

La place de la kinésithérapie dans le traitement de la coxarthrose

Autor(en): **Dupuis-Deltor, J.**

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): - **(1959)**

Heft 167

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930936>

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 place de la kinésithérapie dans le traitement de la coxarthrose

par J. Dupuis-Deltor, M. et Y.- DU puis-Deltor et G. et Y. MENVIELLE (Paris)

L'évolution habituelle de la coxarthrose, à plus ou moins brève échéance, est la suppression à peu près complète de la mobilité de l'articulation coxofémorale. Cette évolution s'accompagne, en outre, de douleurs pénibles. C'est pourquoi l'intervention chirurgicale, qu'il s'agisse d'une arthro-dèse ou d'une intervention mobilisatrice, est souvent la solution que doivent tôt ou tard accepter les malades qui désirent garder une certaine activité ou même, seulement, une certaine autonomie de déplacement.

Ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute d'apprécier à quel moment doit avoir lieu cette intervention. Doit-elle être précoce et faut-il peser sur la décision du malade pour l'y décider ? Doit-on attendre que le patient, lassé de souffrir et constatant la réduction progressive de son amplitude articulaire, la réclame, pour ainsi dire de

tement pré-opératoire dans les cas où l'intervention a été décidée, soit enfin comme traitement post-opératoire dans les cas qui ont été soumis à une intervention.

En fait, la kinésithérapie appliquée aux cas non chirurgicaux et la kinésithérapie pré-opératoire s'inspirent des mêmes méthodes. Nous les étudierons donc ensemble dans un même chapitre.

Kinésithérapie des coxarthroses non opérées.

Kinésithérapie pré-opératoire

Chaleur et massage sont utilisés. La peau présente souvent une cellulite réactionnelle qui n'est pas d'ailleurs propre à la coxarthrose, mais qu'il importe de traiter. Ce massage intéresse le membre inférieur, les groupes des fessiers, les lombes.

Quant aux exercices, ils s'inspirent du fait que l'articulation ne doit pas être mise en charge.



Fig. 1. — Résistance manuelle à l'abduction.

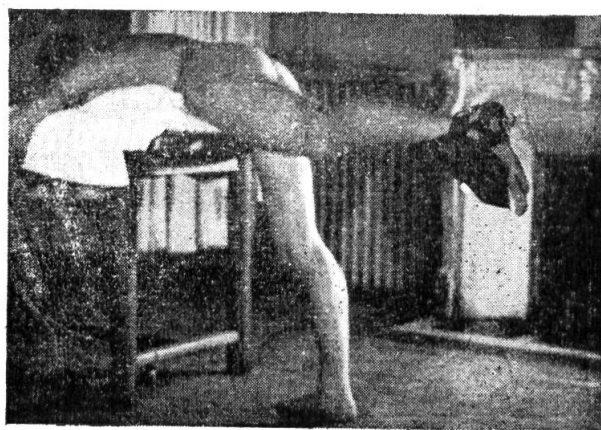


Fig. 2. — Travail du grand fessier évitant le surmenage lombaire et l'attitude lordosante.

lui-même ? La décision reste du ressort du médecin et chirurgien.

Ce qui nous intéresse ici, c'est la place qui revient à la kinésithérapie dans le traitement des coxarthroses, soit comme traitement proprement dit, dans les cas où l'opération a été écartée, soit comme trai-

Après chauffage et massage, on fait exécuter, en décubitus dorsal, des exercices contre résistance manuelle du pied en faisant travailler successivement : l'ensemble psoas quadriceps, les adducteurs, sans oublier le moyen fessier que l'on fait mobiliser dans la limite de ses possibilités. Ab-

ducteurs et adducteurs peuvent travailler jambes tendues mais aussi jambes fléchies, la résistance étant appliquée à hauteur du genou, soit à la partie interne pour l'adduction, soit à la partie externe pour l'abduction (fig. 1).

