

L'Ostéopathie et ses indications : quant à la colonne vertébrale

Autor(en): **Devaud, Pierre**

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): - **(1960)**

Heft 171

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930884>

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.

L'Ostéopathie et ses indications

Quant à la colonne vertébrale

Par Pierre Devaud *physiopraticien, Lausanne*

Généralités:

On appelle *Ostéopathie* l'usage de manipulations appliquées dans un but thérapeutique à toute articulation du corps humain.

Aussi est-il indispensable, pour pratiquer cet art certainement assez difficile à acquérir, de posséder : des connaissances anatomiques et physiologiques les plus étendues possible, une technique minutieusement établie, une connaissance complète de la structure et du mécanisme exact de chaque articulation que l'on est appelé à mobiliser, ainsi que la faculté de la dessiner exactement.

Il est également indispensable pour le manipulateur d'avoir présente à la mémoire l'image mentale des différentes phases de l'articulation pendant l'exécution de la manœuvre. J'ajouterai même qu'il est impossible, voire dangereux, de pratiquer une manipulation ou réduction sans avoir procédé au préalable à une palpation de recherche minutieuse sur les tissus mous et osseux, et lu attentivement les radios de la région que le médecin aura si possible transmises pour permettre de se rendre compte de l'état de l'articulation.

C'est une fois seulement que l'on est certain de bien connaître les causes exactes des troubles mécaniques ou physiologiques que l'on pourra entreprendre le traitement. En effet de même qu'un brusque passage de l'obscurité à la clarté ou vice-versa nécessite à nos yeux un temps d'adaptation, de même cette étude préalable empêchera l'ostéopathe d'agir aveuglément.

Les principales fonctions de la colonne vertébrale

La colonne vertébrale est le point d'appui et l'axe principal du corps autour duquel se groupent et se développent dans un ordre déterminé les autres parties de ce

dernier. Les fonctions de la colonne consistent à protéger la moelle épinière située à l'intérieur du canal médulaire, ainsi que les 31 paires de nerfs spinaux passant à travers les trous de conjugaison; elle agit, en outre, comme un ressort et neutralise les chocs. Cette dernière fonction est assurée et par les anneaux fibreux intervertébraux, et permet ainsi au sens de l'équilibre de se réaliser grâce au jeu complexe de la musculature, des nerfs correspondants et des centres nerveux qui en dépendent.

Dans les limites de ses possibilités, la colonne vertébrale s'adapte par un jeu de réflexes indépendants à de nouvelles conditions statiques du corps.

La lésion ostéopathique

Toute la science de l'ostéopathie est basée essentiellement : a) *sur l'existence de lésions ostéopathiques*, b) *sur la possibilité de réduire manuellement* ces lésions ostéopathiques, par une technique appropriée.

La lésion ostéopathique est un trouble de la structure qui engendre secondairement un trouble de la fonction et fait apparaître la maladie. Le dérangement de l'épine dorsale est la lésion la plus importante; elle produit un état anormal dans l'organisme humain, détruit en outre l'équilibre mécanique, et fait prendre au corps une position vicieuse.

Or, le potentiel vital d'un individu dépend avant tout de sa structure; on sait, en effet, que la colonne vertébrale consiste en une chaîne articulaire et que celle-ci peut être sujette à des troubles pathologiques ou mécaniques; c'est pourquoi le traitement doit avoir pour but unique de rétablir une structure normale et harmonieuse.

D'après le Dr LAVEZZARI, la vraie lésion ostéopathique est presque toujours

constituée par un déplacement plus ou moins marqué, souvent minime, d'une vertèbre; ce déplacement se produit le plus souvent sous l'effet d'une force extérieure; il peut être soit une torsion droite ou gauche autour d'un axe vertical, soit une translation ou un glissement latéral ou antéro-postérieur.

Exemple : Une personne perdant son équilibre cherchera automatiquement à le rétablir. Suivant la position du moment, il peut se produire un angle d'ouverture favorable à un léger micro-déplacement vertébral; il suffit qu'un muscle ou qu'un groupe de muscles tire brusquement sur cette vertèbre vulnérable pour qu'un trouble mécanique s'ensuive.

La table à extension (Ses inconvénients.)

Bien que ces troubles conviennent particulièrement aux manipulations, on est obligé parfois d'avoir recours aux tables à extension. Toutefois, il est prouvé que l'élongation réalisée au moyen d'une table à extension, quel que soit son mode de traction, convient ou ne convient pas. Pourquoi ?

