

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:	- (1959)
Heft:	166
Artikel:	Psychologie du mouvement
Autor:	Bienfait, Marcel
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930933

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: 18.02.2026

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

Psychologie du mouvement

par *Marcel BIENFAIT*

(*M. K. — Paris*)

La rééducation a pour but de rendre au sujet ses possibilités motrices. La fonction motrice est, en fait, une succession de déplacements segmentaires dans des sens et sous des angles les plus variés, déplacements eux-mêmes décomposés en mouvements simples qui, synchronisés par le psychisme, permettent un déplacement utile de ces segments dans l'espace. Comme nous l'avons dit, la récupération fonctionnelle rend au mouvement ses qualités physiques. Le rôle de la rééducation va être psychique : synchroniser les mouvements simples pour rendre possibles les gestes de la vie courante. Si, physiquement, tous les mouvements sont dus aux contractions musculaires dont la souplesse articulaire facilite l'action, physiquement, les mouvements diffèrent suivant les nécessités fonctionnelles. On peut séparer les mouvements en deux groupes psychiques : les mouvements volontaires, décomposés eux-mêmes en mouvements automatiques et en mouvements pensés, et les actes réflexes.

Mouvements automatiques. — Toutes les grandes fonctions sont des gestes automatiques. L'homme avance alternativement ses membres inférieurs sans y penser dans la marche courante; de même, la préhension se fait pratiquement sans le concours de l'esprit dans les gestes très courants, comme les gestes professionnels par exemple. Bien qu'échappant à la pensée, il ne faut pas confondre l'acte automatique et l'acte réflexe. L'acte automatique est toujours, au début, un acte volontaire pensé, qui se perfectionne peu à peu par la répétition, devient de plus en plus facile à réaliser et finit par échapper à l'attention. Cet automatisme disparaît d'ailleurs quand les conditions changent : ainsi, l'homme qui marche par habitude peut lire ou tenir une conversation en marchant, un faux pas le ramène à l'attention. C'est pourquoi la rééducation devra, non seulement, créer les automatismes,

mais les prévoir dans diverses conditions : ainsi, la marche, par exemple, sera entraînée en terrain plat, en montée, sur sol inégal, etc...

L'automatisme est indispensable à une fonction normale : on peut marcher quelques minutes en y prêtant une grande attention, on ne peut s'observer toute la journée, ce qui serait trop assujettissant et ne permettrait aucune autre occupation de l'esprit. Pour créer l'automatisme, il faut rendre l'habitude elle-même tributaire de la mémoire : meilleure est celle-ci, plus l'habitude vient rapidement. C'est à la mémoire cinétique que le rééducateur s'adresse. Il va rencontrer deux catégories de malades qui, selon le cas, feront varier son comportement.

1^o) Les malades ayant déjà réalisé la fonction telle qu'on la leur demande, mais n'ayant pu, pour des motifs divers : fracture, longue-maladie, parésie, l'exercer pendant une certaine période. Cette catégorie de malades n'a qu'apparemment perdu ses automatismes. C'est surtout, pour les uns, la notion de l'équilibre, pour d'autres, celle de leurs segments dans l'espace, qui font défaut. Ces qualités dépendent, comme nous le verrons, des mouvements réflexes. La mémoire cinétique existe toujours, l'automatisme reste présent : ainsi, même après une longue interruption, un homme qui a su, sait toujours nager ou monter à bicyclette. La rééducation, dans ce cas, peut alors se comparer à l'entraînement sportif : la fonction est présente, il faut donner au patient la possibilité de l'exercer de plus en plus longtemps par un travail progressif plus physique que psychique et dosé selon la fatigabilité du sujet. Les exercices, très courts au début, verront leur durée augmenter au long des jours.