Tous ces exercices sont par la suite progressivement exécutés à l'aide de la poulie-thérapie. Le poids du membre, ayant été d'abord équilibré, les poids (variables de 3 à 7 kg, ceci étant fonction du cas et de la personne) sont utilisés autant pour servir de résistance que pour rechercher l'amélioration de l'amplitude articulaire. Il est inutile d'indiquer que des résistances d'un poids trop élevé iraient à l'encontre du but proposé en provoquant des contractions réflexes de défense.

En ce qui concerne le travail des grands fessiers, on hésite souvent à faire exécuter en décubitus ventral des extensions du membre inférieur tendu à cause de l'action ensellante de cet exercice. On peut éviter cet inconvénient en faisant pratiquer l'extension de la jambe tendue, le buste en appui en bout de table, les pieds au sol. Cette même position de départ peut être employée avec ou sans poulie. Dans cette position, l'extension du membre inférieur n'a plus d'action lordosante (fig. 2).

Si le travail de la ceinture pelvienne revêt, à nos yeux, une grande importance dans le traitement de la coxarthrose en général, il y a intérêt à ne pas le négliger dans le traitement pré-opératoire. C'est ainsi qu'en décubitus dorsal le patient peut exécuter des circumductions du membre inférieur, l'autre membre restant fléchi sur l'abdomen ou tendu à la verticale pour éviter l'hyperlordose lombaire.

La poulie peut être utilisée pour essayer d'améliorer ou tout au moins entretenir, en décubitus dorsal, la flexion du membre inférieur tendu sur le tronc. Le moment actif est réalisé par l'ensemble grand fessier ischiojambiers. Ce même genre d'exercice est appliqué dans la même position en demandant au patient de laisser le poids entraîner la flexion de la jambe sur la cuisse, le moment actif étant fourni par l'extension de la jambe. En décubitus ven-

tral, extension passive du membre inférieur suivie d'une flexion jambe tendue (fig. 3). Mentionnons sans y insister les exercices à la poulie concernant le quadriceps, l'un s'exécutant assis, l'autre en décubitus ventral (fig. 4).

Ces séances sont suivies d'un certain nombre d'exercices ayant pour but de compenser les mauvaises attitudes souvent prises par les malades qui souffrent; cuisse en adduction, genou en valgum. Il s'agit d'exercices de la marche : marche corrigée, marche sur la point des pieds, marche sur les talons, marche sur le bord externe du pied, marche pied en rotation externe et en rotation interne, marche, quand cela est possible, avec élévation du genou fléchi. A l'aide du banc suédois, ou de marches, exercices réalisant la montée de l'escalier.

Un massage décontractant et assouplissant termine la séance.

Il est souvent bon que le patient répète certains exercices chez lui.

Kinésithérapie post-opératoire

De nombreuses techniques sont utilisées par le chirurgien. On peut les classer en deux grandes familles : celles qui visent à bloquer l'articulation, c'est l'«ARTHRODÈSE» et celles qui tendent à laisser au patient une hanche mobile : ce sont les «INTERVENTIONS MOBILISATRICES».

Une certaine expérience du traitement de tels opérés nous incline à penser que l'idéal serait de mettre le patient entre les mains du kinésithérapeute avant l'intervention afin qu'on lui enseigne ce qu'il aura à faire après, ce moment étant variable selon les cas et les sujets. On ne saurait trop insister sur cette notion que nous croyons importante et qu'on ne peut que souhaiter voir se généraliser.

A) Arthrodèse

On peut envisager la kinésithérapie des personnes ayant subi une arthrodèse selon plusieurs phases distinctes :

1^o La kinésithérapie post-opératoire immédiate, qui commence dès le lendemain

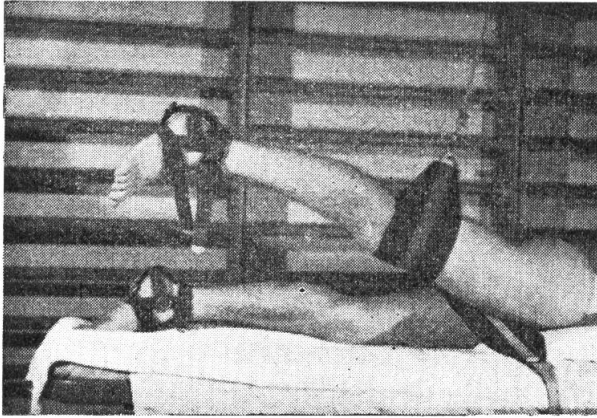


Fig. 3. — Extension passive du membre inférieur suivie d'un travail des fléchisseurs.