Il y a certainement plusieurs causes à la non tolérance à cette élongation; celles qui me paraissent les plus évidentes sont :

- a) la mauvaise installation du patient, à savoir une mauvaise position et une traction faite de façon non adéquate,
- b) les patients craintifs résistant volontairement ou inconsciemment à l'élongation imposée,
- c) les individus sous l'influence d'une hypersensibilité des organes sensitifs spéciaux, neuromusculaires, neuro-tendineux, ligamentaires, capsulaires, et périostés, qui renseignent à chaque instant le système nerveux central sur la situation des membres et le degré de contraction des muscles, la résistance des tendons et sur l'état de l'articulation.

Les causes citées produisent par effet réflexe une excitation motrice et biochimique sur la fibre axiale, comme sur les autres fibres musculaires; cette fibre se contracte, gonfle, et « tiraille » ainsi l'expansion nerveuse annulo-spirale, de sorte qu'un stimulus nerveux gagne la moëlle par les racines postérieures. Ce stimulus pa-

raît proportionnel à l'intensité de la contraction musculaire.

Influence des organes sensitifs neuro-tendineux

Les tendons renferment des organes sensitifs très voisins des fuseaux neuro-musculaires, appelés corpuscules ou organes neuro-tendineux de Golgi. Le fonctionnement de ces corpuscules est analogue à celui des fuseaux neuro-musculaires, mais ici l'agent réside dans les fibres tendineuses, qui, soumises à une extension par exemple, amènent une perturbation au niveau des terminaisons nerveuses et la naissance d'un stimulus. C'est pourquoi, soumettre à une traction mécanique des malades qui y seraient allergiques ne ferait qu'augmenter la sensibilité de ce complexe réseau de signalisation. Il faut tout de même penser que nous avons à faire à des êtres humains au mécanisme très compliqué et qu'il ne s'agit pas de réparer des pièces métalliques.

Il suffit de mettre ces personnes hypersensibles en décubitus ventral sur une table en forme d'escalier, les cuisses tombant en bas de la table, les jambes fléchies, genoux et jambes reposant sur un appui. Cet appui sera situé à une hauteur permettant aux cuisses de produire un poids « ad hoc » sur la région lombaire et produira ainsi une légère élongation de la musculature de cette région. Si le patient est installé convenablement, il éprouvera immédiatement une sensation de relâchement et de bien-être; on pratiquera alors, sur les points douloureux, des vibrations pointées assez fortes pendant 5 à 10 minutes. Un tel traitement permettra d'obtenir tout simplement une diminution progressive de la douleur et un relâchement des contractures des muscles lombaires, les éléments habitant cette musculature se trouvant ainsi libérés d'un certain emprisonnement ramèneront en outre le métabolisme local à une fonction normale.

Les extensions semblent convenir tout particulièrement aux personnes du type rigide et pas trop sensible. Pour obtenir avec satisfaction un relâchement de tout l'appareil de maintien articulaire, la traction doit être douce, légère, et progressive,

afin de ne pas augmenter les douleurs réflexes déjà existantes et la contracture de défense. La durée approximative de l'extension sera d'environ $1/2$ heure.

Bien que l'on puisse trouver des lésions à toutes les hauteurs de la colonne vertébrale, de l'occiput au coccyx, il existe sans aucun doute deux points particulièrement vulnérables : les régions cervicale et lombaire. Dans la région cervicale, l'amplitude particulière des mouvements fonctionnels est, semble-t-il, cause des lésions, tandis que dans la région lombaire, les troubles les plus fréquents sont dus à la charge imposée, par le poids du corps sur la charnière lombo-sacrée. Ce fait peut sembler bizarre; personnellement je le comprends en regardant une colonne vertébrale, car je constate que cet échafaudage constitué de 24 plots (de L. 5 à C. 1) les uns sur les autres forme une tige de plus en plus mince d'une longueur d'environ 71 cm; je suis en outre stupéfait de voir que le dit échafaudage repose sur un promontoir d'antéversion dangereusement incliné en avant (le sacrum), et qu'à l'extrémité supérieure et la plus mince de cette pyramide en zigzag repose un énorme plot défiant toutes les lois de l'équilibre (la tête).