2^o) Le comportement rééducatif sera tout différent pour la seconde catégorie de malades. Ici nous abordons le cas de ceux qui n'ont jamais possédé la fonction

recherchée, ou chez qui cette fonction était obtenue par des automatismes différents de ceux dont ils disposent actuellement. Il faut créer de toutes pièces les automatismes; or, ceux-ci ne pourront s'établir que par des répétitions longues et fastidieuses. C'est dans ce travail que le praticien devra, par tous les moyens, faire appel à la volonté et à la persévérance de son malade. Contrairement au type de malade précédent, chez qui le travail est augmenté au fur et à mesure des progrès, ici le patient devra travailler le mouvement à apprendre par des exercices de courte durée, répétés de nombreuses fois dans la journée. Pour apprendre vite et bien, il y a intérêt à espacer les répétitions. 30 répétitions ont moins de valeur que 3 fois 10 (Loi de Jost). Cette loi a d'autant plus de valeur qu'un mouvement répété de nombreuses fois se réforme petit à petit par le jeu des compensations, d'une manière infime à chaque fois, mais la mémoire ne peut enregistrer un mouvement chaque fois différent, que le moniteur doit corriger à chaque reprise. Au contraire, quand le nombre des répétitions est réduit, le mouvement reste toujours égal à lui-même.

Comme nous l'avons dit, les progrès vers l'automatisme du mouvement sont directement proportionnels aux possibilités de mémoire du sujet. Or, les humains sont classés en trois types de mémoire : les visuels, les auditifs et les moteurs. Chez chaque individu, un type prédomine : les uns retiennent ce qu'ils ont vu ou lu, les autres ce qu'ils ont entendu, les derniers les gestes qu'ils ont exécutés. Là encore, cette notion va prendre de l'importance pour le rééducateur. Chez le visuel, la forme du mouvement à acquérir va être inculquée par de fréquentes démonstrations, il exécutera devant le malade le mouvement pur, le lui fera réaliser en même temps; les explications seront réduites au minimum : le malade regarde, il n'écoute pas. Chez l'auditif, ce sera un comportement inverse : l'étude du mouvement pur sera faite de beaucoup d'explications, d'une décomposition verbale des mouvements à réaliser; le malade les exécutera au fur et à mesure qu'ils lui se-

ront expliqués non seulement dans leur forme, mais également dans la valeur à leur attribuer; le malade écoute, mais ne voit pas. Chez les moteurs enfin, le but à atteindre est une ou deux exécutions correctes du mouvement : cette mémoire motrice, essence même du mouvement automatique, facilitera le travail de répétition. Pour ces quelques exécutions correctes, le rééducateur emploiera tous ses moyens : démonstration, parole, et, même, il n'hésitera pas à déplacer lui-même les segments du malade dans le bon sens. Il y a donc lieu de déterminer, pour chaque malade, le type de mémoire prédominant, affaire d'habitude et surtout d'observation pour le praticien. Cette classification est très facile : aucun besoin d'avoir recours aux tests psychologiques compliqués. Une petite narration du malade en donnera une idée suffisante. Ainsi, par exemple, dans le récit d'une promenade : le visuel aura vu les plantes, les animaux, les plus petites choses même; l'auditif aura enregistré les bruits, le chant des oiseaux, les cris des animaux, le vent, etc...; le moteur aura jugé les distances, les accidents de terrain, les montées et les descentes, en un mot, estimé l'exercice que lui aura valu cette promenade. Il n'est donc pas besoin au rééducateur d'un long entraînement pour déterminer les types de mémoire. Cette connaissance est couramment employée par les orienteurs professionnels qui classent ainsi en gros les travailleurs : les visuels, professions intellectuelles, les auditifs, professions artistiques (théâtre, musique), les moteurs, professions manuelles.