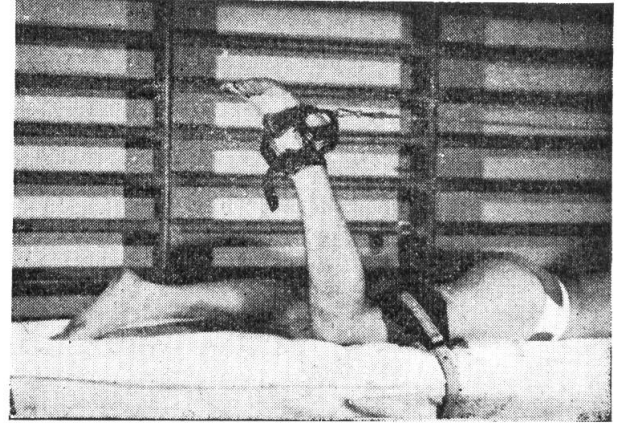


Fig. 4 — Travail du quadriceps en décubitus ventral.

de l'opération et s'échelonne jusqu'au 40 ou 45^e jour.

2^o La kinésithérapie post-opératoire plus lointaine, après cette première période jusqu'au moment où l'opéré est autorisé à se lever et à prendre l'appui.

3^o La kinésithérapie qui peut intervenir dans les centres de rééducation spécialisés avec internat où l'on complète par un travail local et général le travail commencé par la kinésithérapie précoce.

4^o Enfin, il y a lieu, pour la plupart des opérés, de continuer une kinésithérapie de perfectionnement, puis plus tard encore, une kinésithérapie d'entretien en recevant des soins appropriés en qualités d'externes dans un centre de rééducation pour malades ambulatoires, ou au cabinet du kinésithérapeute.

1^o *Kinésithérapie post-opératoire immédiate, de l'opération jusqu'au 40^e ou 45^e jour.*

Par kinésithérapie post-opératoire immédiate, nous entendons la période qui s'étend du réveil du malade après l'intervention jusqu'au 40 ou 45^o jour. A cette période, nous considérons les opérés de la hanche comme des opérés tout court : s'ils avaient subi une intervention abdominale ou thoracique, nos gestes seraient les mêmes, à quelques variantes près. En effet, au lendemain de l'intervention, nous som-

mes au moment où s'installe la classique «maladie opératoire».

Maladie opératoire. — C'est un syndrome fait de fièvre à 38-39^o, de douleurs, d'insomnie; les céphalées ne sont pas rares. Dans les tous premiers jours, on voit souvent des troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, parfois constipation rebelle. Sur le plan urinaire : rétention réflexe, quelquefois, mais rarement, suivie ou remplacée par de l'incontinence. Enfin, si une dyspnée franche est rare, il existe souvent et très précocement un encombrement respiratoire. En principe, ces troubles s'estompent rapidement; mais l'encombrement respiratoire subsiste souvent, car il devient une des conséquences du séjour au lit.

