

**Zeitschrift:** Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen  
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la  
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino  
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

**Band:** - (1972)

**Heft:** 242

**Artikel:** La Kinésithérapie en médecine psychosomatique

**Autor:** Bernachon, P.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-930544>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 02.02.2025

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

# La Kinésithérapie en médecine psychosomatique

*Conférence donnée aux Journées Latines de Kinésithérapie à Liège, le 13 novembre 1970, par le Docteur P. Bernachon, 124 Rue Courcelles, Paris 17e.*

## Suivre

La rédaction de l'observation du kinésithérapeute montre qu'il prit parti nettement pour la malade contre le mari qui dans son esprit était le coupable. Mais à aucun moment il n'exprima cette position. Il est cependant bien probable que la malade perçut qu'elle avait trouvé un témoin chaleureux ce dont elle avait sans doute le plus grand besoin à ce moment de son existence. Il écouta mais en même temps il fit un traitement ne comportant pas que des massages, il proposa une rééducation active.

Il y avait bien certainement chez cette patiente un conflit important des instincts agressifs et passifs, une inhibition émotionnelle et affective, un manque de maturité psycho-sexuelle, selon la description qu'en fait Burmer de bien de ces lombalgiques.

Mais ni le kinésithérapeute ni moi-même n'avions le projet initial d'amener cette patiente à une psychothérapie profonde si cela ne s'avérait pas nécessaire. D'autre part de maladroites interventions ou interprétations quelque soit la curiosité de cette malade auraient pu être perçues par elle comme des incitations de passage à l'acte qui sur un «moi» assez faible risquaient de déclencher quelques catastrophes. De façon économique elle avait pu réussir selon le terme de Reverchon un «réarrangement» de sa vie. Nous n'avions pas cherché à la «guérir» de nous ne savions quoi en vérité.

On connaît toujours quelques réticences à émettre des opinions sur une spécialité que l'on ne pratique pas. Je le ferai cependant au nom d'une longue collaboration avec des kinésithérapeutes pour avoir reconnu les inestimables ressources de leur activités et connu quelques débloires.

Je me permettrai donc de décrire vos activités sous trois rubriques dont le thème général sera celui du kinésithérapeute en trois situations:

- le kinésithérapeute et le médecin.
- le kinésithérapeute et le malade.

— le kinésithérapeute le malade et le médecin.

Il est bien évident que cette classification ne répond qu'à un essai de clarification des faits qui dans la pratique s'enchevêtrent.

## Le kinésithérapeute et le médecin

Il est trop habituel encore que la prescription d'un traitement physiothérapique soit faite dans un climat de septicisme et de désillusion. Il peut s'agir d'un malade qui ne s'améliore pas et dont le médecin ne sait que faire. On prescrit alors quelques séances de massages. On ajoute une phrase de ce genre:

«Vous trouverez bien près de votre domicile un masseur qui s'occupera de vous». En résumé on a prescrit n'importe quoi, on ne sait pourquoi, à n'importe qui. Les résultats sont rarement bons. Le kinésithérapeute ne connaissant ni le médecin ni le malade se livre à quelques gestes de routine. Il se peut que le patient soit un temps amélioré. Mais cette tactique impersonnelle, émanant en général de médecins n'ayant qu'une médiocre information en cette spécialité ou ne la considérant que comme une thérapeutique mineure, me paraît mauvaise.

Pour qu'un traitement kinésithérapique ait quelque efficacité deux conditions me paraissent primordiales:

— la première est que le médecin ait fait un diagnostic, fût-ce celui d'un état dépressif comportant des projections algiques musculaires ou articulaires chez un sujet dont on connaît l'histoire.

— la deuxième condition est que le kinésithérapeute et le médecin se connaissent, qu'ils puissent aisément se communiquer leurs constatations.

Je suis persuadé que cette collaboration est intuitivement perçue par le malade.

## La relation kinésithérapeute-malade

Je ne vous apprendrai pas grande chose en vous disant ses ambiguïtés.

L'une d'elles tient au fait que le kinésithérapeute n'agit habituellement que sur prescription médicale, j'y reviendrai tout à l'heure.

L'autre tient aux circonstances même de l'activité thérapeutique.

