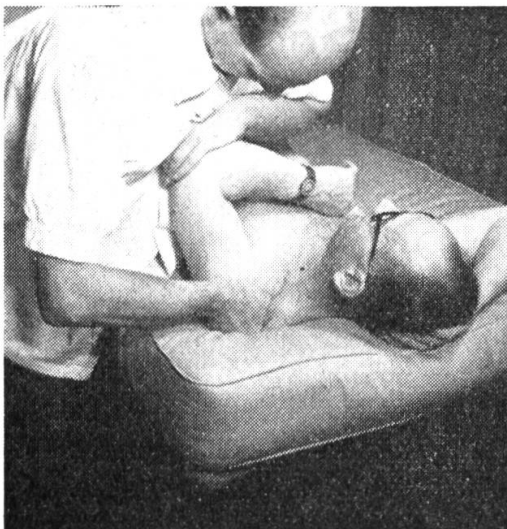
Quatrièmement, adduction des bras en les portant devant le corps. On peut aussi voir jusqu'où le patient peut aller avec la main vers la nuque du côté opposé, mais nous devons nous souvenir que ce mouvement comprend celui de l'omoplate en même temps que celui du bras.

Cinquièmement, on conduit la main derrière le dos, coude fléchi, et on cherche à la faire monter le plus haut possible vers l'omoplate du côté opposé. Ici il faut noter qu'une limitation dans ce mouvement peut être dûe à l'omoplate, à un manque de rotation interne, à un manque de flexion en arrière ou à un manque de tous les deux.

*Les mouvements qui ne sont pas sous contrôle de la volonté.*

*1. Comment pousser la tête de l'humérus vers le haut sur la glène.* Cette manipulation peut être faite avec le patient debout ou couché. Personnellement, je préfère l'exécuter avec le patient couché. C'est la première manipulation qu'il faut faire car elle aide souvent à déterminer si l'articulation est dans un état propre à la manipulation ou non. S'il y a encore de l'inflammation dans l'articulation, cette manipulation est assez douloureuse; quand il n'y a pas de danger à manipuler, il n'y a pas de douleur.

Fléchir l'avant-bras et le bras en avant. Placer une main stabilisatrice entre le banc et le sommet de l'épaule de telle manière que lorsque le poignet est pleinement fléchi dorsalement, l'avant-bras soit vertical par rapport à la clavicule. Placer maintenant une main mobilisatrice sur l'olécrane et pousser sur cette main avec le sternum. La pression est exercée par le poids du corps imprimé à travers la main et le long de l'humérus. On peut balancer légèrement le corps pour que l'humérus passe par quelques degrés de flexion en avant.

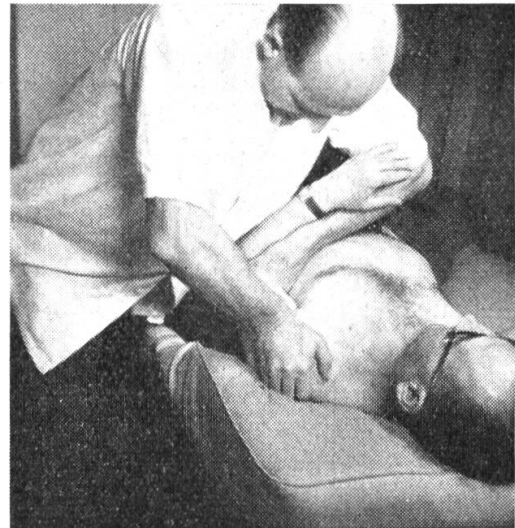


*2. Comment pousser la tête de l'humérus en arrière sur la glène.*

Cette manipulation réussit mieux avec le patient couché; c'est une des manipulations les plus importantes car du glisse-

ment libre en arrière de la tête de l'humérus sur la glène dépend la possibilité d'abduction et de flexion en avant du bras.

