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

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1958)

Heft: 163

Artikel: La collaboration entre la kinésiste et l'occupational thérapist

Autor: Jones, M.S.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930869

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.12.2025

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

musculaires au lieu de lutter sans espoir contre la force trop considérable des antagonistes. De cette manière, il y aura progrès au lieu d'efforts vains et douloureux.

Les mouvements assistés et résistés en suspension, possibles pour les débuts de traitements par déplacement du point de fixation par rapport à l'axe vrai (l'articulation), peuvent être progressés au moyen de ressorts à boudins, spécialement créés pour ce genre de travail, ou au moyen de l'adjonction de la pouliethérapie. Nous parlerons une autre fois de cette technique.

Pour terminer cette courte introduction, résumons la technique de suspensionthérapie. *Rééducation musculaire :* 1) Mouvements en suspension dans le plan horizontal; balancement rhythmique avec fixation pendulaire pour assister le mouvement désiré, ensuite, avec fixation axiale. 2) Fixation axiale; un mouvement précis, *lent*, avec arrêt à la limite du mouvement, suivi d'un retour *lent* au point de départ. 3) Fixation pendulaire pour créer une résistance; d'abord balancement rhythmique avec travail musculaire *seulement* dans le sens contre résistance. Ensuite, mouvements précis, lents, avec arrêt à la limite avant de retourner au point de départ.

Mobilisation articulaire : Le point de fixation doit être toujours exactement au-dessus de l'articulation à travailler. 1) Mouvements, sans heurts, rhythmiques, genre de balancement, mais seulement jusqu'au seuil de la douleur. 2) Mouvements isolés, contrôlés, dans un sens précis, jusqu'au seuil de la douleur. 3) Pour le genou et l'épaule, on peut ajouter de petits mouvements rhythmiques de pression au mouvement principal. Exemple : flexion du genou : a) fléchir lentement autant que possible; b) étendre un peu; c) fléchir un peu plus que la première fois; d) étendre un peu; e) fléchir encore un peu plus et tenir la position extrême un moment avant de l'étendre complètement et lentement.

Bibliographie : Rehabilitation, re-education and remedial exercises par Olive F. Guthrie Smith
Baillière, Tindall and Cox (1952)

La collaboration entre la kinésiste et l'occupational thérapist

par Mrs. M. S. Jones, M.C.S.P.

M.A.O.T., Chef du Service de Récupération Fonctionnelle au Recuperative Home. Farnham Park (Grande-Bretagne)

C'est mon devoir, cette après-midi, et cela m'est un plaisir, de vous parler de la collaboration entre la kinésithérapie et l'occupational therapy, O. T. C'est une collaboration qui doit être de plus en plus développée si l'on veut étendre les services de réadaptation à tous ceux qui sont diminués au point de vue physique, à quelque catégorie qu'ils appartiennent.

Avant de parler de ce développement, je veux vous exposer brièvement mon histoire personnelle, et vous dire pourquoi je crois pouvoir me permettre de vous parler d'un sujet aussi vaste et aussi peu connu. En l'abordant, on a la même impression que quelqu'un qui, voulant entrer dans une vaste chambre noire, n'y a introduit encore que la pointe du pied.

J'ai commencé ma vie professionnelle comme physiothérapeute et j'ai débuté à l'hôpital Saint Thomas à Londres, en 1921. A cette époque la formation d'une physiothérapeute anglaise durait deux ans. Nous avons étudié l'anatomie, la kinésiologie, la physiologie, le massage, l'électrothérapie et la gymnastique médicale suédoise. Actuellement, avec en plus, l'étude des traitements par radiations lumineuses et encore d'autres matières, le cours dure trois ans.

En 1921, quand j'ai débuté à Saint Thomas, le Docteur J. B. Mennel était chef de

service du département de physiothérapie. Miss Randel était directrice de l'Ecole, le docteur Rowley Bristow était chirurgien-orthopédiste et Sir Robert Jones venait voir occasionnellement quelques-uns de nos patients. Je suis certaine que ces noms sont bien connus de tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la physiothérapie et de la kinésithérapie.