On sait que les troubles mécaniques provoquent par voie réflexe des perturbations sensitives, chimiques, et physiologiques, ce qui entraîne obligatoirement des spasmes capsulaires, ligamentaires et tendineux; ces spasmes courent les nerfs à leur sortie des trous de conjugaison; il en résulte automatiquement des douleurs nerveuses locales ou irradiées sur tout le territoire innervé par eux. Il suffira de pratiquer une manipulation bien dirigée et adéquate sur la vertèbre responsable pour que tout rentre dans l'ordre. Les manipulations vertébrales agissent en effet sur les réflexes douloureux créés par les spasmes ligamentaires et capsulaires.

Comme on le sait, les ligaments manquent presque complètement d'élasticité, aussi leur est-il impossible de s'allonger ou de se raccourcir; or, la diminution de hauteur de l'anneau fibreux intervertébral, permettant aux deux segments osseux de se rapprocher, raccourcit la distance entre

les deux vertèbres. La coaptation assurée par la capsule et les ligaments ne semble plus jouer aussi parfaitement et permet ainsi un léger flottement favorisant un micro-déplacement. Ces troubles produisent une hyper-sensibilité des corpuscules de Golgi, de Passini, et de Weissmann.

Je tiens à rappeler qu'il s'agit de troubles statiques provoqués par une force extérieure, et nullement de troubles pathologiques plus ou moins avancés dont je parlerai plus loin.

La sensibilité ligamentaire

L'appareil qui assure l'intégrité de l'articulation, composé des tendons, ligaments, et capsules, est doté d'un système réceptif extraordinairement développé et dont la sensibilité est comparable à celle de la pulpe des doigts. On comprend mieux qu'un trouble statique même minime entraîne ces fameux spasmes ligamentaires et qu'il en résulte une douleur que je nommerai *primaire*. Cette douleur peut être localisée proche de la lésion ou éloignée, selon le cas.

Par la merveilleuse loi de l'équilibre statique, la musculature vient par réflexe au secours des moyens d'union articulaire en observant une rigidité permanente. Cette rigidité musculaire provoque une douleur que j'appellerai douleur *secondaire*. C'est précisément sur la douleur secondaire que le massage aura son action thérapeutique, tandis que la manipulation agira sur la cause primaire.

Position à donner aux malades et prises

Une fois l'endroit douloureux bien préparé et réchauffé par le massage, il convient de faire prendre au malade une position aussi confortable que possible, ceci pour permettre la relaxation la plus complète (décubitus latéral, central ou dorsal selon le cas et la prise). Les prises seront faites de façon variable, suivant la région à traiter, c'est-à-dire la partie haute ou basse de la colonne vertébrale.

Le succès obtenu par les manipulations dépend presque uniquement des angles d'ouverture. La prise est en elle-même as-

sez simple; l'important est de savoir placer l'angle d'ouverture à l'endroit précis pour faciliter la réduction vertébrale obtenue par la poussée digitale d'une part, et par la traction de la manipulation d'autre part.

En effet, avec un angle d'ouverture bien placé qui, d'une part, ouvre le chemin dans le sens de la réduction à obtenir et, d'autre part, pince la vertèbre du côté de son déplacement, il suffit d'une très légère poussée pour remettre la vertèbre en place, ceci d'autant plus que les déplacements sont très minimes. Toutefois, il est vrai, chez certains malades la réduction est assez difficile à obtenir. Cette difficulté n'est pas due à une résistance articulaire, mais simplement à la défense volontaire ou involontaire qui nous est opposée par le sujet. Dans ce cas, il nous faudra user de ruse pour obtenir un relâchement spontané et guetter cette résolution musculaire pour pratiquer la réduction.

Lésions pathologiques

La région lombaire est une des plus fertiles en lésions pathologiques; ces dernières sont diverses, mais le diagnostic le plus souvent posé est : « Discopathie » ou « Protrusion discale ». Par protrusion discale, on veut dire que le disque fait une légère saillie en dehors de sa place normale. Si cette saillie se produit vers en arrière, c'est-à-dire à la partie dorsale, elle refoulera le ligament longitudinal postérieur; le disque provoque un léger décollement de ce ligament et ce décollement provoque les douleurs (un disque intervertébral ne présente en effet d'après les notions d'aujourd'hui aucune innervation et de ce fait n'est donc pas douloureux). Par voie réflexe, la douleur déclenchée par le décollement du ligament longitudinal postérieur déclenche des contractions de la musculature spinale.