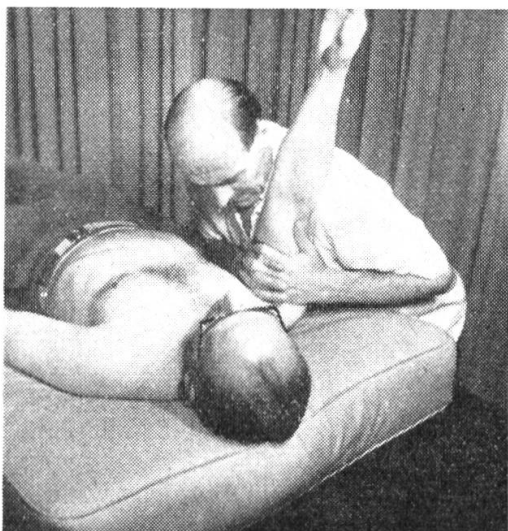
Une main stabilisatrice tient le coude du patient. L'avant-bras du patient et du manipulateur doivent être à angle droit par rapport au bras. L'avant-bras du patient repose sur celui du manipulateur. Le manipulateur doit placer son genou plié sur le lit avec sa cuisse à angle oblique sur laquelle il fixe le coude du patient avec la main stabilisatrice. Ensuite la main mobilisatrice sera placée haut sur le col de l'humérus, les doigts dirigés en haut sur le deltoïde, le poignet en pleine flexion dorsale. Pousser vers le bas à angle droit par rapport à l'humérus et dans une direction antéro-postérieure. En levant l'angle de l'appui du coude du patient sur la cuisse, on peut imprimer la force mobilisatrice à travers plusieurs degrés de flexion en avant. Mais il est essentiel de pousser toujours à angle droit par rapport à l'humérus. —



*3. Comment tirer la tête de l'humérus loin de la glène.*

Il y a plusieurs moyens de faire ce mouvement, je vous décris celui qui me semble avoir le plus d'avantages. Le patient est couché et la technique permet de briser même des adhérences très fortes, sous un contrôle parfait, et sans danger de traumatiser le coude pendant le mouvement.

On lève le bras du patient aussi loin que possible vers une position verticale. Si l'on veut traiter le bras gauche, par exemple, le côté externe de ce membre est placé sur l'épaule droite du manipulateur qui unit ses deux mains sur le côté interne du bras et aussi près du creux axillaire que possible. L'épaule joue le rôle de force stabilisatrice pendant que les deux mains tirent l'extrémité supérieure de l'humérus directement loin de la glène. Ensuite, ce sont les mains unies qui stabilisent, agissant comme point d'appui, pendant que l'épaule du manipulateur pousse l'extrémité inférieure de l'humérus vers le tronc du patient. Cette technique permet l'emploi d'une force considérable et a encore l'avantage de permettre une traction, non seulement avec le bras du patient vertical mais avec l'humérus dans plusieurs positions d'abduction et de flexion en avant. Mais il faut dire qu'il ne sert de rien de faire le mouvement avec le bras dans une position qui dépasse 45 degrés d'abduction. —