A l'époque, le docteur Mennell et le docteur Bristow nous ont souvent parlé de l'hôpital Shepherds Bush où, pendant la guerre 1914—1918, ils soignaient des soldats blessés et où ils disposaient d'ateliers de menuiserie dans lesquels ces hommes travaillaient sous leur direction médicale. Ces histoires m'ont fort impressionnée. Le docteur Mennell et le docteur Bristow nous donnèrent également des directives à transmettre aux patients quand nous étions occupées à les surveiller. Telle patiente devait commencer à laver des mouchoirs, telle autre pouvait maintenant commencer à frotter ses planchers. D'autres, hommes ou femmes, devaient être encouragés à se redresser et à nettoyer le dessus des armoires, pour exercer les muscles des épaules.

Dès le début de la seconde guerre mondiale quelques-uns des plus anciens physiothérapeutes furent invités à suivre un cours d'occupational therapy. Vous comprendrez qu'avec la formation que j'avais reçue, je me rendais compte de ce que cette thérapeutique jouerait un rôle fort important dans les nouveaux hôpitaux, ouverts par le service médical créé pour satisfaire aux nouveaux besoins. Je demandai conseil au docteur Bristow et je me suis présentée immédiatement à l'école d'O.T. de Dorset House où sous la direction du Docteur Edith Casson et de Miss Macdonald, un cours abrégé avait été organisé pour physiothérapeutes. Pendant six mois nous avons étudié divers métiers tels que la vannerie, la menuiserie, et le tissage. Nous avons suivi des cours de psychologie, et nous avons relu nos livres d'anatomie, de kinésiologie et de physiologie. Au bout de six mois nous avons passé les mêmes examens que les autres étudiantes en O.T., mais pour la partie pratique seulement. Le diplôme que nous avons reçu ne nous autorisait pas à travailler dans les hôpitaux pour malades mentaux. C'est seulement pendant la guerre que ce diplôme a été créé. Actuellement, la formation en O.T. d'un étudiant qui n'a pas d'autres diplômes prend trois années. Pour quelqu'un qui a déjà fait sa physiothérapie, c'est un peu moins. Au Canada il y a un cours qui donne en même temps la physiothérapie et l'O.T. C'est une nouvelle idée, et qui me paraît fort utile, mais je n'ai pas encore rencontré quelqu'un qui ait suivi ce cours.

Je continue mon histoire. Au début de 1942, j'ai été engagée comme occupational therapist à l'hôpital de Pyrford, qui était sous la direction médicale du docteur Bristow. A cette époque le département orthopédique de St Thomas était à Pyrford. Le docteur Bristow était toujours chirurgien-orthopédiste de St Thomas et, en même temps, il était nommé médecin-conseil en orthopédie au Ministère de la Guerre avec le grade de Brigadier. J'ai eu de la chance en trouvant là mon premier emploi comme O.T. parce que, ayant travaillé sous le docteur Bristow en soignant ses patients privés, je connaissais ses méthodes. J'ai eu la chance, également, de trouver à Pyrford comme chef-physiothérapeute une personne que j'avais connue en faisant mes études à St Thomas. Elle m'a aidé beaucoup et nous travaillions très bien ensemble, chose de la plus grande importance quand on est un peu nerveuse en embrassant une nouvelle profession.

L'hôpital de Pyrford (actuellement le Rowley Bristow Memorial Hospital) était fort petit. Il a reçu, pendant la dernière guerre, plus de mille patients pour des opérations de lésions nerveuses, et pour des transplantations tendineuses quand il n'était pas possible d'opérer. Il y avait six physiothérapeutes et j'avais deux assistantes dans la section d'O.T. Tous les patients qui pouvaient marcher ou se déplacer en chaise roulante se rendaient aux ateliers et nous leur apprenions à faire de petites choses qu'ils pouvaient donner à leurs enfants ou à leur famille.

