

# Cinésithérapie de la Coxarthrose

Autor(en): **Bex, G.**

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): - **(1961)**

Heft 178

PDF erstellt am: **08.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930779>

## **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.

# Cinésithérapie de la Coxarthrose

par G. BEX, Lausanne

*Introduction* : S'il est facile de se documenter sur l'arthrose, par contre, la littérature cinésiologique étant avare d'indications thérapeutiques à cet égard, il est moins aisé pour le kinésithérapeute d'obtenir des précisions quant aux moyens à employer pour soigner cette affection.

Si nous voulons que notre intervention soit efficace, nous devons *suivre une ligne de conduite* et non pas nous contenter d'un «à peu près» qui est une forme d'empirisme qui n'est plus de mise face à l'évolution de notre profession.

Pour faire œuvre utile, nous devons essayer d'extraire des bases scientifiques que sont l'anatomie, la physiologie, la mécanique et la pathologie, les raisons qui expliquent comment une articulation devient *arthrosique*. De la notion ainsi obtenue dépendront à la fois la forme curative et la forme prophylactique qu'il conviendra de donner à notre traitement.

*Les bases scientifiques* : La lutte se passe dans une articulation. *Quels sont donc les ennemis en présence ?* La première constatation qui s'impose est le fait que l'articulation atteinte d'arthrose est presque toujours une *articulation « portante »*, c'est-à-dire où le facteur mécanique est important.

Quelques images pour illustrer mon propos : Je me souviens, lors d'un séjour à la campagne, d'avoir entendu un vieux paysan critiquant ses fils qui avaient mal chargé un char de foin. A la première dénivellation de terrain, ce char avec son chargement mal équilibré a basculé, la roue s'étant cassée sous le poids excessif...

Par ailleurs, nous savons tous qu'un *pneu d'auto* s'use mal si l'axe qui soutient la roue est faussé.

Un autre exemple à citer est le fait qu'un coureur cycliste, pour un bon rendement, doit pédaler « rond », c'est-à-dire sans à-coups pour ne pas imprimer à la chaîne de transmission une tension inégale qui nuirait au rendement mécanique.

Dans une *articulation « portante »*, nous retrouvons *les mêmes raisons mécaniques*. Qu'une jambe soit plus courte d'un côté

que de l'autre, et nous aurons un axe articulaire virtuel défectueux. Ce court aperçu nous permet déjà d'entrevoir *le rôle prophylactique de la recherche et de la rééducation de la statique*.

Il faut aussi, en un certain sens, qu'une articulation « tourne rond », c'est-à-dire que le poids se répartisse sur toute sa surface portante. Remarquez qu'au lieu de rouler, elle peut aussi glisser, ce qui est alors plus traumatisant. Le professeur d'anatomie ROUD, de Lausanne, dans un ouvrage qu'il a écrit sur le mécanisme des articulations, compare le glissement de celle-ci à celui d'une roue qui patine sur le rail alors que la locomotive est encore immobile, tandis que le roulement peut se comparer à celui de la roue sur le rail pendant la marche normale du train.

Observez la démarche souvent révélatrice des gens qui circulent devant vous et vous ne manquerez pas de vous demander si certaines démarches ne sont pas traumatisantes par elles-mêmes. Vous penserez alors que si l'arthrose ne commence à sévir qu'après 40 ou 50 ans, c'est que le créateur a vraiment très bien combiné les articulations. Si donc la seule démarche d'un individu est susceptible de retenir notre attention pour le rôle qu'elle peut jouer à cet égard, combien plus dignes encore de notre intérêt sont les anciens traumatismes quand ils causent un déséquilibre. Nous devons, de même, prêter une très grande attention aux maladies de croissance telles par exemple que : coxaplasia, coxa-vara, luxation congénitale, toutes maladies qui prédisposent à l'arthrose.