Sichère et Garnier ont justement fait remarquer que «si le malade (de même que le thérapeute) n'a bien qu'un seul corps, en fait les demandes des malades et les réponses des thérapeutes révèlent différentes acceptions d'une même terme.

— le corps peut être un ensemble anatomique de tendons, de nerfs, de muscles, de viscères bien définis dont le fonctionnement est étudié en physiologie.

— il est aussi un organe fonctionnel et sensoriel qui transmet et reçoit des informations et correspond aux activités conscientes et automatiques, au schéma corporel conscient, rationnel.

— plus profondément il est un organisme vécu par une personne qui, si l'on peut dire l'habite. Il sert donc à la vie relationnelle et supporte les aléas de la vie affective.

— plus profondément encore il est reconstruit selon les phantasmes de chacun sur un mode qui n'a plus rien à voir avec l'anatomie ni avec la physiologie, mais jongle avec elles et reste inconscient.

Si je pense avec Sichère et Garnier que seule la voie psychanalytique permet d'atteindre le corps phantasmé, je n'exclus pas, comme ils semblent l'exprimer, l'importance de la relation verbale qui vient aggrandir cette relation bien au delà d'une action se limitant au corps anatomique et au corps fonctionnel, et cela sans qu'interviennent des techniques particulières telles la relaxation ou la réduction psycho-motrice dont on vous parlera par ailleurs et qui ont leurs indications spécifiques.

En outre il en est des kinésithérapeutes comme des médecins.

La diversité des praxis ne peut s'expliquer que par l'effet de motivations profondes, présente chez le thérapeute. De «l'entreprise

de soins distribués par des machines à des psychothérapies réelles en passant par des faiseurs de muscles» l'éventail est large.

Sans vouloir définir des normes standard d'activité, puisque dans une certaine mesure cette diversité est souhaitable et répond à la diversité des demandes, on pourrait cependant espérer un meilleur eclectisme, un peu plus de nuances dans les indications thérapeutiques.

D'autre part, il y aurait beaucoup à dire sur cette exhibition corporelle plus ou moins bien tolérée de ce sujet qui s'abandonne sur la table du kinésithérapeute et qui peut se permettre une régression officialisée et remboursée par la Sécurité Sociale. Que le patient et le kinésithérapeute vivent alors des phantasmes d'attraction et de répulsion est tout probable. Qu'au delà des techniques et de la Science le patient vive des minutes magiques sous ces mains guérisseuses qui le palpent le frôlent le pétrissent est également certain. Que cette fameuse détente, résultat d'un massage bien fait ait des colorations très érotisées s'inscrit out à fait dans ce «corps à corps» que décrit B. Dolto. Que se mélangent à ces émotions actuelles des réminiscences infantiles, ou que l'on retrouve comme le signalent Sichère et Garnier une «véritable jouissance à deux sur un mode régressif mère-enfant, tout cela me paraît fort bien compris et étudié actuellement. Mais, il conviendrait mal que ces émotions mal reconnues et contrôlées soient à l'origine de mécanismes de défenses apparaissant chez l'un ou l'autre des partenaires de cette relation. Je pense que cette situation privilégiée est justement le moment à utiliser dans une voie thérapeutique.

En effet, la moindre défense du patient dans ces conditions est, si j'ose dire, de couvrir sa nudité de paroles. C'est à ce moment, bien des kinésithérapeutes me l'ont confirmé, que se font des révélations importantes. J'insiste bien sur un fait: ce qui est important n'est pas que le kinésithérapeute apprenne un éventuel secret en jouant au grand détective, encore moins qu'il ne l'interprète. Ce qui est important est que l'intéressé ait trouvé les conditions, le climat, la continuité, lui permettant d'exprimer ce qu'il n'exprime jamais. Il suffit donc d'écouter. Je ne sais plus qui disait récemment: «Dans ce monde bruyant, personne ne parle».

Habituellement lorsque j'exprime cette proposition très simple à des médecins, des étudiants, des travailleurs sociaux, quel qu'un me demande :

«Écouter, pour quoi faire». Cette question fait partie des quêtes de recettes qui stérilisent trop nos professions. Je vous dirai surtout ce qu'il ne faut pas faire.