En même temps, j'ai obtenu de l'ouvrage d'une usine à proximité, qui fabriquait des appareils de radio pour l'armée. Elle nous

donnait à faire de petits assemblages et des modèles de câbles. En deux ans nous en avons fabriqué 17 000. C'était un travail très intéressant, surtout à cette époque, et très approprié pour stimuler les mouvements des mains faibles et développer la dextérité des doigts. Ces assemblages devaient être faits avec le plus grand soin. Les patients s'en tirèrent fort bien; l'usine a mis au rebut moins de 5% de tout ce que nous avons fait.

Outre les blessés de guerre, nous avions à l'hôpital une centaine de malades dont le traitement durait plus longtemps, atteints de lésions de la colonne vertébrale et d'arthrite coxofémorale d'origine tuberculeuse, et encore d'autres patients, femmes, hommes et enfants, qui avaient besoin de traitement orthopédiques. Quelques-uns de ces malades étaient naturellement alités, les malades de l'épine dorsale étant dans un moulage de plâtre pendant dix-huit ou vingt-quatre mois. Ils étaient obligés de rester couchés à plat.

J'estime que je dois maintenant vous parler des rapports entre les exercices de rééducation et la physiothérapie d'une part et l'O.T. d'autre part. Par la rédaction du programme de traitement cette collaboration est très facilement obtenue entre des personnes qui ont des connaissances analogues et qui ont confiance, réciproquement, dans le but poursuivi et dans les méthodes employées. Ainsi on arrange le programme de traitement pour le mieux du patient. Par exemple, pour une opération de suture d'un nerf cubital, après une grande blessure, le bras est plié au coude et au poignet pour permettre au chirurgien de libérer le nerf sur une longueur suffisante pour joindre les bouts. Dans cette position, le bras est plâtré pendant 3 à 4 semaines. Pedant tout ce temps, le physiothérapeute ne peut pas faire grand'chose, sauf des exercices généraux de l'épaule et des doigts et peut-être une demi-heure d'exercices respiratoires. Mais, même dans cette position forcée, l'occupational therapist doit pouvoir inventer quelque chose que le patient puisse faire, en se servant de ses doigts pour tenir la pièce à laquelle il travaille. Pas de travail lourd peut-être, mais du travail qu'il puisse faire assez longtemps pour stimuler légèrement les mouvements musculaires, assez pour faire glisser les tissus conjonctifs interstitiels. Quand le plâtre sera enlevé, on trouvera un bras moins raide et moins amaigri qu'on ne l'aurait pensé. Le patient a pu s'intéresser à quelques chose et il espère faire de plus en plus. Il s'attend à travailler plus vite et n'a pas besoin de tant de persuasion pour faire des mouvements qui demandent un effort. Le physiothérapeute aura moins de difficultés avec lui qu'avec un patient qui a été autorisé à rester tranquille avec son bras en écharpe. Quand le plâtre est enlevé, le programme doit évidemment être modifié. Le massage, l'électrothérapie, les exercices demandent plus de temps, l'ampleur du traitement change. L'O.T. n'est plus le traitement le plus important, quoiqu'elle interviendra peut-être encore. On peut toujours diriger l'attention du patient vers quelque chose de plus difficile à faire. Parfois c'est le patient qui a en tête quelque chose qu'il veut fabriquer et dont la réalisation peut servir de traitement.

Je me rappelle à Pyrford un patient qui s'était échappé de Belgique dans un petit bâteau. Il avait été blessé et devait subir une opération de suture du nerf cubital. Celle-ci étant terminée et quand il fut en bonne voie de guérison, il me demanda une vieille lime. Je savais qu'il venait de Vieux-Dieu et qu'il était expert dans le travail du métal. Je lui donnai la lime et il l'emmena à l'atelier où on fabriquait des compas d'épaisseur. Il trempa et aiguisa la lime et se fabriqua un joli couteau. Ensuite, il fit un fourreau et une ceinture de cuir qu'il fixa à sa taille. Tout en la caressant il me dit : «Maintenant je retourne à VieuxDieu-Bien merci, Madame, et goodbye». Il est évident que l'ambition est un bon stimulant pour la réadaptation.