Dans les divers troubles causés par l'arthrose, tant que la musculature reste bonne, il semble que l'articulation, en dépit d'une fatigue qui passe souvent inaperçue, compense pour le mieux. Cependant, l'âge venant avec ses conséquences endocriniennes, la douleur prend le dessus : les muscles, miroir de l'articulation, s'atrophient. Ici, j'ouvre une parenthèse, une explication me paraissant nécessaire en ce qui concerne la fonction endocrinienne : la

croissance osseuse d'un enfant se place avant la puberté. Aussitôt que les hormones sexuelles jouent un rôle, la croissance osseuse est considérablement ralentie. Après la ménopause ou l'andropause, la diminution des hormones sexuelles semble permettre une recrudescence de formation osseuse, non plus en hauteur, mais en épaisseur : en effet, dans l'arthrose, s'il y a raréfaction du cartilage, il y a augmentation de substance osseuse.

« Enfonçons le clou » pour bien saisir ce qui se passe dans la vie même de l'articulation. Pensons qu'un os est un tissu vivant qui est continuellement modifiable et qui a une circulation bien organisée. Or, cet os a une frontière où il se termine, et c'est précisément là que commence l'articulation. Il y a virtuellement un espace entre les deux os d'une articulation, un espace mort.

Notre corps pris dans son ensemble a aussi une frontière : notre peau. Mais cette dernière peut se renouveler en desquamant à l'extérieur et en puisant de nouvelles cellules à l'intérieur, ce qui fait qu'elle est pour ainsi dire inusable. Tandis que comme pour toutes choses, il y a usure articulaire à laquelle il faut penser, usure normale avec des détritiques qui tombent précisément dans l'espace mort dont j'ai parlé plus avant. Et là se produit le miracle de la synoviale qui arrive à faire disparaître les déchets du travail et de l'usure. Or, comme le dit le Dr LAURENCE « Si la fonction articulaire perd sa merveilleuse économie, fille de la perfection, si la forme n'épouse plus le mouvement mais le subit, si les micro ou macrochocs multiplient l'abondance des déchets et sollicitent une activité réparatrice incompatible avec l'état de cartilage qui est un état de grâce, s'évanouissent les conditions nécessaires à la survie d'un agencement presque sans vie ».

Une articulation est en général merveilleusement adaptée à ses fonctions parce que ce sont celles-ci qui l'ont faite.

Voyons un peu ce qui se passe au poste frontière : le cartilage. C'est un tissu bien étonnant qui, quoiqu'il ne soit nourri que par imbibition et qu'il n'ait pas de circulation propre, offre des propriétés de stabilité, de résistance et d'élasticité excep-

tionnelles, toutes propriétés qui assurent la vie de l'articulation. Notons que cet extraordinaire tissu doit lui-même sa vie à la permanence de sa structure.

Le cartilage est très exposé aux agressions mécaniques : c'est le pneumatique de nos os. Tant que la marche et la course restent souples, tout va pour le mieux de ce côté-là. Mais, avec les années, les chocs, les déséquilibres, les fatigues de toutes sortes finissent par l'éprouver dangereusement.

A remarquer que dans cette insidieuse agression mécanique de l'articulation, il n'y a pas que les pressions de la pesanteur qui rentrent en ligne de compte, mais aussi les effets produits par les contractions musculaires qui sont d'autant plus importants que celles-ci ne sont pas égales.

Ce qu'il faudrait pouvoir découvrir, c'est comment des modifications biologiques peuvent se produire dans le cartilage. Si nous l'ignorons, nous savons par contre qu'une fois ces modifications survenues, le bon fonctionnement articulaire est compromis. Les frictions entre surfaces désadaptées exercent un râpage continu.

Il faut reconnaître que l'évolution le plus souvent décevante de cette affection n'est pas faite pour nous encourager dans la lutte que nous lui livrons. L'arthrose est en effet si fréquemment cause d'invalidité que le patient fait facilement appel au traitement chirurgical.