Il ne faut pas faire de la petite psychologie. La psychologie est à la mode. La grande presse s'en est emparée, les magazines féminins en couvrent leurs pages. On laisse supposer à chacun sans information préalable, mais surtout *sans formation* (je souligne) qu'avec un peu de bons sens, quelques lectures et quelques trucs, rien n'est plus simple que d'être psychologue. Dans ce domaine la confusion est grande. Pour beaucoup, montrer de la gentillesse, de la courtoisie, être humain constituent la panoplie suffisante du parfait psychologue. Balint et la formation en groupes nous ont bien montré que donner des conseils, rassurer, fournir des explications pseudo-scientifiques n'avait pas souvent une bonne efficacité thérapeutique lorsque nous n'avions pas fait au préalable un diagnostic en profondeur. On peut bien voir que les conseils que nous donnons parfois sont ceux que nous pourrions nous servir à nous mêmes, et que nous ne suivons pas, il est encore moins certain qu'ils conviennent à autrui. Croire que nos propres expériences, la solution que nous avons trouvée à nos propres difficultés en tous domaines puisse être d'une utilité quelconque aux autres est une illusion qui a la vie dure. Que nous cherchions notre propre justification est plus probable. Mais je ferai remarquer que dans ces conditions c'est de notre propre traitement qu'il s'agit et pas du tout celui de notre malade.

Il est aussi des phrases dangereuses: «Votre colonne vertébrale a vingt ans de plus que vous». «Avec tous ces becs de perroquets, il n'est pas étonnant que vous souffriez tant». Méfions nous également de ces mots si souvent entendus: «des vertèbres déplacées», «des nerfs coincés» qui peuvent avoir dans l'esprit de nos patients des résonances douloureuses et durables. Je pourrais vous en citer maintes observations. Certes, nous savons bien que le désir de guérir connaît ses excès et ses abus. Il est sans doute préférable de laisser cette vieille

filles, dont la vie fut un échec, contempler ses vertèbres cervicales, préférable de lui offrir de gratifiants massages et quelques comprimés, lui offrir aussi ce charitable mensonge que le drame de sa vie fut peut être ce pincement C 6—C 7, plutôt que de l'amener à saisir trop tard ce qu'elle eût pu faire de son existence. Ce type de patiente risque d'être victime d'une psychologie d'amateur quand bien même ne se mêle pas quelque sadisme à leur égard, répondant à l'agressivité qu'elle nous inspire lorsqu'elle renonce à guérir selon nos normes scientifiques.

Je ne ferai que citer en passant les avatars nombreux que connaissent les kinésithérapeutes comme les médecins en présence des hystériques.

Je viens d'évoquer rapidement quelques situations où le comportement, l'information, le propre contrôle du thérapeute peuvent être déterminant dans l'évolution d'un malade, et cela dans des domaines fort lointains de la technicité de ce kinésithérapeute.

## La relation kinésithérapeute-médecin- malade

Du fait du statut particulier de chacun des membres de ce trio plus encore de l'image que chacun se fait de son propre statut, peuvent naître des tensions émotionnelles plus ou moins vives que chacun va tenter de résoudre selon ses voies personnelles.

Il semble que la particularité de cette relation triangulaire tient au fait que très habituellement le médecin a l'initiative du traitement, traitement qu'il doit confier à un autre.

A partir de cette situation on peut concevoir un très grand nombre de développements possibles.

Le médecin peut avoir grande confiance dans le traitement qu'il prescrit, en bien connaître les indications, ou le considérer, comme une façon de se débarrasser d'un malade particulièrement difficile, voyant le kinésithérapeute non comme un auxiliaire précieux mais comme un serviteur destiné aux travaux mineurs.

Le malade peut se sentir reconforté en appréciant le traitement prescrit, y voir une



heureuse initiative, une preuve de l'intérêt efficace que l'on porte à son cas ou à l'inverse se sentir rejeté vers des voies incertaines, abandonné de son médecin.

Le kinésithérapeute peut être un personnage très confiant dans sa pratique, très fier de ses résultats ou bien se vivre comme un subalterne sans avenir dans la hiérarchie médicale.