Après la guerre, j'ai considéré la réadaptation sous un autre angle. En 1947 un service expérimental fut créé à Slough. Slough avait été un petit village inconnu avant la guerre mondiale. Après cette guerre une société anonyme «Slough Estates» a commencé à construire des usines à l'emplacement d'un camp abandon-

né de la Royal Air Force. Des ouvriers venaient de partout, du Pays de Galle, d'Ecosse et de l'étranger pour y chercher du travail. Sir Noël Mobbs, Président de la Slough Estates, créa le Slough Social Fund et fut l'instigateur de la construction d'un centre social où tout le monde pourrait trouver quelque chose d'intéressant à faire pendant ses heures de loisir. Il y avait des clubs de boxe ou de football, des concerts, des conférences, etc., intsructives ou amusantes. C'était le premier centre social de Grande Bretagne. Après la seconde guerre mondiale, notre Service Médical National fut instauré, mais il ne couvrait pas entièrement les risques que courent les ouvriers industriels. Il est vrai que quelques grandes usines ont leur propre service médical, mais ce n'est pas pratique, et impossible au point de vue économique pour les petites usines. A Slough il y a plus de 600 usines et leur personnel varie en nombre de l'une à l'autre. La Nuffield Foundation et le Slough Social Fund ont créé un service médical pour l'industrie de Slough. Cela a commencé, comme essai, au mois de mai 1947 sous la direction médicale du Docteur Austin Eagger C.B.E. qui est encore en fonctions. Il fut décidé que les services de réadaptation des blessés et des malades sont essentiels pour le bien-être de l'industrie.

Quand la Clinique Centrale fut ouverte, il y avait déjà un service de physiothérapie. Un centre de réadaptation avait été prévu en même temps à Farnham Park, mais ce centre n'était pas prêt à recevoir des patients avant octobre 1947, de sorte que, quand j'ai été engagée comme occupational therapist en août, j'ai eu le temps, tout en m'occupant de la transformation des vieilles cabanes en ateliers d'O.T., de donner de l'aide à Miss Bailley, la physiothérapeute qui travaillait seule dans le service de physiothérapie.

Ces trois mois, en travaillant de nouveau comme physiothérapeute m'ont permis de mettre à jour mes connaissances en matière de physiothérapie, ce qui m'a été de la plus grande utilité.

Sept ans et demi se sont maintenant écoulés depuis l'ouverture du centre de réadaptation de Farnham. Nous avons eu plus de 3700 patients avec des handicaps physiques de toute sorte. Ils sont venus de plus de cent hôpitaux de Grande Bretagne, quoique les hôpitaux locaux aient toujours eu la priorité. Actuellement il y a 66 lits, et nous recevons jusqu'à vingt-cinq malades externes, qui viennent pour toute la journée. La moyenne de présence aux ateliers d'O.T. est de 75 à 80 par jour. Chaque patient passe tous les jours environ deux à trois heures à l'atelier, où il fait du travail approprié. Le choix du travail dépend de deux facteurs : premièrement, les mouvements choisis doivent répondre aux prescriptions du médecin-chef le Docteur Eagger, et deuxièmement, le patient doit s'intéresser à son travail.

Le programme est combiné par le chef de service, le docteur Eagger. Celui-ci place chaque patient dans une classe ou une catégorie. La classe ou la catégorie n'a pas grande importance dans les ateliers d'O.T. parce que tout travail y est évidemment individuel, mais cette répartition est utile dans la pratique, puisque les patients entrent aux ateliers en groupes. Le docteur Eagger voit chaque patient le jour de son arrivée et lui fait subir un examen médical. Il donne alors ses instructions pour le traitement à tout le personnel de l'institut, les infirmières, les physiothérapeutes, les kinésistes et occupational therapists. Ceux-ci voient les rapports médicaux, l'historique du patient les renseignements concernant sa vie à la maison, ses occupations professionnelles et sa façon de passer ses loisirs. Ces renseignements sont très importants; la connaissance des circonstances de la vie personnelle est indispensable si on veut restaurer la confiance en lui-même et l'intérêt qu'il porte au travail, chez un sujet qui, à cause de sa santé, a perdu l'un ou l'autre, ou peut-être les deux.