Pour qu'une protrusion discale puisse se produire il doit exister une dégénérescence de l'anneau fibreux qui entoure la pulpe du disque; la dégénérescence du disque commence déjà durant la jeunesse et continue durant toute la vie. Elle sera plus ou

moins prononcée; en général, elle est plus prononcée chez les colonnes qui présentent un trouble de croissance (maladie de Scheuermann, scoliose... etc...). La protrusion discale provoquera un lumbago, c'est-à-dire une douleur aiguë de la région lombaire (lombalgie qui désigne une douleur plutôt chronique de la dite région). Signalons en passant que cette douleur peut être provoquée par toutes sortes de causes (coup de froid... etc.).

Tableau clinique

Le lumbago survient subitement, inattendu. Il est déclenché par un faux mouvement, par un effort de la colonne (Exemple : Alors que le sujet soulève un poids dans la position inclinée en avant; plus le poids est éloigné du tronc, plus le bras de levier est grand et plus la pression agissant dans la verticale sur la colonne est grande). A l'instant même, les douleurs sont localisées dans la région lombaire (les protrusions discales de la région cervicale ou dorsale sont beaucoup plus rares). Ces douleurs n'irradient pas dans l'une ou l'autre jambe (dès qu'il y a irradiation dans un membre inférieur, on parle alors d'hernie discale). La musculature lombaire se crispe; le malade évite soigneusement tous les efforts de la colonne; il se tient tout droit, sa démarche est hésitante, anxieuse, à petits pas; la colonne immobilisée par les contractions douloureuses de la musculature évite également tout mouvement latéral. Souvent on constate une déviation antalgique de la colonne, c'est-à-dire une légère inclinaison dans le plan frontal vers la gauche ou la droite; on parle aussi de scoliose antalgique.

En station debout, il est impossible au malade de se pencher en avant, ceci augmentant la pression axiale sur la colonne (loi du levier). La pression axiale directe (C'est-à-dire la pression obtenue en appuyant sur les deux épaules) augmente fortement les douleurs, la pression axiale indirecte (en appuyant fortement sur les deux bras étendus horizontalement vers en haut) également, tout comme presser, tousser, éternuer, et même rire.

En décubitus ventral, (le malade est couché sur le ventre) on constate à la palpation une musculature para-épineuse crispée, durcie, et douloureuse. En appuyant sur la région d'un disque lésé, les douleurs augmentent. Habituellement celle-ci est localisée entre les apophyses épineuses de L5/S1 (charnière lombo-sacrée).

En position assise, le malade réussit plus ou moins à se pencher, le tronc vers en avant, car cela n'augmente pratiquement pas la pression axiale de la colonne (le patient en station debout se trouve dans l'impossibilité de se pencher en avant; il ne s'agit donc pas de simulation).

Signalons encore que lors de protrusion discale, on est en présence d'un cercle vicieux; la rétraction musculaire augmente en effet la compression du disque, la compression du disque augmente la protrusion, la protrusion les douleurs et les douleurs augmentent la rétraction musculaire. Il faut sortir de ce cercle vicieux. Aliter le malade sur un lit dur (planche sous le matelas), l'installer dans une position lui occasionnant le moins de douleurs possible, sont les principales indications.

Conclusion

Les affections qui touchent la colonne vertébrale sont nombreuses; les unes, ostéoporose, ostéomalacie, hernie discale ancienne... etc..., sont strictement d'ordre médical ou chirurgical, tandis que l'ostéopathie convient particulièrement bien à la plupart des troubles mécaniques diagnostiqués par le médecin comme résultant d'une force extérieure.

Pour clore, j'étaierai ma théorie d'un exemple pratique. C'est un traitement comportant manipulations, mobilisation, et gymnastique de correction de la scoliose.

Status donné par le médecin

Status général : Jeune homme de trente ans en bonne santé générale. (Acc., dent du 2. X. 57).

Status local : Cyphose dorsale exagérée, pas fixée.

Colonne rectiligne. Pression dans l'axe indolore.

Sensibilité de l'apophyse épineuse L3/4 musculature vertébrale contractée notamment à gauche.

Fesse droite et mollet droit légèrement sensibles.

Réflexes rotuliens et achilliens vifs, symétriques. Sensibilité de la peau en ordre.

Force musculaire de tous les mouvements sans particularité, bonne.

Marche sur la pointe des pieds et sur les talons possible.

Radio : Discopathie L5/S1.

Diagnostic : lombalgie.