Je ne viens de citer que des cas extrêmes admettant l'existence d'un grand nombre de positions intermédiaires. On conçoit que l'interaction de ces attitudes risque de provoquer des conflits se structurant sur un mode névrotique. Je ne vous donnerai que quelques exemples qui m'ont paru fréquents.

Il se peut que le malade cherche à diviser ses thérapeutes, se plaignant à l'un de l'autre, manifestant des sentiments agressifs qui vont prendre pour cible provisoire l'estime réciproque liant le kinésithérapeute au médecin. Quel que soit le diagnostic médical de tels malades il est bien évident que l'agressivité, quelles qu'en soient ses sources, en est la composante la plus périlleuse. Il est indispensable d'en prendre bien conscience et de la supporter afin que le trio ne se déchire pas au prix de dommages partagés.

Parfois le kinésithérapeute peut tenter de prendre seul en charge le malade, de supplanter la toute puissance du médecin, de prendre des initiatives, de formuler des directives, de critiquer le traitement médicamenteux. Ici la problématique personnelle du kinésithérapeute est en cause, le patient un peu désorienté risque d'en payer le prix.

A l'inverse, dans un rôle de soumission excessive, le kinésithérapeute vit résigné un rôle d'auxiliaire sous informé, sous cultivé. La moindre relation interpersonnelle est rejetée, la peur de déplaire au médecin est grande. Règne alors entre le patient et le kinésithérapeute une neutralité froide, une distance fort peu thérapeutiques.

Dans un rapport publié lors d'un colloque consacré à la formation psychologique des médecins, Madame de Beaurepaire a fort bien situé l'entrelacement obligatoire des tendances qui s'opposent ou se conjuguent dans cette relation triangulaire. Il ne fait aucun doute que l'on trouverait aisément dans cette relation des références aux conflits Oedipiens. Il me paraît tout probable que bien des échecs, des tensions, qui

surgissent au cours de ces traitements partagés, pourraient s'expliquer par la résurgence d'éléments Oedipiens non résolus. Mais il serait excessif d'avancer que la bonne entente du trio, dans une perspective thérapeutique, est uniquement conditionné par la bonne liquidation de la période Oedipienne de chacun des participants. Je vois d'autre part quelques dangers à ce que sans une profonde formation préalable, des médecins comme des kinésithérapeutes, quelle que soit leur culture personnelle, aillent plaquer des concepts qui, tout authentiques soient-ils, ne pourront être manipulés efficacement.

J'espère cependant qu'au long de ces phrases vous aurez pu voir que notre relation avec nos malades pouvait avoir des incidences se situant bien au delà d'une bonne ou mauvaise observance de gestes ou de techniques. Cette remarque ne concerne pas les seuls cas de stricte obéissance PS. Vous savez mieux que moi que la rééducation des poliomyélitiques ou de certains handicapés physiques, ne saurait atteindre une bonne efficacité sans que se crée entre rééducateurs et rééduqués un certain climat qui est bien à mon sens ce que le mouvement PS nous a conduit à étudier de façon plus fine.

Je sais bien que certains kinésithérapeutes portent une richesse innée, faite de spontanéité, d'intuition qui leur permet en quelque occasion que ce soit de créer ce climat thérapeutique. Remplacer ce don qui ne s'apprend pas par le bon sens, la gentillesse, une teinture psychologique ne met pas à l'abri de graves déboires.

En bref, l'information ne suffit pas. Aucun manuel, aucun enseignement dans les formes traditionnelles que nous connaissons ne peut dans ce domaine éclairer quiconque, que d'une façon superficielle ou déformante. Il s'agit bien moins d'apprendre une technique nouvelle que de parvenir selon la proposition de Balint à une modification limitée bien que considérable de soi-même. Il n'est pas simple en quelques mots de définir en quoi consiste cette «modification». Je pense que cela consiste à accepter et acquérir une ouverture, une disponibilité, une nouvelle écoute face au malade. Ecouter est sans doute le maître mot de ces propos, à la condition que nous écoutions tout autant le patient que ce qui se passe en nous.

La formation en groupe paraît la plus adaptée à ce travail. Vous savez que depuis une quinzaine d'années, sous l'initiative de Balint, de tels groupes se sont formés en Europe.