Mon intention dans le présent exposé n'est pas de parler de la rééducation post-chirurgicale, mais bien plutôt du traitement autant que possible conservateur... Je crois en effet qu'il y a intérêt à éviter le traitement chirurgical en s'efforçant de conserver autant que faire se peut l'intégrité de la fonction articulaire et de la musculature de la hanche.

Il est difficile de juger de l'effet du traitement appliqué, certaines formes d'arthrose étant plus que d'autres causes d'invalidité. Quoi-qu'il en soit, nous devons mettre tout en œuvre pour soulager le malade à seule fin de lui permettre de continuer d'exercer son activité normale en dépit de l'arthrose dont il est frappé.

*Préambule au chapitre traitement*: Deux éléments dominant tout ce problème, à sa-

voir : 1<sup>o</sup> Les poussées inflammatoires et 2<sup>o</sup> le facteur musculaire.

Il est logique de penser que l'irritation et la poussée d'inflammation synoviale qui lui fait suite aggravent le processus arthrosique. La contracture musculaire avec hypotonie des antagonistes augmente l'appui sur la zone malade du cartilage. L'atrophie et la rétractation des muscles, la dysharmonie musculaire sont également facteurs d'aggravation. ce qui fait que dans la plupart des cas, le traitement médical doit faire appel à une rééducation musculaire.

*Hygiène de vie du malade* : Réduire le poids du corps est de toute nécessité et cette réduction doit être obtenue par l'observation d'un régime sévère. Les longues stations debout et la marche doivent être ramenées au strict minimum. Imposer l'emploi de cannes et même de béquillons.

*La rééducation musculo-articulaire* : Une rééducation active et passive des muscles et de l'articulation atteinte doit être journalièrement poursuivie afin de lutter contre l'atrophie musculaire. Cette rééducation doit faire partie intégrante du traitement médical. A condition d'être progressivement dosée et de ne s'adresser qu'aux seules arthroses, à l'exclusion des coxarthroses peu douloureuses quoique très enraidissantes qui laissent espérer une arthrodèse spontanée et des cas où existe une nécrose au point d'appui, cette méthode de traitement peut contribuer efficacement à l'amélioration de l'état du patient.

Doser les résistances à vaincre, démontrer au malade comment il doit éviter les compensations malheureuses, l'orienter vers tel ou tel exercice, voilà le programme que nous devons suivre et notre but pratique. Pour le réaliser, il faut s'appuyer sur le contrôle objectif périodique, voire le bilan articulaire du patient.

*Notions de base du bilan articulaire* : Les mouvements que l'articulation de la hanche peut exécuter sont comme vous le savez : la flexion, l'extension, l'abduction, l'adduction, la rotation et la circumduction. Ces mouvements sont limités par les tensions musculaires ou ligamentaires. Ainsi, la flexion, si le membre inférieur est tendu, sera limitée par les muscles ischio-jambiers ou par la tension du liga-

ment ischio-fémoral si le genou est en flexion.

Il faut admettre une position de départ que l'on appelle « position 0 ». Or, cette position n'est pas très facile à réaliser car l'attitude de l'articulation de la hanche est conditionnée par l'orientation de la colonne vertébrale et du bassin. Le Dr ROCHER propose, le malade étant couché sur une table d'examen, d'abaisser une verticale partant de l'épine iliaque supérieure, qui fait angle droit avec la ligne horizontale de la table. Si, ensuite, partant du même point, c'est-à-dire de l'épine iliaque supérieure, on tire une ligne rejoignant l'épine iliaque postérieure, on obtient un angle qui est d'environ 10 à 15° chez un adulte normal. Il faut mesurer l'angle ainsi obtenu des deux côtés, car l'angle ne sera pas forcément le même de chaque côté, chaque hémibassin ayant une mobilité indépendante.