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans parler du rythme. Pratiquement, tous les mouvements automatiques : marche, course, travaux professionnels : sciage, limage, etc..., sont des mouvements rythmés. On peut dire qu'il n'y a pas d'automatisme sans rythme. C'est lui qui régit l'égalité de temps dans l'exécution de chaque mouvement; et cette égalité de temps nécessite également une égalité dans l'amplitude des mouvements. Ainsi, il est impossible de marcher au pas, la marche au pas est le type même du mouvement rythmé, avec des pas de longueur in-

égale. L'exécution de mouvements sur un rythme donné est le traitement idéal des incoordonnés du mouvement, des maladroits. Le rythme est l'essence même de l'éducation du mouvement automatique. Au début du traitement, c'est l'exécution du mouvement qui détermine le rythme, le malade s'applique à l'exécution correcte des mouvements. Par la suite, le rythme prend de plus en plus d'importance pour enfin dominer tout le travail. Reprenons comme exemple l'éducation de la marche. Le malade étudiera d'abord la marche correcte par les procédés-classiques, viendra ensuite l'étude de la marche à pas égaux, si elle est possible, qui préludera au travail rythmé. Cette égalité de pas obtenu — c'est déjà la possibilité d'un rythme — l'étude se transformera, elle ne portera plus sur la forme correcte du mouvement, mais sur le rythme. Ce sera le début de la marche dite « marche au pas » qui, commencée sur un rythme assez lent, s'accélérera au fur et à mesure des progrès jusqu'à la cadence normale. Nous pouvons donc décomposer le travail psychique comme suite : étude du mouvement, étude de l'amplitude et de la durée du mouvement, exécution des exercices sur un rythme donné (le souci psychique n'étant plus de bien faire les mouvements, mais de les faire bien dans le temps donné), accélération progressive de la cadence. Petit à petit le rythme lui-même devient automatique, chaque individu acquiert ainsi le rythme propre dont il est le plus souvent inconscient : chaque marche a sa vitesse et cette vitesse de progression n'est pas uniquement fonction de la longueur des pas, mais également de la vélocité (rythme des pas) : la seule façon de faire marcher un groupe d'hommes à la même vitesse est de lui imposer un rythme — commandement par la voix, musique — qui viendra annuler le rythme intérieur de chacun. Pour le 1er groupe de malades, c'est-à-dire ceux ayant déjà possédé la fonction, le travail sur un rythme donné pourra être la base de l'entraînement. Il évite au malade les efforts de volonté nécessaires à cet entraînement par une volonté extérieure (celle du rééducateur) concrétisé par le rythme. Le

patient se laisse mener par cette cadence en faisant peu de dépense psychique, trouve l'exercice moins fastidieux et par là, moins fatigant. Toutes les sociétés de gymnastique — et particulièrement les nordiques — employaient le rythme, sous forme de musique, pour l'exécution des mouvements collectifs. Le rythme entraîne le mouvement mieux que tout autre chose. Qui ne s'est pas surpris à taper du pied à l'écoute d'une musique particulièrement rythmée ?

Les mouvements pensés, ou mouvements volontaires proprement dits, groupent tous les mouvements dépendant directement d'une volonté, d'une décision du sujet. Tous les changements de direction, la saisie des objets, le premier mouvement d'une série de mouvements automatiques (départ), les arrêts de cette série, enfin tous les mouvements qui sont en dehors du courant normal, sont des mouvements pensés. Dès qu'un obstacle se présente dans une série de mouvements automatiques, le mouvement redevient pensé; ainsi l'homme qui marche d'une manière automatique prête attention pour franchir le moindre obstacle qui change la longueur de son pas et brise, s'il doit ralentir ou accélérer, son rythme. Chez l'homme normal, la différenciation entre le mouvement pensé et le mouvement automatique est de peu d'importance et très facile à faire. En rééducation, les mouvements pensés prennent une grosse importance, tous les mouvements automatiques doivent, avant que l'habitude soit établie, être des mouvements pensés pour avoir une exécution correcte. Nous soulignons encore une fois, le rôle joué par la mémoire.

Si les mouvements automatiques et les mouvements pensés varient peu dans leur phase physique, psychiquement, la différence est énorme. Les mouvements automatiques se font presque machinalement, alors que, dans les mouvements pensés, la fatigue psychique l'emporte sur la fatigue physique. Ceci est très important et explique les échecs chez les malades mentaux. Il est très facile de refaire marcher un idiot qui a déjà possédé cette fonction, il est quasi impossible d'obtenir un résultat s'il n'a jamais marché ou si l'on désire

simplement changer la forme de sa marche. Ce malade est donc capable d'automatisme acquis, mais l'effort psychique que demandent les mouvements pensés nécessaires à cette acquisition lui sont impossibles. De là découle la nécessité de connaître l'âge mental du sujet. Les mouvements pensés ou volontaires proprement dits sont différents de forme pour chaque âge.