On peut s'étonner de voir intervenir le kinésithérapeute pendant cette phase de 8 à 15 jours qui est (classiquement du moins) laissée au médecin et à l'infirmière. En fait, nous sommes persuadés que le rééducateur peut et doit intervenir dès ce moment; à condition, toutefois de le faire «sur la pointe des pieds», l'œil fixé sur la courbe de température, en sachant qu'un accident est toujours à craindre dans les premiers jours; on n'entreprend pas la rééducation d'un opéré de la veille comme celle d'une fracture consolidée. Cette restriction posée, le kinésithérapeute peut beaucoup pour le malade à cette phase, tant sur le plan physique que sur le plan moral. Pour atteindre ce double but, nous procédons de la façon suivante :

— *Au lendemain de l'intervention et jusqu'au 10e ou au 15e jour.*

Dès le lendemain ou 48 heures après l'intervention, on fait respirer le malade largement, au besoin en utilisant le haut du lit pour fixer les bras et donner au patient un point d'appui solide aux inspireurs accessoires. Il est bon également que le malade tousse pour ramener les mucosités que l'emploi éventuel de l'éther rend abondantes et pour lutter contre la stase pulmonaire. C'est aussi dès le premier jour que nous essayons de retourner le malade, toujours pour maintenir une ventilation normale, mais aussi pour empêcher la formation d'escarres dont on ne dira jamais assez combien l'installation est précoce dans certains cas, et combien elles gênent la suite de la rééducation. Si le malade ne supporte pas d'être retourné dès ce premier jour, on renouvelle les tentatives les jours suivants.

Le 3e jour, si la courbe de température amorce une descente, rien ne s'oppose à ce que l'on fasse une mobilisation active simple ou aidée de la tête. On s'efforce d'enseigner au malade à utiliser les transverses de l'abdomen au cours de la respiration.

Dans les jours qui suivent et toujours en l'absence de complications, on augmente progressivement le territoire mobilisé par des mouvements de la tête, des bras, des pieds, sans omettre, bien entendu, la respiration, et sans oublier de retourner le malade, ces deux derniers gestes valant à nos yeux autant que tous les autres dans les premiers jours. Sans aucun doute, s'agit-il de mouvements d'assez faible amplitude, exécutés avec peu de force, ils doivent souvent être aidés et patiemment commentés. Nous insistons sur ce dernier point. En effet, au cours de notre premier contact avec le malade, nous lui expliquons ce qu'il va devoir faire et *pourquoi*, car nous avons constaté que plus de 90% des malades travaillent mieux s'ils ont une idée assez précise du but que nous nous fixons. En corollaire, ceux que le sujet n'intéresse pas présentent neuf fois sur dix une rééducation difficile à mener, car il va falloir lutter à la fois contre la maladie

et contre l'inertie du malade. Enfin, l'avantage de ces explications est de créer un courant de compréhension et de sympathie indispensables à toute rééducation.

On voit donc qu'à cette phase, il n'est pas encore question de la hanche; il s'agit seulement d'une sorte de rééducation générale à la fois physique et psychologique qui vise à aider le malade à « reprendre le dessus ». Le second avantage de cette prise en main très précoce réside dans le fait qu'un opéré s'accoutume très vite à l'inaction. Il nous est arrivé de voir des malades qu'on avait laissés parcourir seuls ce laps de temps : si le résultat terminal n'a pas toujours été affecté, il a été du moins retardé et la rééducation fut plus difficile.

— *A partir du 10e ou 15e jour.*

On arrive ainsi au 10er ou 15e jour. Dès lors la rééducation va s'adresser directement à la hanche. Elle sera différente selon qu'il s'agit d'une *arthrodèse* ou d'une *intervention mobilisatrice*.

Rappelons que dans ce présent chapitre, c'est uniquement de l'arthrodèse qu'il s'agit.

Nous tenons à préciser que notre expérience porte surtout sur des arthrodèses réalisées par luxation centrale de la tête femorale dans le toit du cotyle (arthrodèse L.I.T.A.), technique qui permet peut-être une rééducation plus active que les autres.

On sait qu'à la suite d'une arthrodèse le malade est placé dans un plâtre pelvi-pédieux pour une durée de 45 jours. On peut dire que ce plâtre va être un des personnages principaux au cours de la kinésithérapie post-opératoire immédiate, car il va falloir déjouer les effets néfastes dus à l'immobilité qu'il commande, tout en lui laissant atteindre son but : la contention de la hanche, nécessaire pour obtenir une bonne fixation de l'articulation.