*Il faut connaître les normes de mobilisation* : la flexion a une amplitude de 130 degrés environ. L'extension à partir de la position 0 est de 20 à 25 degrés.

L'adduction à partir de la position 0 est de 45 degrés.

L'adduction a la même amplitude que l'abduction.

La rotation externe est d'environ 60 degrés à partir de la position 0.

La rotation interne est d'environ 45 degrés. Lorsque la cuisse est fléchie sur le bassin, les mouvements de rotation sont plus étendus et atteignent 90 degrés.

Dans le mouvement de circumduction, la tête fémorale roule et glisse sur le croissant articulaire.

*Le bilan articulaire* : Après avoir vu les données de base pour réaliser le bilan articulaire. voyons maintenant comment l'effectuer pratiquement.

Remarquons, selon le Dr ROCHER, que « La hanche est dans l'attitude de description anatomique lorsque le membre inférieur est en rectitude dans le prolongement du tronc, la rotule regardant en avant, la ligne interépineuse antéro-postérieure faisant avec l'axe du corps un angle avoisinant 20 degrés et la ligne interépineuse antérieure étant parallèle au plan frontal du tronc ».

Supposons le sujet sur la table d'examen : la tête légèrement surélevée. Il faut d'abord tracer les lignes axiales : sur la face antérieure de la cuisse et de l'abdomen parallèlement à l'axe médian, puis sur la face externe de la cuisse et du tronc, ceci tout en contrôlant la position du bassin, comme nous l'avons dit plus avant.

Nous calculerons ensuite l'angle de flexion passive avec le genou en flexion de préférence et si possible en fixant le membre opposé sur le plan de la table.

On peut parfois avoir un angle de flexion irréductible dans l'une ou les deux hanches, mais il passera inaperçu si l'on ne contrôle pas le rachis lombaire. S'il existe par exemple une ensellure due à un enraidissement en flexion de la hanche droite, on pourra la faire disparaître en fléchissant la cuisse droite sur le bassin. Au moment où la région lombaire prendra contact avec la table, on mesurera l'angle de flexion formé par la cuisse et l'axe du tronc pour avoir l'angle de flexion coxo-fémoral irréductible. Si l'ensellure n'est pas modifiée par cette manœuvre, c'est que la coxo-fémorale du côté opposé est aussi en cause. La flexion passive de l'autre hanche fera à un moment donné disparaître l'ensellure.

Pour l'extension, le sujet sera placé à plat-ventre. On soulèvera alors le membre inférieur en effectuant la prise au-dessus de la rotule.

Pour l'abduction, avoir soin d'équilibrer les épines iliaques.

Il en sera de même pour l'adduction.

La rotation interne ou externe se prend soit en position couchée sur le dos avec rotation partant des chevilles, soit les jambes pendantes, ou soit encore à plat ventre, les jambes relevées à angle droit.

### *Cinésithérapie*

C'est intentionnellement que je ne parle pas du massage. Non pas que je doute de son efficacité dans le traitement d'une telle affection, mais bien parce que tout physiothérapeute sait à quoi s'en tenir à cet égard.

Par contre, je tiens à souligner les bons résultats que j'ai obtenus par l'extension sur table en pratiquant l'extension verté-

brale des dernières vertèbres lombaires. Les résultats réjouissants obtenus ainsi tous résultats qui m'ont été confirmés par les malades eux-mêmes, m'ont encouragé à poursuivre cette manière de faire.

C'est sans doute une action réflexe sur les plexus lombo-sacrés qu'il faut invoquer pour expliquer les heureux résultats ainsi obtenus.

La gymnastique de posture est aussi intéressante à bien des égards. Pensez seulement au « garde-à-vous fixe » du soldat et admettez de passer ensuite à ce que j'appelle le « repos en position hypercorrecte ». Vous avez ainsi une gamme d'effets allant de l'effort statique le plus intense à la relaxation la plus totale... C'est évidemment en « décontraction » que je suggère la gymnastique de posture de la coxarthrose.