Exécution de la Manipulation

Pour une rotation et translation latérale droite de L5 (ce dont souffre mon Patient)

Pour une taille moyenne et petite, j'userai de préférence de la prise suivante :

Le patient étant couché sur le côté droit, le bras droit est fléchi sous la tête, la jambe gauche reste le long de son corps, un peu en arrière de ce dernier, et la jambe gauche est fléchie jusqu'à ce que l'élongation de la musculature postérieure réalisée par la flexion de la cuisse sur l'abdomen soit suffisante pour fixer le bassin. La flexion de la jambe gauche est maintenue par l'appui de mon corps sur la partie haute de son tibia. J'appuie alors mon coude gauche entre le deltoïde et le pectoral du malade tandis que ma main s'applique contre l'apophyse épineuse sus-jacente à la vertèbre à réduire.

Pour une grande taille, ma main se placera non contre l'apophyse épineuse sus-jacente, mais de la façon suivante : le pouce prend appui sur l'angle costal ant., la paume de la main sur le flanc et les doigts sur l'angle postérieur du gril costal.

La main droite s'applique sur le bassin face postérieure, les doigts s'accrochent sur l'apophyse épineuse de la vertèbre à réduire; le talon de la main s'appuie dans la région du sacrum. Une fois cette prise de contact obtenue, je demande au malade de respirer profondément et d'expirer lentement; vers la fin de l'expiration, j'imprimerai au tronc une torsion en arrière en le poussant avec mon coude et en l'entraînant avec ma main gauche, tandis que j'obtiendrai une torsion en avant du bas-

sin d'une part avec l'appui exercé sur le genou, et d'autre part sur le sacrum en pressant fortement avec le talon de la main.

Dans le cas sus-cité, j'ai fait levé mon patient après une telle manipulation pour vérifier le résultat, et après examen, j'ai constaté que la douleur avait disparu, mais que subsistait par contre une certaine rigidité de la musculature lombaire. Aussi ai-je pratiqué quelques mobilisations passives pour redonner un assouplissement général à la région lombaire.

Le malade étant assis sur le banc suédois, les bras croisés sur la poitrine, je me suis placé derrière, un peu sur le côté, ai passé mon bras droit devant lui jusqu'à ce que ma main droite puisse saisir son coude gauche; j'ai appliqué en outre ma main gauche sur les praxébraux gauches au niveau de L1. J'ai fait subir à mon malade, ainsi pris, une torsion sur l'axe, son épaule gauche allant vers l'avant et la droite vers l'arrière; j'ai répété plusieurs fois ces mouvements faisant passer progressivement la main gauche de S1 à L5 et vice-versa; j'ai ensuite recommencé la manœuvre dans l'autre sens en changeant la prise cela va sans dire. Cette manipulation agit spécialement sur les épi-épineux et les transversaires épineux.

2ème mobilisation : Le malade couché en décubitus dorsal, jambes fléchies sur la

table, je me place au bout de cette dernière face à ses pieds sur lesquels je place un coussin pour m'appuyer. Mes mains saisissant alors les jambes du malade audessus des mollets, je me penche en arrière et réalise ainsi une légère traction; je pratique enfin une vibration qui sera ressentie à peu près sur toute la longueur de la colonne.

3ème mobilisation : La position est la même que précédemment, mais les jambes du malade seront pliées jusqu'à ce que les talons touchent les fesses. Je place alors mes mains sur ses genoux et pratique ma vibration qui agira seulement sur la charnière lombo-sacrée.

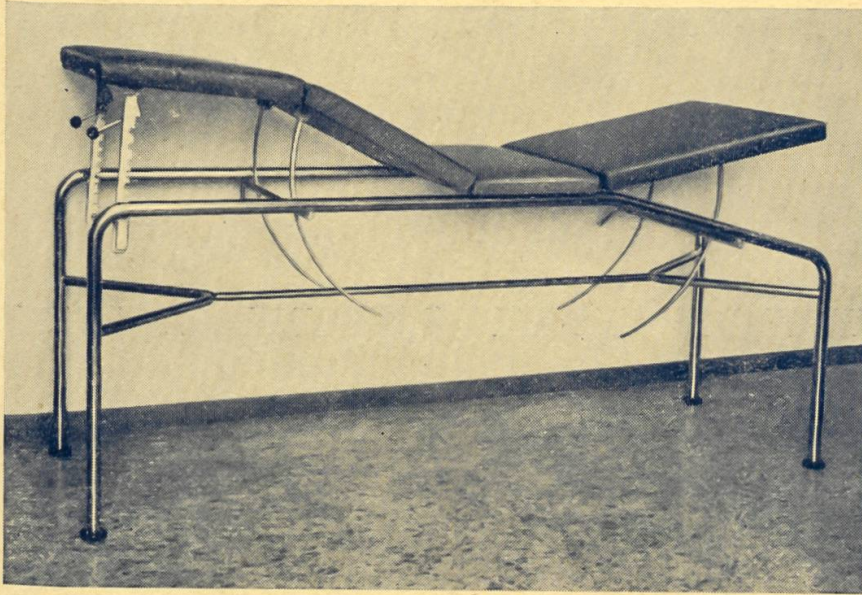
Ces manœuvres auront pour but de diminuer l'irritation articulaire.