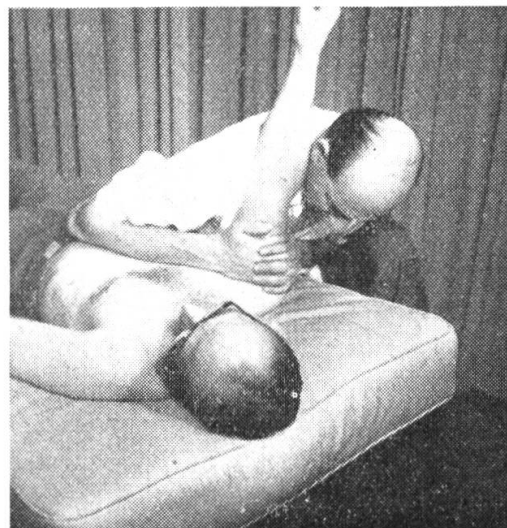


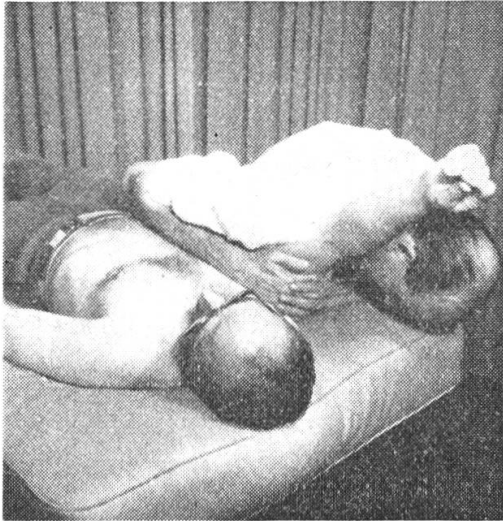
*4. Comment pousser la tête de l'humérus en bas sur la glène.*

Pour ce mouvement il y a aussi plusieurs moyens car on peut tirer aussi bien que pousser la tête de l'humérus en bas. Je vous donne la méthode que j'emploie le plus et qui ressemble beaucoup à celle que je vous ai indiquée pour tirer la tête loin de la glène. La seule différence entre les deux manipulations est que dans ce mou-

vement, si l'on veut traiter le bras gauche, on emploie l'épaule gauche comme force stabilisatrice pendant que les mains, unies sur le côté antérieur de l'humérus et aussi près que possible du creux axillaire, tirent l'extrémité supérieure de l'os en bas. La deuxième partie de la manipulation est identique dans les deux cas: les mains qui stabilisent, agissant comme point d'appui ou de pivot, pendant que l'épaule du manipulateur pousse l'extrémité inférieure de l'humérus dans un mouvement de flexion en avant de l'épaule. Ce mouvement ne présente guère de danger, sauf peut être dans le cas où la condition de la glène favorise une luxation sous-glénoïdienne. Mais, dans un tel cas, on peut éviter le danger en exerçant une pression en arrière pendant que les mains résistent contre la force mobilisatrice de l'épaule.

Nous en arrivons maintenant aux mouvements qui sont sous contrôle de la volonté, mouvements connus de nous tous dans la mobilisation habituelle de l'épaule. Cependant, au point de vue de nos connaissances de manipulateur, ces mouvements doivent suivre un ordre rationnel. Le premier mouvement à faire est l'adduction du bras en travers du corps. S'il y a un empêchement à ce mouvement dans la partie postérieure de l'articulation, il est impossible à la tête de l'humérus de glisser librement en arrière sur la glène et ce fait nous indique qu'il est ainsi inutile de tenter encore l'abduction et la flexion en avant. —





*Pour faire l'adduction*, placer la main du patient aussi près de l'épaule opposée que possible, porter le coude en avant et en travers du corps pendant que les doigts du patient cherchent à monter toujours plus haut sur l'épaule opposée. Si le patient est debout, sa main doit passer sur l'épine de l'omoplate pour que les doigts arrivent enfin à la ligne médiane du dos et peut être un peu plus loin encore. Dans tous les cas, ceci est un mouvement à faire très prudemment à cause du long bras de levier.

*Pour faire l'abduction* il est mieux de faire asseoir le patient. Pour l'épaule droite, placer la main gauche sur l'épaule, au-dessus de la tête de l'humérus, avec les doigts devant et dans une direction antéro-postérieure. Cette position nous permet de nous assurer, et si nécessaire d'empêcher, la bascule en haut de l'omoplate et aussi de sentir si la tête humérale peut glisser librement en bas sur la glène. Si la tête ne peut pas glisser librement, les doigts de la main gauche peuvent aider au glissement. Cette position de la main gauche nous permet aussi de tenir la tête humérale bien en arrière sur la glène pendant le mouvement d'abduction, car si la tête a tendance à glisser en avant pendant son mouvement en bas, ce dernier mouvement ne peut s'accomplir pleinement et normalement. Pour faire l'abduction convenablement, le patient doit être aussi relâché que possible.