Remarquez qu'il n'est pas nécessaire d'exécuter les postures comme le font les adeptes du Hatha-Yoga pour qu'il y ait de bons résultats.

Les étirements des tissus mous (muscles, tendons, ligaments, capsules articulaires, vaisseaux sanguins et nerfs) donnent également des résultats bien intéressants. A noter que la posture doit rester indolore.

Les mouvements passifs, dont le protocole a été relevé par mon collègue DUPUIS, de Lausanne, lors de notre dernier congrès suisse des physiothérapeutes, ont leurs indications à condition que la « non-violence » soit de règle et que la participation volontaire du patient soit acquise. Puis aussi que le bilan articulaire vous ait donné la mesure des possibilités du patient. Ceci étant, nous attacherons une attention toute particulière à cette collaboration de notre patient qui, s'il a compris le rôle des postures adoptera le « relax » afin que les exercices passifs prennent toute leur valeur. Mouvements : flexion, extension, adduction et abduction, rotation et circumduction.

*La mobilisation semi-passive* : « Semi-passive » parce que ne demandant que très peu de dépense de force à notre malade. Dans cette formule, je place le mouvement pendulaire réalisé avec des appareils de mécanothérapie, avec la suspensionsothérapie, enfin avec des haltères fixés aux pieds du patient, lui permettant ainsi

d'utiliser l'impulsion donnée par le poids en déchargeant l'articulation malade.

*La mobilisation active* : Là, nous avons toute une gamme d'exercices à notre disposition. Je pense que par ordre de progression il faut commencer par la poulie-thérapie, le membre inférieur en suspension, on pourra alors réaliser une résistance très graduée. Certains me diront que nous pouvons réaliser le même travail à la main, je pense aussi que cela est possible, mais que ce doit être bien fatigant, alors qu'en somme il suffit d'une installation très sommaire pour réaliser cette poulie-thérapie.

Reste la partie essentielle : la gymnastique que le malade doit exécuter tous les jours.

Il faut que le patient soit initié, éduqué, aidé physiquement et psychiquement par le kinésithérapeute et qu'à tout prix il comprenne que c'est son travail qui va le maintenir. Il faut aussi coûte que coût qu'il comprenne le risque qu'il court de devenir plus rapidement un invalide s'il néglige ses exercices.

Je pense que le premier exercice quotidien doit être pour lui de faire de la bicyclette de chambre. Au moyen de cet appareil il peut roder son articulation malade sans que celle-ci ait à supporter le poids du corps, celui-ci restant sur la selle.

Puis vient l'extension de toute la jambe pour conserver les fessiers. Le malade se couche sur une table jusqu'à la ceinture, les deux jambes pendantes dans le vide, les pieds à terre. — Elévation d'une jambe jusqu'à l'horizontale avec une résistance qui sera soit un haltère, soit un sac de sable. Les fessiers sont des muscles qu'il faut absolument conserver et pour cela il

faut un certain effort de la part du patient.

Que l'on ne me dise pas que la pression articulaire devient dangereuse ainsi : une résistance de deux à trois kilos ne peut être comparée au poids du tronc que subit pourtant l'articulation à chaque pas que fait le patient.

Puis viendra en 3<sup>me</sup> lieu un rodage de l'articulation : par exemple la circumduction de la jambe au-dessus d'un obstacle.

Il ne faut pas que le malade ait trop d'exercices à faire à domicile, mais il peut exécuter des postures, pour autant qu'il le puisse encore, celles-ci n'étant pas d'une importance négligeable.