Tous les patients viennent aux ateliers sur prescription médicale. Si quelqu'un n'est pas apte à faire des exercices généraux en groupe il vient aux ateliers, pendant quelque temps, pour faire du travail même très léger. Ensuite il va faire des exercices individuels appropriés. Quelque fois il y a d'autres patients, tels des pul-

monaires, qui font en supplément des exercices respiratoires, et qui travaillent moins longtemps aux ateliers. Le programme est élastique. Le directeur médical donne ses instructions, les détails étant réglés par le personnel. Le directeur médical voit chaque patient au moins une fois par semaine et tient, après ses visites à la clinique, des réunions où les chefs de service peuvent présenter leurs rapports, faire des suggestions ou demander des instructions supplémentaires ou des conseils.

Il y a toujours de petits détails du programme qui peuvent être arrangés entre nous pour assurer au patient le meilleur résultat de son traitement. Par exemple, on constate qu'un patient qui a une main blessé et qui prend des bains de paraffine, a des mouvements plus faciles et moins de douleur s'il a ce traitement avant de venir aux ateliers. On arrange donc les choses dans ce sens. Encore un exemple : quand je sais qu'un patient doit faire des exercices individuels, j'arrange les choses pour qu'il y ait une période de travail léger juste avant ces exercices. Il est inutile de faire faire du travail lourd sur un tour à bois mû par les pieds juste avant des exercices avec poids et poulies. Un patient faible serait trop fatigué. Le programme journalier doit être équilibré par l'occupational thérapist et le kinésithérapeute. Si l'un constate que quelqu'un est trop fatigué, il peut toujours donner un coup de télépone à l'autre pour le mettre en garde.

Certains mouvements sont mieux exécutés en fabriquant quelque chose que sous forme d'exercice. Comme Monsieur Bienfait l'a dit dans son article dans la «Revue de Kinésithéripie», l'O.T. fournit une possibilité unique pour arriver à la récupération fonctionnelle, même lorsque le malade en a tellement assez qu'il n'exécute les exercices de mécanothérapie que mollement et sans conviction.

Dans un cas pareil, c'est bien le devoir du kinésiste d'informer le médecin de ce que le traitement par exercice ne donne plus de résultats, afin que le docteur puisse modifier le programme en accordant plus de temps au traitement par O.T. et en augmentant la dose de celui-ci, de façon à ce que le patient s'intéresse à son rétablissement.

Cependant, il est vrai qu'il y a des mouvements qu'on ne peut faire faire de façon active et productive. Un mouvement de ce genre est l'extension des doigts. C'est un mouvement faible, même pour un homme fort. L'extension des doigts se fait par les petits muscles intrinsèques de la main. Le Professeur Wood Jones, l'anatomiste bien connu à écrit que le muscle extenseur commun des doigts provoque surtout l'extension des articulations métacarpo-phalangiennes. Le Docteur Bunnell, le chirurgien américain, est d'accord. L'extension des doigts est un mouvement qu'on n'emploie pas pour faire quelque chose, mais plutôt pour se préparer à faire quelque chose. Bien entendu, l'occupational therapist peut aider à développer ce mouvement d'extension en prévoyant de gros manches à ses outils, de sorte que le patient doive étendre les doigts avant de prendre l'outil en main. On peut aussi faire faire un bloc en bois, dans lequel on fait tailler profondément le moule de la main. En employant ce bloc, quand le patient est occupé à polir un objet ou à le frotter au papier de sable, on peut l'encourager à étendr le bras, la main et les doigts, mais ce mouvement est surtout passif ou statique. Le mouvement d'extension des doigts doit être développé de façon active comme exercice kinésithérapique, sous surveillance, sans résistance ou contre une résistance très légère.