Pratiquement il ne put s'agir que de petits groupes d'une douzaine de participants, se réunissant en présence d'un animateur. Au cours de ces séances dont le rythme est variable (2 à 4 par mois) les participants exposent un cas leur ayant posé des problèmes particuliers. Ces problèmes ne concernent pas le diagnostic traditionnel mais les difficultés relationnelles apparues dans la conduite du traitement ou même les succès incompris ou inespérés.

Grâce aux interventions des autres participants, le médecin prend conscience de ses propres réactions devant tel patient, réactions favorables ou intempestives. Il apparaît ainsi que les difficultés que nous connaissons tous ne sont nullement proportionnées à la gravité particulière de l'affection ayant justifiée notre intervention. Ces difficultés peuvent être liées à notre comportement, aux réponses que nous donnons sous toutes les formes que ce soit, aux demandes du patient, demandes implicites ou explicites plus ou moins bien comprises. Les difficultés peuvent tenir au malade qui souvent de façon inconsciente, conditionne un certain style de relation avec son thérapeute, relation que ce dernier supporte avec plus ou moins de tolérance. Il est remarquable que la relation que le patient établit avec son thérapeute est souvent un fidèle symptôme des difficultés particulières que ce patient connaît dans son existence. Vous avez tous rencontré des malades distants séducteurs, passifs, opposants. Vous savez combien selon nos traits personnels, nous réagissons de façon très différente suivant les cas, parfois sur un mode qui est loin d'être thérapeutique.

Je ne puis en quelques mots que vous indiquer ce qui se passe dans un groupe, comment le médecin parvient lentement à découvrir ses propres réactions, à se débarrasser sans peurs, de sa cuirasse professionnelle, fausse puissance dont il espérait assurance personnelle et protection, sans mesurer le prix de ces efforts illusoire. Mais également le malade prend un autre visage, il est mieux

compris et de ce fait mieux traité en tous les sens de ce mot.

Une telle formation est évidemment d'inspiration psychanalytique et il me paraît souhaitable que l'animateur de tels groupes soit un analyste. L'analyste paraît en effet mieux formé lui-même à saisir, contrôler, utiliser les émergences de l'inconscient qui ne manquent pas d'apparaître au cours de séances en groupe. D'autres tentatives ont eu lieu depuis les travaux de Balint. On ne peut que se féliciter que se multiplient des groupes d'études. Il serait bien imprudent de fixer dès à présent des normes rigides. D'autre part il convient de mieux préciser les indications et les modalités de formation selon les groupes concernés. D'importants travaux ont été faits par Enid Balint avec des travailleurs sociaux. Deux groupes formés de kinésithérapeutes parisiens n'ont pas encore publié le résultat de recherches. Une difficulté semble être apparue tenant sans doute à l'absence d'informations suffisantes quant à la relation spécifique kinésithérapeute-malade.

Bien enclous dans notre cadre professionnel, nous nous forgeons de nous-mêmes une image assez satisfaisante. Satisfaisante pour qui? A peine cette question est-elle posée que l'on découvre qu'il faut parfois beaucoup d'efforts pour maintenir cette image. Tel praticien (je songe autant aux médecins qu'à vous) va compenser certaines frustrations profondes au prix d'un rendement professionnel intensif lui assurant des revenus enviables. Mais je pose la question: à quel prix? Tel autre s'entoure de toutes les informations techniques les plus récentes (dont certaines ne durent que le temps d'une mode) et vit de ce fait dans l'angoisse permanente du diagnostic pas fait, du traitement raté. Tel autre enfin s'isole dans sa profession, reste immuablement fixé dans un certain nombre de croyances scientifiques ou pseudo-scientifiques intangibles jusqu'à ce que quelque chose craque dans sa vie ou sa profession.

La formation en groupe dans une confrontation ne contenant pas d'inutiles précautions courtoises ou mondaines avec des confrères est certes parfois une épreuve un peu rude, mais après ce chemin nous pouvons cesser d'être une fonction impersonnelle ou un personnage fabriqué pour re-

trouver, sans risques, plus d'authenticité. C'est je crois ce que la plupart des malades attendent de nous.