*Conclusion* : Je tenais à faire cette mise au point en vous apportant le fruit de mes réflexions et de mes expériences à l'endroit du traitement de la coxarthrose. J'espère avoir bien démontré et je souligne encore la nécessité du dosage très délicat dans l'application d'un tel traitement. Une tâche humanitaire et sociale s'offre ainsi à nous et nous devons mettre tout en œuvre pour aider le médecin à la récupération de tels malades. Ce n'est que par des soins attentifs et patients que nous pourrons contribuer à une amélioration plus rapide sinon complète de ceux-ci. Il conviendra naturellement que le médecin soit informé des programmes que nous leur conseillons de suivre.

De plus, je vous recommande de tenir à jour le bilan articulaire du patient qui, à part l'intérêt matériel qu'il vous offrira, pourra vous servir à encourager le malade en lui faisant part des résultats acquis, non sans lui faire remarquer que si le mal ne progresse pas, c'est déjà un résultat magnifique que d'avoir enrayé sa progression.

**NEU für Ihre Fachbibliothek !**

Frl. Marta Schüepp:

**Bewegungstherapie** bei Multipler Sklerose; kart. Fr. 4.80

Verlag Volksgesundheit Zürich 2/39  
Bleicherweg 7, Tel. (051) 25 34 33

Occasion:


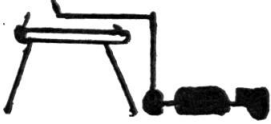


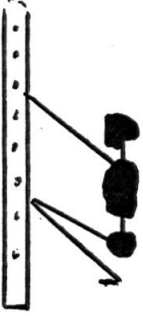
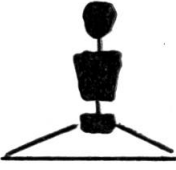
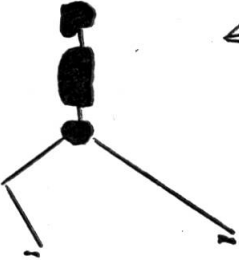



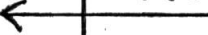
Sehr günstig zu verkaufen  
**Einzimmer-Massage-Einrichtung**  
mit moderner, fast neuer