1^o) Dans la première enfance et jusqu'à 6 ou 7 ans, les décisions sont spontanées et semblent, pour l'adulte, dépendre de la plus haute fantaisie. Il est pratiquement impossible de les prévoir et très difficile de les provoquer. Le rééducateur ne peut donc que tenter de les diriger dans un but profitable par rapport aux résultats à atteindre. C'est l'époque des jeux, et c'est dans ceux-ci que le praticien devra situer son travail. Il est inutile d'essayer le travail analytique, ni de faire appel à la logique, il importe seulement d'inspirer des jeux qui pourront être bénéfiques, tout en sauvegardant la fantaisie du malade. Ces jeux sont relativement faciles à organiser en fonction des déficiences à guérir. Ainsi, par exemple, les enfants marchant difficilement auront des jeux les obligeant à des parcours plus ou moins longs; ceux marchant à pas inégaux, des jeux avec des marques sur le sol; ceux ayant des difficultés de préhension, des jeux qui obligent à saisir et manipuler des objets, etc... Varier les exercices selon le but à atteindre ne demande que peu d'imagination, l'essentiel est de les présenter toujours sous forme attrayante laissant libre cours à la fantaisie de l'enfant.

2^o) A partir de 7 ans, les gestes volontaires sont plus affirmés, mais restent encore restreints, seuls les gestes simples sont susceptibles de décision logique. Les jeux, à cet âge, resteront encore la base de la rééducation, mais ils seront coupés d'exercices plus directs. Le travail analytique pourra déjà commencer par des exercices simples et de courte durée.

3^o) L'activité volontaire proprement dite commence avec l'adolescence. C'est également à cette époque que la véritable rééducation intervient dans sa forme définitive. C'est l'âge où le garçon aborde des

études réfléchies, alors que, précédemment, il ne travaillait bien souvent que sous la contrainte, du moins il y a quelques années, car, de plus en plus, les méthodes pédagogiques évoluent et utilisent l'attrait du jeu pour l'enfant. C'est aussi au début de l'adolescence qu'est abordée la période de l'apprentissage d'un métier. Pour toutes ces raisons, ce stade de la vie reste l'époque idéale pour la rééducation motrice. Le sujet est alors à même de bien comprendre la nécessité des exercices appelés à rétablir la correction du geste, car il se rend compte de ses déficiences. Les blessures d'amour-propre constitueront un stimulant parfait si elles sont bien exploitées.

4^o) Pour l'adulte, tous les actes nécessitant de la volonté sont fonction des exigences matérielles de la vie, c'est son principal souci. Chez le malade adulte, le rééducateur n'obtiendra pas le mouvement pur parce qu'il est normal ou beau, mais parce qu'il est le plus logique et surtout le plus efficace. On ne cherche plus le côté normal du mouvement, mais simplement son côté utilitaire. A cette période le malade se contente du minimum : peu lui importe, par exemple, de mal marcher, si cette marche lui suffit dans sa vie matérielle. Au rééducateur d'être assez persuasif pour l'amener à la meilleure fonction.