Nous avons construit dans nos ateliers un petit appareil que l'on peut employer dans le gymnase pour faire cet exercice. Nous fabriquons, du reste, toutes espèces d'appareils, écharpes, courroies pour les pieds, à l'usage des patients. Nous fabriquons également des attelles de toute sorte et des gants munis de ressorts pour maintenir les doigts dans une position déterminée, mais le temps fait défaut pour décrire toutes les choses qu'on peut faire dans les ateliers d'O.T.

Maintenant je suis sûre que je vous ai assez parlé de la collaboration qui doit être établie entre tout le personnel médical qui travaille à la réadaptation des infirmes. C'est qulque chose de simple, de très positif mais de très étendu. On ne

peut pas expliquer une collaboration, on doit la vivre. Mais avant de terminer je veux vous demander une seule chose : Soyez charitables envers l'occupational thérapist. Sa profession est toute nouvelle dans le monde de la médecine physique. Tout ce que nous faisons est expérimental.

J'ai travaillé pendant 13 ou 14 ans dans cette profession. Ce n'est pas longtemps et, au début, je n'avais aucune idée du genre d'archives médicales qui serait pratique ou utile. Pendant les sept dernières années j'ai tenu des archives de 3700 patients. J'ai analysé ces archives, je les ai étudiées à fond, essayant de trouver quelques exemples de traitement à retenir. Je ne suis pas encore satisfaite. C'est cela le charme de cette profession.

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, je vous en prie, ne vous attendez pas encore à beaucoup d'expérience de la part d'une occupational thérapist. Avec l'encouragement des médecins et des chirurgiens et sous leur direction sympathisante, avec l'aide et la collaboration des assistantes sociales, des infirmières, des physiothérapeutes et des gymnastes médicales, les occupational thérapists doivent être en état de prendre la place qui leur revient dans l'équipe de la réadaptation.

SCHWEIZER MASSEURE verwenden Schweizer Moor!

Einzigartige Erfolge bei:

Rheuma
Ischias
Gicht
Muskel-
Haut-
Frauen-
Leiden

Neuzeitliche Moor-Therapie mit **YUMA-MOORBAD und YUMA-Moorschwefelbad.** Schlammfrei! Kein Absetzen! Alle Moor-Wirkstoffe in völlig wasserlöslicher Form. 2 dl auf 1 Vollbad. Sofort gebrauchsfertig.

YUMA-Moorzerat-Packung für Gelenk- u. Teilpackungen. Anwendungstemp.: 60 Grad. Wärmehaltung: 1—3 Stunden. Saubere Handhabung.

Literatur und Muster durch: **Einziges** Verarbeitungswerk für **Schweizer** Moor:

YUMA-HAUS GAIS
Tel. (071) 9 32 33

Die **Kuranstalten Bad Ragaz-Pfäfers** stellen für die Saison 1959 folgendes Personal ein:

Leitende Krankengymnastin
sechs weitere Krankengymnastinnen
zwei Physiopraktiker oder Krankengymnasten
Masseusen
Zwei Bademeisterinnen
Dipl. Bademeister
Hilfspersonal f. d. Bäderabteilungen

Auskunft und Anmeldung mit Lebenslauf, Photo und Zeugnisabschriften beim leitenden Arzt Dr. W. Zinn, Kuranstalten Bad Ragaz

Zu verkaufen:

Wegen Platzmangel neue Saunakabine für 3 Personen, 2m/180/2m, Holzfeuerung m. Steinbehälter, finnisches Modell. Fr. 2600.—

Frau G. Körner, Masseuse
Untere Scherrerstr. Räterschen (Zch)
Tel. (052) 3 64 78

Grand Institut à Genève engagerait **MASSEUSE** expérimentée, parlant français et anglais. Dâte d'entrée à convenir. Offres avec prétentions, certificats et photo. Chiffre No. 694

Hôtel de Suisse Romande (200 lits) cherche pour son service de physiothérapeute. Place stable, caisse de retraite. Chiffre No. 693

Thiorubrol

Die ideale Schwefel-Therapie

Geruchloses Wolo-Schwefelbad zur Bekämpfung von rheumatischen Erkrankungen; steigert die Sekretion der Galle und der Nieren und bewirkt eine Beschleunigung des Blutumlaufes.