**SANOVAC-Apparatur**

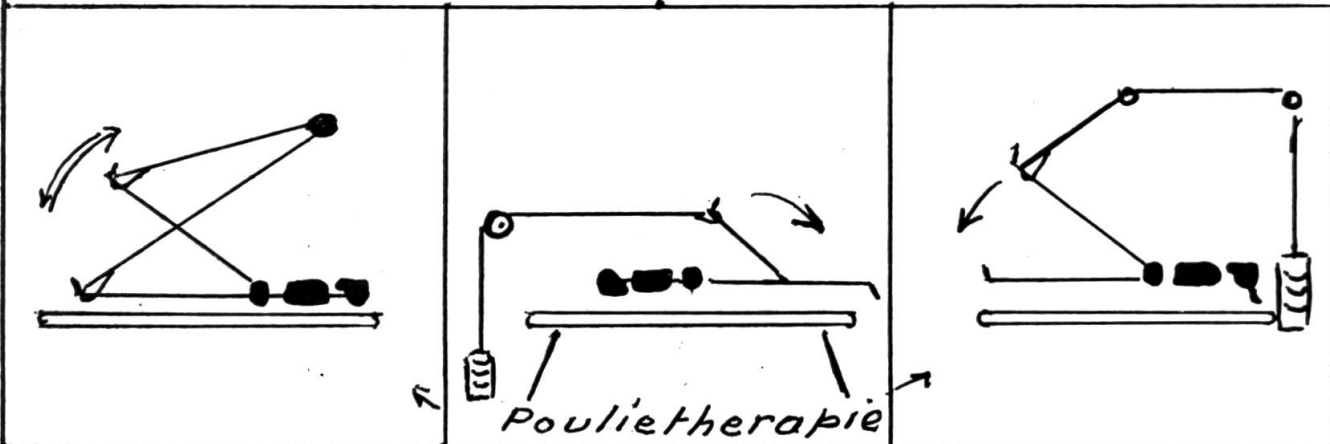
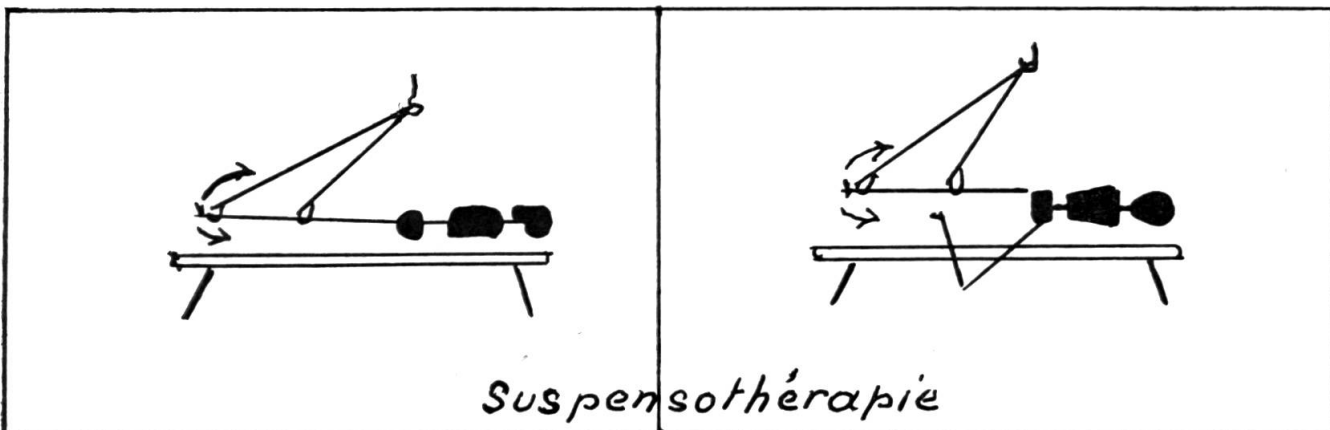
mit automatischer Ansaug-Gruppe.  
Neue grosse Personenwaage, Spezial-Serverboy, Spezial-Lampe, Paravent 4-teilig, etc.

Auskunft: Tel. (071) 23 38 21

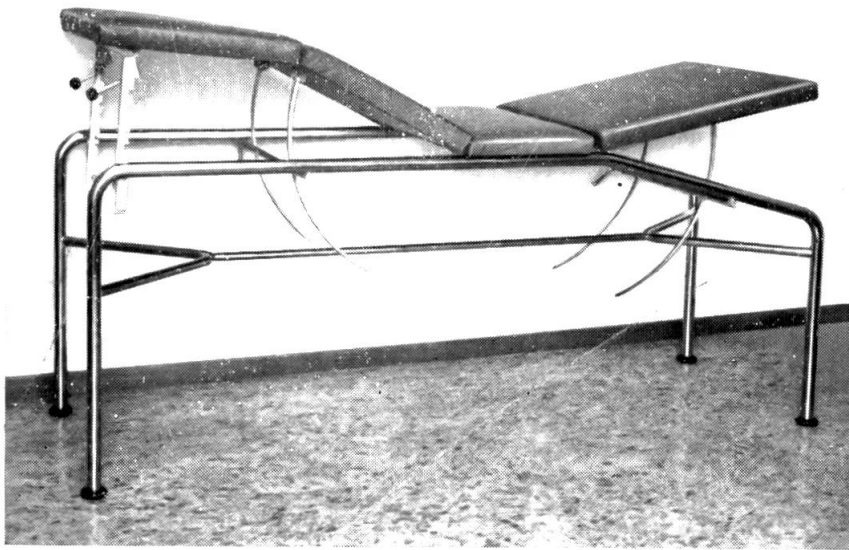
# Coxarthrose : les postures

	<p>Le "garde à vous" du soldat</p> <p>Le repos hypercorrecte</p>	
	<p>Les flexions</p> 	
 <p>Ecartement</p>		<p>Extensions</p> 
<p>Externe</p> 	<p>Interne</p> 	<p>Rotations</p> 