— *Du 15e au 25e jour.*

On vient de voir que du premier au 15e jour, nous nous sommes davantage préoccupé d'un travail d'ensemble. Dans les phases suivantes, nous le continuons et même nous l'augmentons, dans la mesure

du possible. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que dans la majorité des cas, nous nous trouvons en face de malades qui ignorent tout de la gymnastique; dans les cas les plus favorables, ils l'ont seulement oubliée. Bien souvent aussi, ces malades d'une cinquantaine d'années éprouvent un sentiment de ridicule à exécuter des mouvements : ils estiment que ce n'est « plus de leur âge ». On comprend donc combien il est intéressant et utile pour eux d'effectuer une remise en route générale des fonctions musculaire et articulaire, mais on comprend aussi que cela n'est pas toujours facile; d'autant plus que nombre de ces malades ont été de semi grabataires avant l'intervention.

Le 15^e jour marque une étape importante dans la rééducation de ces malades plâtrés. Depuis quelque temps déjà, en effet, c'est à cette date que nous découpons la partie postérieure du plâtre de la jambe en bivalve. Cette technique présente l'avantage de rendre possibles la mobilisation du genou du côté de l'arthrodèse dès la 3^e semaine et le travail intensif des quadriceps, ce qui évite de voir s'installer des raideurs si difficiles à vaincre.

En une semaine, 10 jours au maximum, le genou plie normalement et l'on sait l'importance capitale que prend cette articulation, chez un sujet privé d'une hanche mobile. En fait, il n'est guère possible de donner de dates précises à cet égard : il est des genoux qui sont bloqués au 15^e jour de l'immobilisation alors que d'autres sont restés parfaitement mobiles (et sans douleur) après 3 semaines et même davantage.

Il convient de distinguer :

a) Les segments mobiles : cou, bras, tronc, genoux, pieds qui sont massés tant dans le but de donner une sensation de bien-être au malade que pour faciliter la mobilisation qui va suivre.

La mobilisation active, comme il a été dit, est d'abord aidée, si nécessaire, puis laissée au malade, et même le plus rapidement possible, contrariée. Encore une fois, nous répétons ce que deux d'entre nous ont déjà démontré à maintes reprises, la mobilisation passive, notamment en cas de

raideur du genou, est trop décevante dans la majorité des cas pour être employée.

On ne saurait trop insister sur l'intérêt que présente le travail intensif des bras et des épaules chez des sujets qui devront, au moment de leur mise debout, suppléer le déficit de leur membre inférieur (déficit qui subsiste malgré toute rééducation) par la seule force de leurs membres supérieurs. Cette remarque est particulièrement justifiée pour les femmes qui, lorsque cette précaution est négligée, seront le plus souvent incapables de s'aider de leurs bras.

b) Les segments immobiles : ce sont la partie inférieure du rachis et la hanche *non opérée*, mais incluse dans le plâtre. Il importe de leur conserver par tous les moyens un minimum de souplesse et de force. Dans ce but, nous employons les contractions isométriques des groupes musculaires qui intéressent ces régions ainsi que le peu de latitude que laisse le plâtre.

1^o La souplesse : pour le rachis, on veille, comme il a déjà été dit, à ce que le malade soit retourné et à ce que la hauteur des oreillers soit variée le plus souvent possible. On demande au malade de faire le simulacre de s'asseoir, de cambrer les reins et même d'effectuer des rotations de la partie haute du rachis. La hanche non opérée est mobilisée dans tous les plans en poussant chaque mouvement aussi loin que le permet le plâtre.