4ème mobilisation : Pour cette 4ème manipulation, mettre le malade sur le dos, cuisses fléchies à 90°.

Prendre d'une main les deux genoux et de l'autre saisir les deux pieds en leur partie plantaire moyenne. Faire une torsion à droite puis à gauche. L'action est localisée sur les muscles épineux et transversaires épineux de la charnière lombo-sacrée.

5ème mobilisation : Même position, même exercice, mais en fléchissant graduellement les cuisses sur le bassin afin que l'action de la mobilisation se produise séparément sur chaque groupe musculaire de L1 à L5.

<p style="text-align: center;">Urgent</p> <p>cabinet médical d'orthopédie à Lausanne cherche pour entrée immédiate physiothérapeute masseuse, enseignement gymnastique médicale désiré mais non indispensable, éventuellement nourrie logée. Faire offres détaillées avec prétentions de salaire, photographie et références. Chiffre No 705</p>	<p>A remettre au cur de la ville pour fin mai ou date à convenir</p> <p style="text-align: center;">CABINET</p> <p>de massage et physiothérapie, locaux modernes, loyer bas, long bail, importante clientèle.</p> <p>Régie C. Dufaux, Neuchâtel, Tel. 038/5 69 89</p>
<p style="text-align: center;">SAUNETTA</p> <p>komplett, 6teilig, fast neu, günstig zu verkaufen.</p> <p>Auskunft bei Wirz-Hug, Predigergasse 10 II, Zürich 1</p>	<p style="text-align: center;">Billig zu verkaufen</p> <p>schönes, modernes</p> <p style="text-align: center;">«Liege-Licht-Schwitzbad»</p> <p>Schw. B. Gall, Langgasse 92 Winterthur Tel. 2 58 87</p>



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

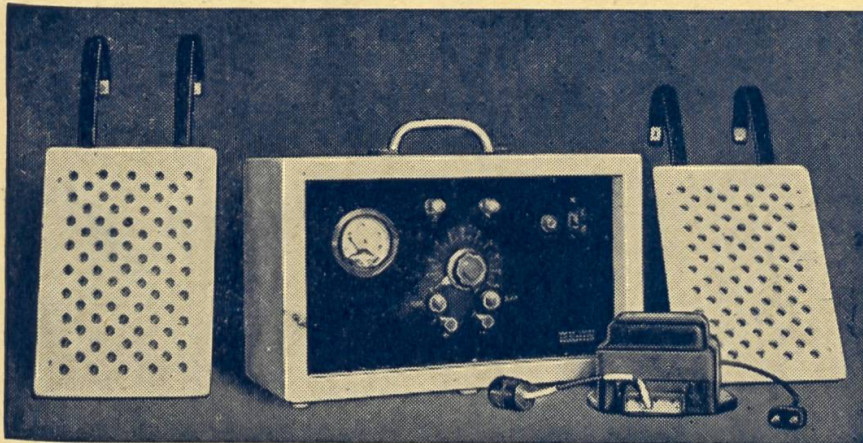
**Tritte
Hocker
Boys etc**

Spezialanfertigungen

Vorteilhaft und zweckmässig
vom Fachmann mit Spitalpraxis:

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

HESS
DÜBENDORF - ZCH



Elektro-Bäder

seit 25 Jahren.

Div. Ausführungen für
jede Wanne.

Baldur Meyer, El. Ing.
Seefeldstrasse 90

Zürich 8,
Tel. (051) 32 57 66

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)

PARAFANGO DI BATTAGLIA

allie l'action thérapeutique du Fango
di Battaglia à celle des enve-
loppements de paraffine

30 fois réemployable

FANGO CO
RAPPERSWIL

055 / 2 24 57



Plaques à 1 kg
Boîte à 6 pl,
Emball. clinique 24 pl.

Redaktion:

Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Dorfstr. 32, Thalwil
Für den französischen Teil: A. Rupertl, Avenue Druey 15, Lausanne
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Buchdruckerei W. Plüss, Zeughausstrasse 17, Zürich 4
Erscheint 2-monatlich