# Coxarthrose : les exercices







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

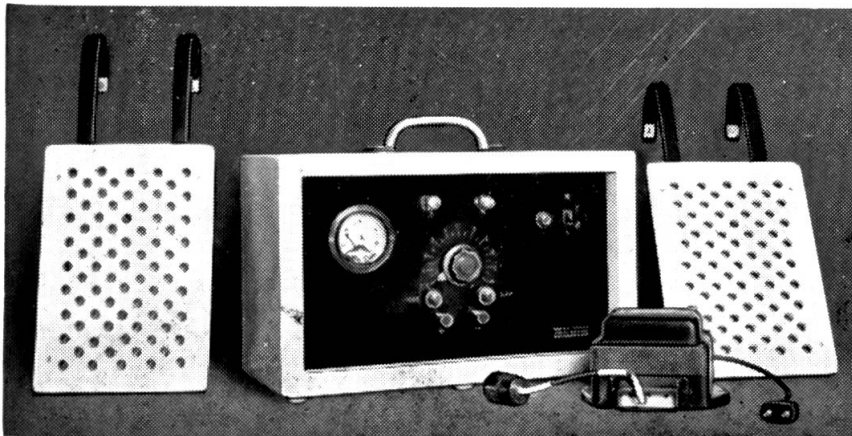
**Tritte  
Hocker  
Boys etc**

**Spezialanfertigungen**

**Vorteilhaft und zweckmässig**  
vom Fachmann mit Spitalpraxis:

**WALTER HESS** Fabrik f. Arzt- und Spitalapparate  
Dübendorf ZH Tel. (051) 85 64 35

**HESS**  
DUBENDORF - 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 (051) 46 66 08

Madame  
Ursula Pfyffer-Hürliemann  
Village Pérouge

**AZ**  
**THALWIL**

La Tour-de-Peiz

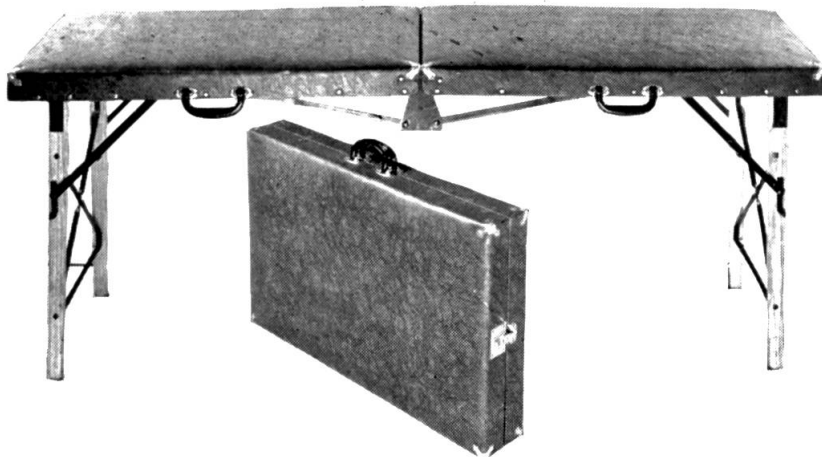
*Phafag*

## 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 neue  
**zusammenklappbare**

## Massagebank

die sich als **Koffer** mit-  
nehmen lässt und trotz-  
dem jede **Stabilität** bie-  
tet.

Arbeitsmasse:  
178 cm lang, 56 cm breit,  
70 cm hoch  
Zusammengeklappt:  
56x89 cm. Gewicht: 16 kg

Vorführung und Offerten durch

**QUARZ AG.**

**Zürich**

Othmarstr. 8

Tel. (051) 32 79 32

### 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

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

Erscheint 2-monatlich