Je ne voudrais pas entrer dans des discussions que je considère comme byzantines pour savoir si cette aptitude mérite ou non le qualificatif de psychothérapeutique. Je puis témoigner que j'ai vu des kinésithérapeutes réussir d'authentiques psychothérapies. L'importance d'une formation en groupe est de permettre à chacun de mesurer ses possibilités et ses limites dans des cas précis. Croire qu'après deux ans de participation à un groupe on devient psychothérapeute, supposer parceque l'on a rencontré la psychanalyse (dans le cas des groupes Balint) on va pouvoir en toutes occasions se livrer à de hâtives interprétations serait autant d'illusions dangereuses. Il ne s'agit pas de changer de spécialité. Nous devons veiller à rester des praticiens, des praticiens plus disponibles et sachant écouter, tout écouter et peut-être entendre.

Je termine cet exposé. Il m'était apparu

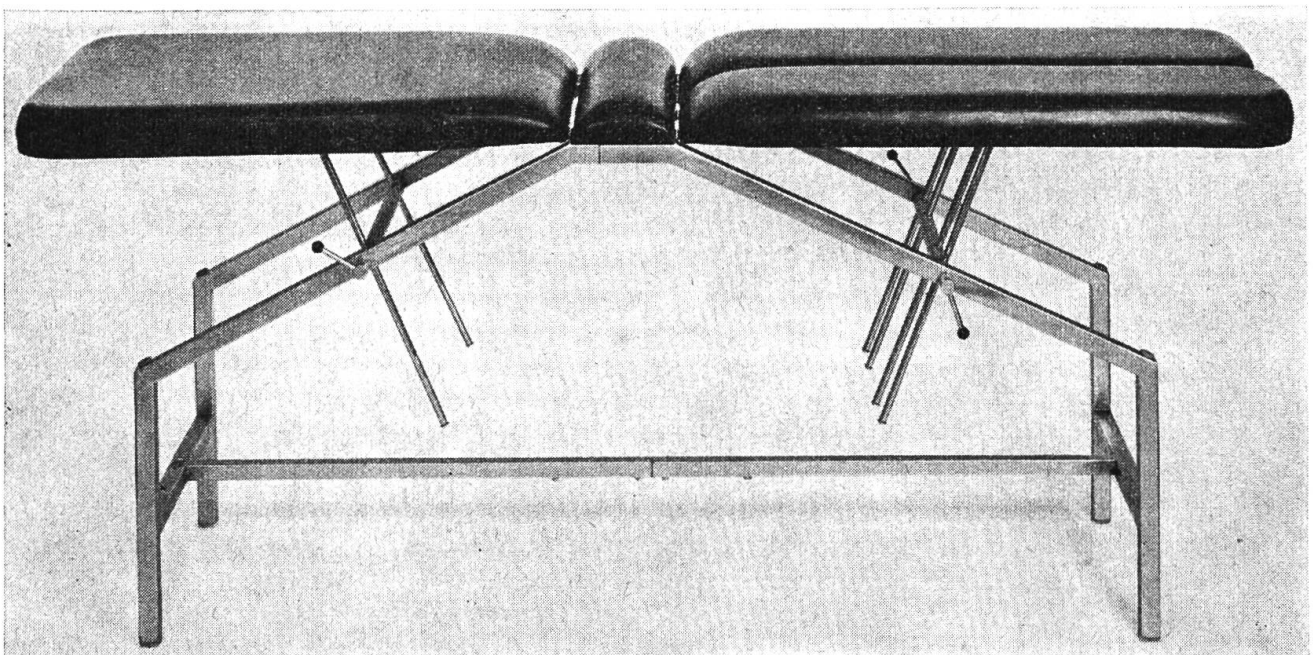
assez vain, dans l'état actuel de nos connaissances, de vous proposer la liste des théories PS, et de tenter d'en extraire ce qui pouvait convenir à vos activités dans des cas précis. Je suis un praticien, et, quelque soit l'attrait culturel que je porte aux recherches PS, je vois mal quel intérêt nous pouvons en tirer autrement qu'en étudiant mieux l'attitude PS, les profondes résonances et conséquences qu'elle peut avoir dans notre activité quotidienne.