Vers la fin de l'abduction à 90 degrés, le trochiter se heurte à l'acromion et, pour passer au-delà de ce point, il y a besoin d'une rotation externe de la tête de l'humérus. Alors la pleine élévation du bras devient possible et ce mouvement s'accompagne toujours d'une rotation externe de la tête de l'humérus. La limitation très fréquente de l'élévation externe complète peut, en réalité, indiquer une restriction dans la rotation externe.

*La flexion en avant* nécessite les mêmes précautions que l'abduction et la même position de la main gauche du manipulateur. On ne peut trop insister sur la nécessité de s'assurer, par palpation de la main gauche, du glissement en bas et en arrière de la tête humérale sur la glène pendant ce mouvement de flexion et pendant l'abduction. Si ce glissement ne se produit pas, il n'y a qu'une chose à faire: arrêter la mobilisation et répéter les mouvements qui ne sont pas sous contrôle volontaire.

*Pour la flexion en arrière*, les coudes peuvent être étendus ou fléchis, mais s'ils sont étendus, les avant-bras doivent être en pleine supination. Si le patient est debout, il est mieux de mouvoir l'articulation du côté sain jusqu'à la limite de ses possibilités et de la maintenir là avant de commencer le mouvement du côté blessé.

*Pour faire la rotation interne*, il faut procéder d'abord comme pour la flexion en arrière jusqu'à la limite du mouvement. Laisser tomber le bras du côté sain. Placer le côté postérieur de l'avant-bras du patient contre son dos, étendre un peu plus le bras en arrière de façon à décoller l'avant-bras du dos et fléchir un peu le coude jusqu'à ce que l'avant-bras touche à nouveau le dos. Il faut se rappeler ici qu'une rotation interne complète est essentielle pour l'accomplissement de la flexion complète en avant du bras et qu'une limitation dans ce dernier mouvement peut ainsi être due à une restriction dans la rotation interne.

*Pour la rotation externe*, placer une main sur l'épaule de façon à fixer l'omoplate et la clavicule. Saisir le coude du patient de l'autre main, avec la paume sous

l'olécrane et en soutenant l'avant-bras du patient sur le sien. Presser le coude du patient fermement contre le tronc du manipulateur. Le mouvement de rotation sera ensuite imprimé au moyen de la rotation du tronc du manipulateur. Il est important de fixer le coude du patient contre le tronc du manipulateur pour éviter que la force mobilisatrice ne s'exerce pas trop bas sur l'avant-bras. La rotation du tronc du manipulateur comme force mobilisatrice permet un contrôle parfait du mouvement et de la force exercée.

Un mouvement combiné de rotation est aussi utile. Le patient unit ses deux mains derrière sa nuque et le manipulateur cherche à porter les coudes le plus en arrière possible.

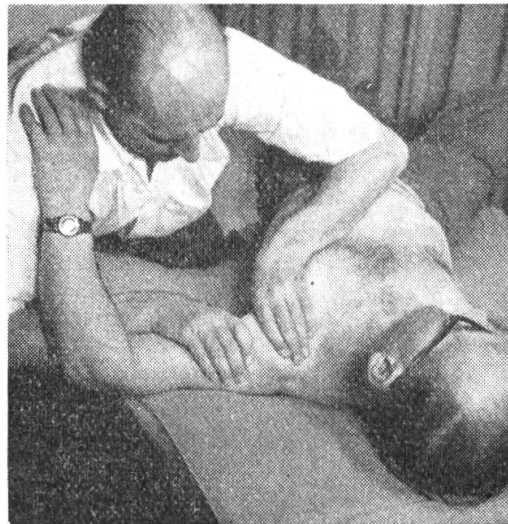
*Les circumductions de l'épaule* sont les derniers mouvements à faire. Il faut les combiner avec des degrés variés de rotation externe et interne de la tête humérale et en formant des cercles toujours plus grands. Ceci est une méthode de grande valeur pour briser des adhérences, surtout celles qui se trouvent si souvent dans la partie antérieure de la capsule articulaire. Dans certains cas, il est sage de mettre une main dans le creux axillaire pour empêcher la possibilité d'une luxation de l'épaule pendant le mouvement.