2^o La force : l'emploi des contractions isométriques (que nous croyons être les premiers à avoir utilisées dans ces conditions) nous a permis de conserver aux segments immobilisés une force appréciable. Elles résultent de la contre-force exercée sur un segment, de telle sorte qu'il ne puisse pas y avoir de déplacement. On obtient ainsi une contraction *sans raccourcissement* beaucoup plus intense que celle que peut faire le malade par lui-même par des contractions statiques, par exemple. C'est, si l'on veut, un mouvement contrarié au maximum. Le déplacement dans les limites du plâtre, que le patient pourrait exécuter lui-même serait insuffisant pour entretenir une certaine force musculaire. Nous l'utilisons aussi pour conserver une mobilité articulaire, si faible soit-elle, et pour éviter que le malade perde ses ima-

ges motrices. Bien souvent, ce n'est pas, en effet, la force ni la souplesse qui manqueront au malade déplâtré pour exécuter un mouvement, mais plutôt la représentation mentale qu'il s'en fait. Depuis que nous employons à la fois contractions isométriques et mouvements de faible amplitude, nous considérons la kinésithérapie post-opératoire immédiate comme satisfaisante si, au moment où l'on enlève le plâtre pelvi-pédieux, le malade est capable d'exécuter n'importe quel mouvement de lui-même avec le membre non opéré ou le rachis.

— *Du 25e au 45e jour.*

C'est un peu artificiellement qui nous distinguons, dans cette kinésithérapie post-opératoire immédiate, une 3e phase. Il n'y entre pas d'éléments nouveaux. Mais cette distinction est pratique : de 0 à 15 jours c'est la maladie opératoire, du 15e au 25e le malade apprend peu à peu et perfectionne ses gestes. Et il n'est pas trop de 10 jours pour y arriver lorsqu'on s'adresse (et c'est le cas le plus fréquent) à un malade qui est un « ignorant physique ». Cette phase est davantage celle d'une éducation que d'une « rééducation ». Du 25e jour au 45e jour, au contraire, il s'agit de la période de travail intense, car le malade est capable alors de travailler en dehors de la présence du rééducateur. Ceci est d'ailleurs éminemment souhaitable, car nous croyons en la vertu de séances courtes (20 à 30 minutes maximum) mais souvent répétées. Et notre but est atteint lorsque le malade accepte de travailler seul, car il faut reconnaître que c'est de lui que dépend avant tout le résultat : on rééduque difficilement les gens malgré eux.

2^o *Kinésithérapie post-opératoire plus lointaine.*

C'est celle qui intervient au moment où l'opéré est débarrassé du plâtre pelvi-pédieux, et muni d'une simple culotte plâtrée; soit environ 40 à 50 jours après l'intervention. Ce moment est le bienvenu. Le malade fatigué par une longue période de plâtre, entrevoit la reprise de la marche.

Le lever, avec prise de l'appui, a généralement lieu une trentaine de jours après le changement de plâtre avec des variations dictées par les résultats radiologiques, l'état du patient et même son poids.

La kinésithérapie s'inspire de ces prochaines perspectives. Elle devient plus active, elle prépare les différents groupes musculaires à remplir leur office. Les quadriceps travaillent avec des résistances accrues. En ce qui concerne celui du côté de la hanche opérée, ainsi qu'il a été déjà fait pendant la période précédente, ou bien le patient est mis en travers du lit jambes pendantes, ou bien, lorsque le lit possède des barreaux entre lesquels les jambes peuvent passer, il est avancé vers le pied du lit jusqu'à ce que le creux poplité le dépasse. Il est ainsi possible de mobiliser genou et quadriceps, en évitant de mettre la hanche en porte à faux. Les fessiers ne sont pas négligés, en portant une attention toute spéciale au muscle moyen fessier de la jambe non opérée.

Sur le plan général, la respiration est largement mise à contribution, au cours d'exercices de bras exécutés en décubitus dorsal. Nous avons déjà dit en effet que les bras ont besoin d'être renforcés pour permettre d'utiliser au mieux cannes, tréteaux, etc. qui seront nécessaires au réapprentissage de la marche.

Des exercices d'extension du dos seront plus facilement exécutés avec la culotte plâtrée. Enfin, en décubitus dorsal, la respiration peut être facilement développée en exécutant des flexions de la tête et de la ceinture scapulaire pour provoquer en même temps la contraction des muscles abdominaux.