Je souhaite avoir incité nombre d'entre vous à mieux étudier le champ d'action de la kinésithérapie qui me paraît considérable. Un peu aveuglés des découvertes scientifiques des dernières années nous ne savons plus poser qu'une question: que faut-il faire? Nous supposons qu'en tous domaines la solution réside dans une série de gestes bien appliqués. Nous avons un peu oublié l'autre question: que faut-il être. Or je crois avec Nacht, qu'en maintes occasions: «Ce que nous sommes a plus d'importance que ce que nous faisons».

2, Rte de Renens  
Tél. 021 . 24 98 25



- bâti métallique chromé ou plastifié, matelassure souple, garniture skai toutes teintes
- plateaux réglables en hauteur par tiges freinées
- plan de travail composé de 4 plateaux
- plusieurs modèles, depuis fr. 816.—





# HYDROTHERAPIE



*Planung und Ausführung mit  
50-jähriger Fach-Erfahrung*

*Unsere Fabrikation und In-  
stallation umfasst sämtliche  
Apparate und Einrichtungen  
der Hydro-Therapie und der  
Hydro-Elektrotherapie.*

**BENZ+CIE.AG ZÜRICH**  
Universitätstr. 69 Tel. 051/26 17 62

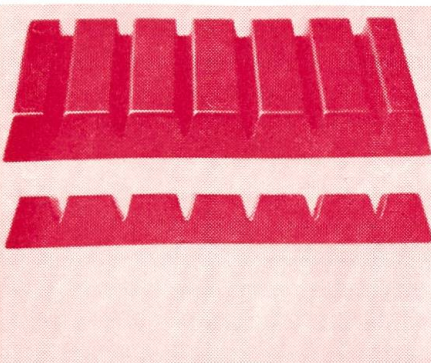
Die erfolgreiche Wärmepackung  
mit dem heilenden Effekt der  
feuchten Wärme.

Wirksam, wirtschaftlich, wissen-  
schaftlich erprobt.

## Parafango Battaglia

Dürfen wir Sie ebenfalls  
beraten? Parafango ist kassen-

zulässig; auch die von Ihnen  
verabreichte Packung.



## Fango Co

Fango Co GmbH

8640 Rapperswil

Telefon 055 2 24 57

## Wärmetherapie

am wirksamsten durch die  
natürliche Parafango-Therapie



Herrn  
Othmar Lenzi  
Zwirnerstr. 204

**AZ**  
**8800 THALWIL**

8041 Z ü r i c h  
-----

**Hiltl** VEGETARISCHES RESTAURANT / TEA ROOM  
**Vegi**  
**Zürich** Sihlstrasse 28 — Stadtzentrum — 25 79 70

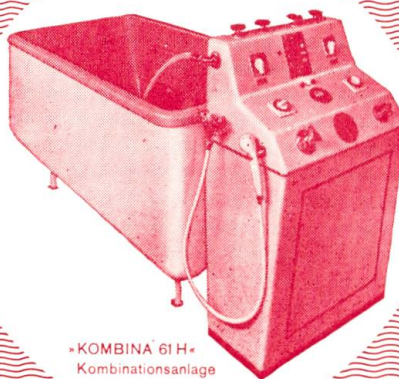
25 Sorten frische Salate  
Schlankheits-Diät-Menu  
Indische Spezialitäten

## Medizinische Bädereinrichtungen



Apparatebau  
**KARL SCHREINER**  
Freiburg i. Br.  
Schreiberstr. 8

Unverbindliche Planung  
und Beratung



»KOMBINA 61 H«  
Kombinationsanlage

**Redaktion:** Für den deutschen Teil: Oskar Bosshard, Tödistrasse 53, 8800 Thalwil  
Administration und Expedition: Schweiz. Physiotherapeuten-Verband Thalwil  
Inseratenteil: Plüss Druck AG, Postfach 299, 8036 Zürich, Tel. 051 / 23 64 34

Rédaction pour la partie en français: François Morattel — 1351 Rances  
Expedition für die franz. Schweiz: La Société Romande de Physiothérapie,  
le secrétariat: Case postale 70, 1012 Lausanne

Erscheint 2-monatlich. — Druck: Plüss-Druck AG, 8004 Zürich