Après des mouvements avec fixation de l'omoplate, il est bon d'en faire sans fixation, librement.

*Comment briser les adhérences. Le patient doit être couché.*

Il faut d'abord accomplir tous les mouvements qui ne sont pas sous contrôle de la volonté et suivre par le mouvement d'adduction en travers du corps. Ensuite, pour arriver à l'*abduction*, une main stabilisatrice doit être placée aussi haut que possible dans le creux axillaire, contre la poitrine du patient et avec le pouce en bas, dans une position rendant possible la prise du bord axillaire de l'omoplate. Cette main doit alors pousser le creux axillaire aussi en haut que le mouvement de l'omoplate le permet. Placer ensuite l'autre main mobilisatrice en rapport avec le

côté interne de la partie supérieure de l'humérus, mais avec les doigts posés sur le devant de la tête de l'os de façon à pouvoir exercer une pression en bas et en arrière sur la tête pendant le mouvement d'abduction. Cette pression est importante pour assurer le glissement convenable de la tête sur la glène. Éviter toute tendance à la rotation externe.



*La flexion en avant*, quand on se trouve en présence d'adhérences, s'accomplit de la même manière que l'abduction. Il faut seulement faire en sorte que le côté interne du bras du patient repose sur l'avant-bras du manipulateur. Éviter toute tendance à la rotation externe.

Dans ce mouvement, il est important de surveiller la position de l'épitrôchlée. Cette éminence doit toujours être tournée vers le devant par rapport au patient couché, de façon qu'elle regarde directement le plafond à la fin du mouvement de flexion. Si l'on permet de la rotation pendant le mouvement, cette position physiologique de l'épitrôchlée ne peut être respectée et il y a grand danger à forcer le mouvement.

*Pour la rotation externe*, placer l'avant-bras du patient aussi près de son corps que possible avec le coude fléchi à angle droit. La main stabilisatrice repose sur le côté interne du coude fléchi du patient, les doigts placés de telle façon qu'ils se trou-

vent entre le coude et le banc. Bien que nous décrivions celle-ci comme étant la main stabilisatrice, la raison de sa place est qu'elle puisse glisser lentement vers le corps du patient pendant qu'on accomplit la rotation externe. La force mobilisatrice est exercée par l'avant-bras du manipulateur qui fait tourner celui du patient directement vers l'extérieur. Ceci est un mouvement à faire avec précaution puisque le bras de levier est considérable.

### *Indications pour la manipulation de l'épaule.*

Une limitation de mouvement au niveau de l'épaule à cause d'adhérences suit facilement les entorses, les contusions et les dislocations de l'articulation; les fractures du col ou du trochiter de l'humérus, les fractures de l'acromion, de la cavité glénoïde; les inflammations toxiques ou infectieuses de la synovie; et l'arthrite aiguë ou chronique. Dans le cas d'arthrite et lorsque l'infection n'est plus active, la manipulation de l'articulation peut donner des résultats infiniment meilleurs que des traitements prolongés de massages, d'électricité ou de formes variées de chaleur. Les résultats de manipulation dans les cas de raideur à la suite de périarthrite de l'épaule sont généralement bons.