Avant de passer à l'étude de la kinésithérapie pratiquée dans les centres de Rééducation avec internat, il y a lieu de s'arrêter un instant sur le lever.

Le lever.

Cette opération comprend, en fait, deux périodes : celle d'une mise du corps à la verticale, sans prendre l'appui sur la jambe opérée et celle d'une reprise progressive de la marche, ce moment étant toujours décidé par le chirurgien.

Le patient doit être habitué progressivement à la position vertical de façon à

prévenir les inconvénients des vertiges qui souvent saisissent ce genre d'opérés. Il a d'abord été invité et aidé à redresser le tronc puis à se lever du lit, le pied de la jambe opérée ne prenant pas appui au sol; il est à ce moment solidement maintenu soit par des cannes tripodes ou autres, soit par l'appui des mains sur le dossier d'une chaise placée devant lui, sans oublier l'aide fournie par le kinésithérapeute.

Lorsque l'appui est autorisé, on invite le malade, les pieds étant légèrement écartés l'un de l'autre, à porter le poids du corps à gauche, puis à droite et alternativement. On fait lever les pieds sur place, enfin on les fait déplacer.

Les réactions à la mise en position verticale et aux efforts nécessités par les premiers pas sont variables suivant les sujets. Certains sont très sensibles au vertige, d'autres très peu, d'autres enfin, pas du tout. Cet instant donne toutefois lieu à quelques difficultés. On ne doit pas perdre de vue que la plupart du temps, il s'agit de personnes ayant atteint ou dépassé la soixantaine, qui posent des problèmes relevant de la gérontologie.

Les premières séances de rééducation de la marche sont courtes, puis augmentent progressivement. Dès que quelques pas ont été réalisés, il faut imposer une

discipline de marche au patient, lutter contre les mauvaises attitudes et s'efforcer d'obtenir que les pas soient réguliers en longueur et en durée.

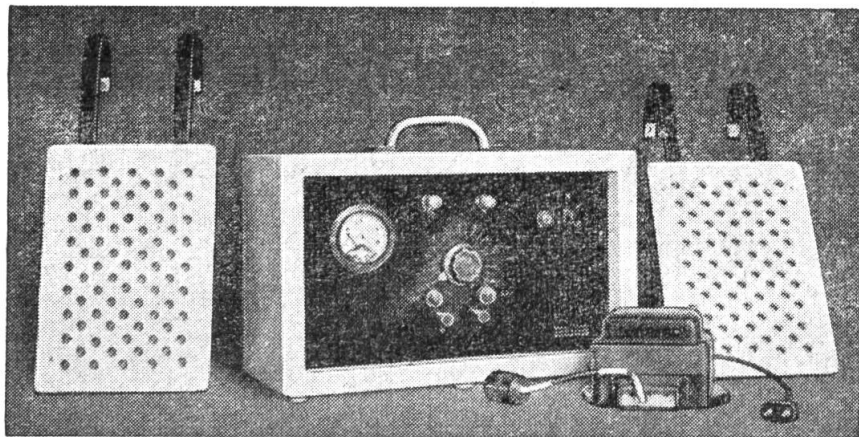
Nous avons envisagé, jusqu'à présent, le cas du patient arthrodésé qui resterait entre les mains du kinésithérapeute après l'intervention. On sait qu'à l'heure actuelle la tendance s'affirme de plus en plus d'envoyer ces malades dans des Centres spécialisés dès la mise en place de la culotte plâtrée. Il est assez rare, en fait, que les opérés bénéficient d'un traitement personnel tout au long de leur affection.

Dans le but d'être aussi complets que possible, nous avons réservé une courte étude au séjour dans les centres d'internat. Nous l'avons reportée à la fin de cet exposé, après l'étude des interventions mobilisatrices.