Indikationen: Muskel-, Knochen- und Gelenkerkrankungen. Hautleiden (Frauenleiden). Oxydation der Blutgifte. Neuralgien und Anaemien.

Packungen:	Flasche à 150 cm³	Fr. 3.90
	Flasche à 500 g	Fr. 9.35
	Flasche à 1000 g	Fr. 17.15

WOLO AG. ZÜRICH 50

IROWA

Krampfadern-Strümpfe und Bandagen

Prompte Massanfertigung.

ein wirkliches Qualitätsprodukt

Ott & Co., Gummistrickerei, Elgg

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, Telephon 46 66 08

AZ
THALWIL

Phafag

MASSAGE-OEL

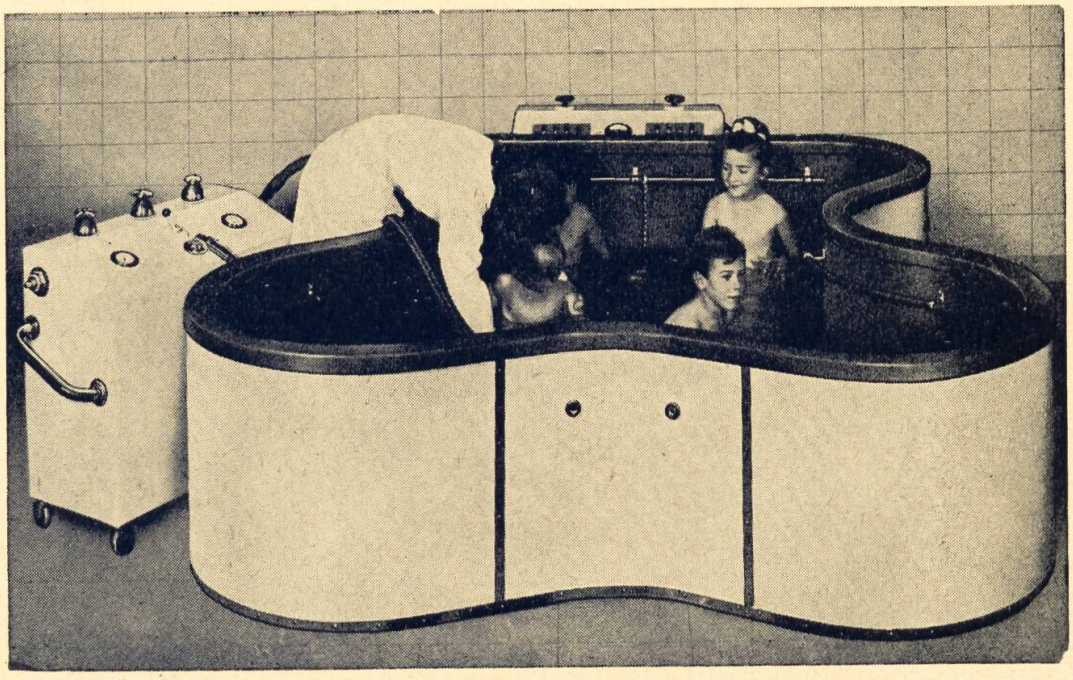
Fordern Sie bitte Gratismuster an!

belebt und erfrischt die Haut und hat einen unaufdringlichen, sauberen Geruch. Es dringt ohne jegliche Schmierwirkung sofort und vollst. in die Haut ein.

PHAFAG AG., Pharm. Fabrik, Schaan (Liechtenstein)

Die vorzüglich bewährten, stationären und fahrbaren UKS-Apparate

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



devisiert und liefert die Schweizerische Generalvertretung:

M. SCHAERER AG. BERN

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

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

BUCHDRUCKEREI W. PLÜSS, ZÜRICH