Quand la limitation du mouvement à l'épaule est très grande, il ne faut jamais chercher à tout faire en une seule manipulation. Il faut plutôt espacer les manipulations de 10 à 15 jours en faisant des massages et de la rééducation entre temps. Il vaut mieux se contenter d'une augmentation modérée de mouvement dans tous les sens plutôt que de risquer une fracture en voulant trop faire pendant la première séance. Et il faut se souvenir que c'est le mouvement de rotation forcée qui est le plus apte à provoquer une fracture.

Il faut toujours prendre garde à la possibilité de tuberculose de l'épaule; c'est pourquoi il est important de ne jamais tenter une manipulation sans l'avis du médecin et l'examen de la radiographie.

*Alexander Ruperti.*

Bibliographie: Mennel: Joint manipulation volume I; Fisher: Treatment by manipulation.

(Les collègues qui voudraient la série de photographies indiquant les mouvements décrits dans ce texte, peuvent en faire la demande à la rédaction française). Adr.: Alex. Ruperti, Av. Druey 15, Lausanne.



Boden-Aktivierung  
Ohne chemische Zusätze

● **Für Sämlingsanzucht  
und biolog. Kompost-Pflege!**  
**Schliesst Nährstoff-Lücken!**  
**Resultat: Qualitätsprodukte!**  
Prospekte und Schriften durch:  
**Rolf Koch Kriens 19 / Luzern**  
PS. Wer wünscht Lichtbildervortrag?

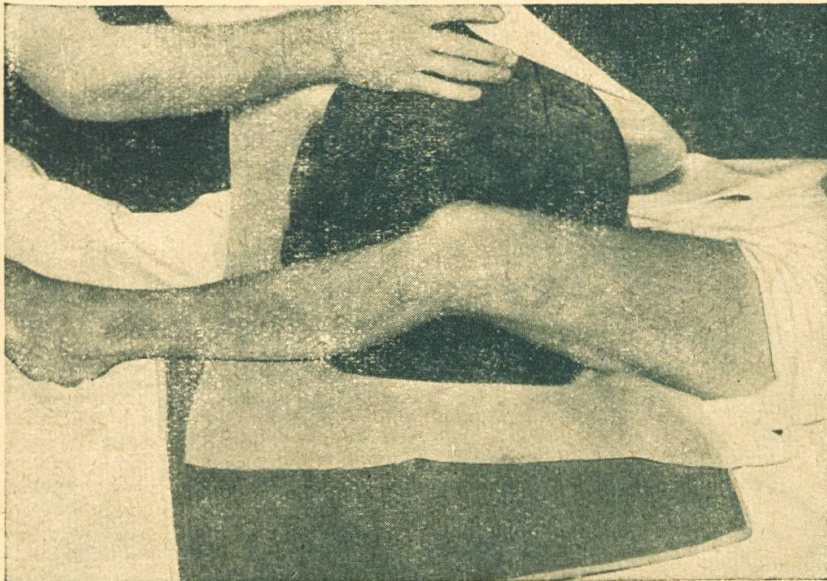


*Mitglieder, berücksichtige Sie  
bei Ihren Einkäufen unsere  
Inserenten!*



# PARAFANGO DI BATTAGLIA

verbindet die Heilwirkung des Fango di Battaglia mit derjenigen der Paraffinpackungen



Anlegen einer Kniepackung  
(2-3 kg)

Schmutzt nicht, schmiert nicht,  
das Paraffin läuft nicht aus,  
die Haare kleben nicht,  
leicht sterilisierbar.

Tafeln zu 1 kg, Kart. zu 6 und  
24 kg.