C'est pourquoi nous allons envisager maintenant la rééducation des interventions mobilisatrices en suivant, dans les grandes lignes, le même plan que nous avons employé pour la rééducation des arthrodèses.

(A suivre)

Cet article a paru dans la revue du rhumatisme et des maladies ostéo-articulaires. No. 12 de décembre 1958.



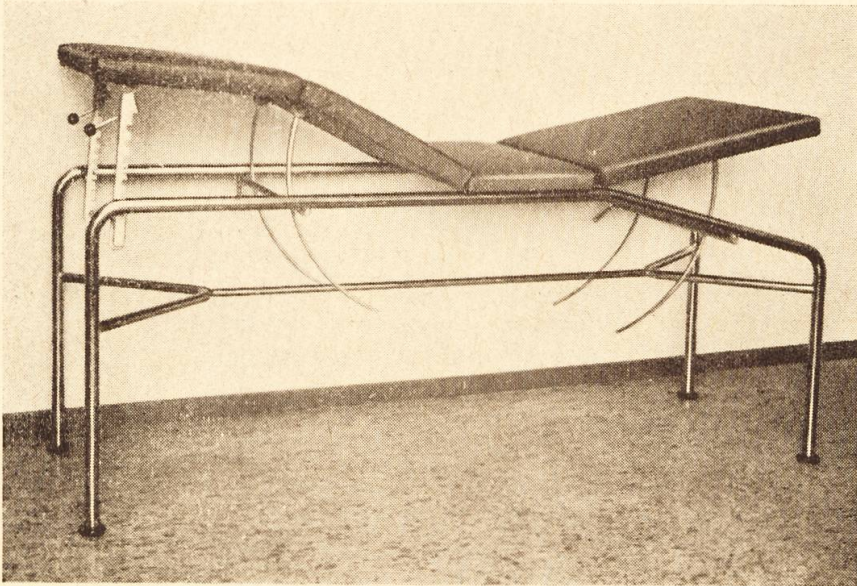
Elektro-Bäder

seit 25 Jahren.

Div. Ausführungen für
jede Wanne.

Baldur Meyer, El. Ing.
Seefeldstrasse 90

Zürich 8,
Tel. (051) 32 57 66



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

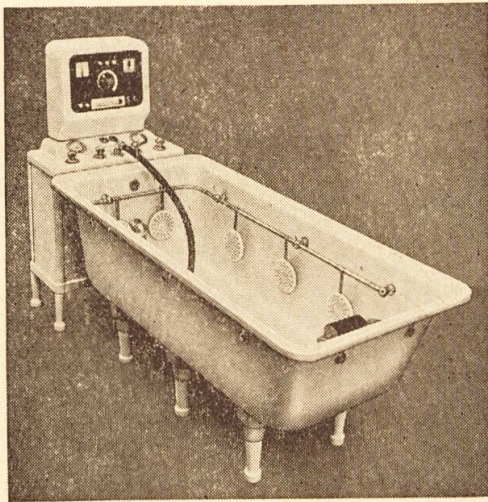
**Tritte
Hocker
Boys etc**

Spezialanfertigungen

Vorteilhaft und zweckmässig
vom Fachmann mit Spitalpraxis:

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

HESS
DOBENDORF - ZCH



Uwa Anlagen

für **Unterwassermassagen** und
Elektrobäder in vielen leis-
tungsfähigen Ausführungen.

KARL DISCH ING.
Freiburg / Br., Rennerstrasse 20

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 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 vorzüglich bewährten, stationären und fahrbaren UKS-Apparate

für
Unterwasserstrahl-Massage
Elektro galvanische Vollbäder
Kohlensäure- und Sprudelbäder
Orig. R. FISCHER, Freiburg i. Br.



devisiert und liefert die Schweizerische Generalvertretung:



M. SCHAERER AG. BERN

Filialgeschäfte in Basel Bern Zürich Lausanne Genève
Briefadresse: Transit-Postfach 1195 Bern Tel. (031) 5 29 25

Redaktion:

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

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

Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil

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

Erscheint 2-monatlich