Mouvements réflexes régulateurs. — Il nous faut, dès le début, éliminer de ce chapitre les actes réflexes issus des arcs réflexes médullaires si souvent décrits en physiologie. Ceux-ci résultent d'excitations extérieures anormales et exceptionnelles qui n'interviennent jamais en rééducation. Les mouvements réflexes inhérents à la fonction de locomotion sont inconscients et agissent en régulateurs des mouvements conscients, leur absence fausse souvent le résultat. Prenons comme exemple l'extension brusque de l'avant-bras sur le bras, un des mouvements les plus fréquents. Quand ce mouvement est un acte volontaire : lancer une balle en avant, par exemple, il est réalisé par le muscle extenseur triceps brachial, mais il est freiné et stoppé en fin de course par le muscle fléchisseur (biceps) qui exécute un acte réflexe régulateur et

évite ainsi le choc osseux, si douloureux, de l'olécrane au fond de sa cavité. Au contraire, quand cette exension est un acte d'instinct, un acte réflexe de défense, les compensations réflexes n'ont souvent pas le temps d'agir et le choc douloureux se produit. Donc chaque fois qu'il y a mouvement volontaire, il y a réflexe régulateur et pas de contraction musculaire isolée, mais toujours équilibre des muscles antagonistes.

Ce sont ces mouvements réflexes qui régissent chez l'homme la notion de la position de ses segments dans l'espace et son équilibre statique. Ils résultent de la plus ou moins grande tension des tendons qui, eux-mêmes, règlent l'intensité du tonus musculaire. Les contractions toniques des muscles sont le moteur des réflexes régulateurs. Il est certain que le mécanisme de ces réflexes régulateurs est ainsi incomplètement exposé, il existe des réactions encéphaliques que nous avons passées sous silence, peu d'auteurs d'ailleurs ont osé aborder ce sujet. Tout compte fait, cette explication toute simple suffit amplement à la compréhension des mécanismes de ces mouvements. Les réflexes régulateurs sont de deux sortes : les réflexes d'activités qui sont les contractions toniques des muscles antagonistes à ceux propres au mouvement et les réflexes d'inhibition agissant directement sur les muscles moteurs. Les réflexes d'activité sont directement sous l'influence de la tonicité musculaire réglée par la tension des tendons. Les réflexes d'inhibition sont entièrement cérébraux; de nombreux auteurs attribuent la spasmodicité au défaut de cette action frénatrice du cerveau; les mouvements choréiques qui sont des spasmes apparaissant aux mouvements volontaires confirment en partie cette théorie.

La disparition de ces réflexes régulateurs est extrêmement fréquente. La perte d'équilibre du sujet debout ou le manque de précision des gestes sont les déficiences les plus courantes rencontrées en rééducation. La perte des réflexes peut être attribuée à trois causes principales :

a) Un défaut de motricité : toutes les paralysies entraînent la perturbation des réflexes régulateurs dont l'exemple le plus

probant est le trouble de l'équilibre statique dans la marche. Ce trouble résulte, soit du relâchement complet des tendons correspondant aux muscles atteints de paralysie flasque, soit de la tension maximum permanente due à la spasmodicité, le principal centre des réflexes régulateurs d'activité (tonus musculaire) étant représenté, comme nous l'avons vu, par la plus ou moins grande tension des tendons musculaires. La tension des attaches musculaires d'un côté, signe d'une perte d'équilibre du côté opposé, déclenche dans ces muscles une contraction tonique qui rétablit l'équilibre. Dans les paralysies cette tension est, ou impossible par suite de la flacidité, ou permanente par suite de la spasmodicité des muscles se trouvant constamment en tonus maximum.

b) Par trouble de la sensibilité. — Beaucoup d'affections neurologiques provoquent des troubles des centres sensitifs ou réflexes. Nous ne citons comme exemple que les troubles de coordination des tabétiques ou les troubles d'équilibre des parkinsonniens. L'intervention du rééducateur sera toujours conditionnée par l'importance et la durée. Nous les classerons en deux groupes : les pertes de sensibilité qui détruisent, parfois partiellement, mais souvent définitivement les réflexes tendineux et, d'autre part, le paroxysme de sensibilité, créateur de spasmes.

c) Par manque d'entraînement. — Le réflexe est un acte d'instinct qui s'étoile et meurt s'il est contrarié. L'immobilité prolongée est une cause de perte des réflexes, nous n'en voulons pour preuve que la perte de la notion d'équilibre chez les malades alités longtemps. Nous avons déjà insisté sur l'importance de l'éducation de l'équilibre dans la remise debout de ces malades, nous considérons, personnellement, cette phase de la rééducation comme primordiale. On peut constater les mêmes effets pour le membre supérieur : l'immobilité fait disparaître la coordination musculaire qui régit l'adresse, l'éducation de la dextérité de la main sera donc le premier but à atteindre.