**FANGO CO. GmbH. RAPPERSWIL SG.**

Tel. (055) 22 457

Auch Generaldepot des vulkanischen Mineralschlammes Fango di Battaglia (Säcke zu 50 kg)

## VERBANDARTIKEL



mit Marke

sind Vertrauensartikel

### Chemisch reine Verbandwatte

**Floc** in Zickzack-Lagen und Preßwickeln  
praktischer Watzepuffer und Nachfüllpackung  
**Kanta** solide Gazebinde mit festgewobenen, nicht  
fasernd, Kant.; kleinste Breiten 1 und 2 cm

### Gazebinden

**Imperma** in allen Breiten  
wasserfester Wundverband

**Excelsior** elastische Idealbinden

**Elvekla** elastische Verbandklammern

**Compressyl** Salbenkompressen, vorzüglich bei Hautverletzungen  
und Verbrennungen

**Rumex** Taschentücher aus Zellstoffwatte

**Hymona** Damenbinden

**Silvis** Gesichtstüchlein

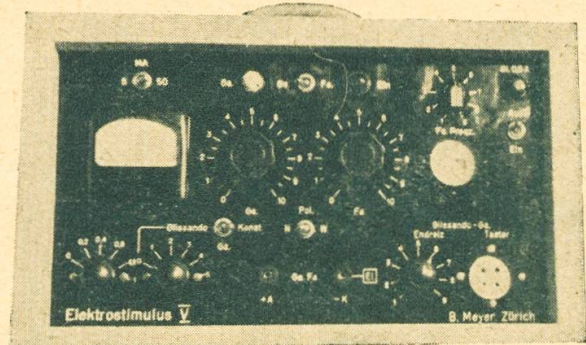
Interessenten lassen wir auf Wunsch bemusterte  
Offerte zugehen

**Verbandstoff-Fabrik Zürich AG.**

Zürich 8

Seefeldstraße 153

Telephon (051) 24 17



Galvanischer Strom  
Faradischer Strom  
Exponentialstrom  
Kurzwellentherapie-Geräte  
Hydro-Elektro-Bäder  
Bewährte Eigenfabrikate.

**Baldur Meyer, El. Ing.**

Seefeldstrasse 90, Zürich 8

Telefon (051) 32 57 66

AZ  
THALWIL



## 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)

## Litin-Salbe

Hervorragend bewährt als rasch wir-  
kendes Einreibemittel bei **Sportver-  
letzungen, Quetschungen, Muskel- und  
Sehnenzerrungen, sportlicher Ueberan-  
strengung, Muskelkater, Blutergüssen  
sowie bei Verrenkungen und Knochen-  
brüchen.**

Bestens geeignet zur  
Heil-, Muskel- und Gelenkmassage!  
Litin-Massage erhöht die Elastizität  
und die Widerstandsfähigkeit der Mus-  
keln.

Besondere Vorzüge:

**Litin dringt rasch in die aufnahmefähigen  
Hautpartien ein und gelangt durch  
Tiefenwirkung direkt an den Krank-  
heitsherd.**

Litin-Salbe ist äusserst sparsam im  
Gebrauch und schmutzt nicht. Keine  
Hautschädigung, schnelle Wirkung!

**Togal-Werk Lugano-Massagno**

### YU-MA bain de boue suisse

en vente depuis 4 ans en suisse allemande,  
s'obtient actuellement aussi **en suisse ro-  
mande**. Spécialement intéressant pour  
Messieurs les Masseurs, instituts d'hydro-  
et Physiothérapie.

Résultats remarquables dans les cas de  
rhumatisme, arthritisme, lumbago, sciati-  
ques, — affections gynécologiques, troub-  
les circulatoires, obésité etc.

La préparation des bains de boue «Yuma»  
est des plus simples: pas de vase, aucun  
salissement, ni de tuyaux bouchés. 2 dl. de  
«Yuma» par bain complet, et c'est tout.

«Yuma»-moorzerat» spécialement indiqué  
pour applitions locales, (maillots de boue  
médicinale).

Pour tous renseignements, documentation  
etc. s'adresser au **YUMA-SUISSE romande**  
92, rue de Lac, Morges.

### Redaktion:

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

Für den französischen Teil: A. Ruperti, Avenue Druey 11 Lausanne

Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil

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

Erscheint 2-monatlich