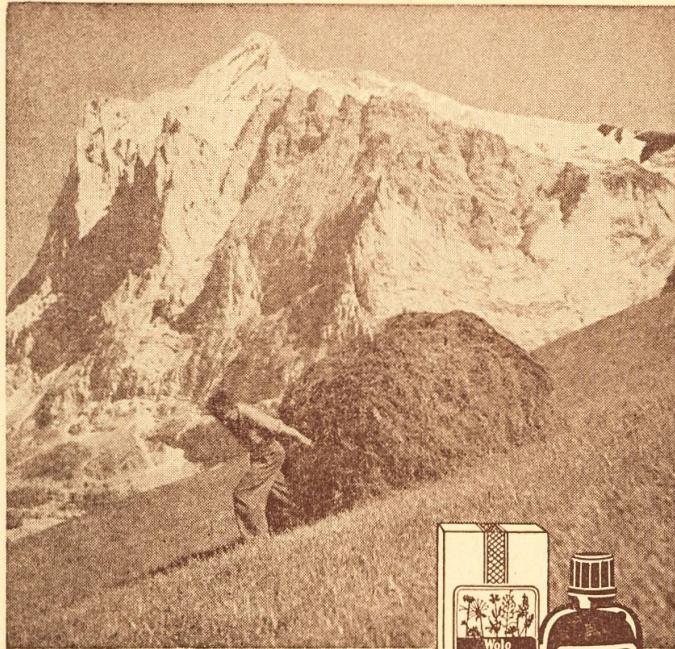
La rééducation des mouvements réflexes sera fonction de la cause perturbatrice. Nous pouvons les classer en deux

catégories, selon que les possibilités de réflexes tendineux sont définitivement abolies ou au contraire qu'elles peuvent réapparaître après entraînement plus ou moins poussé. Dans le premier cas, le travail rééducatif consistera en un surdéveloppement des centres réflexes restants pour compenser les disparus. Ainsi, chez le tabétique, le contrôle par la vue compensera la perte de sensibilité musculaire; chez le malade atteint de troubles généraux de l'équilibre, le développement de l'oreille interne — canaux semi-circulaires — sera poussé à outrance; chez le paralytique, des exercices bien sélectionnés permettront aux muscles restants d'acquérir une supersensibilité. Chez les malades où les déficiences sont définitives, toutes les compensations, si elles permettent la réalisation de la fonction, peuvent être tolérées, l'erreur est de les interdire ou de vouloir les corriger : sans elles, la fonction risque d'être impossible. Ainsi, le paralysé du moyen-fessier ne peut marcher sans boiterie de Trendelenburg. Dans le second cas, au contraire, c'est la remise en route des centres en sommeil qui sera recherchée. Pour cela, aucune compensation ne pourra être autorisée, seule l'exécution absolument correcte du mouvement sollicite chaque centre pour sa juste part.

Qu'il s'agisse du premier cas ou du second, une règle absolue est à observer

dans la rééducation des réflexes : les exercices demandés sont obligatoirement des exercices concrets. Les exercices devant provoquer les réflexes doivent être pensés par le rééducateur et non par le malade, sans cela ils ne sont plus que des mouvements volontaires pensés. Citons les exercices d'équilibre: ils ont tous pour base une perte d'équilibre que le sujet rattrape par la contraction réflexe (tonique) de ses muscles équilibrateurs. Si la cause de déséquilibre est provoquée par le rééducateur, un ballon lancé trop court, par exemple, le rétablissement sera vraiment un mouvement réflexe; par contre, si le déséquilibre est voulu par le malade, comme lorsqu'on lui demande de se pencher en avant sans motif, le retour à l'équilibre sera également un acte volontaire qui n'apportera rien au développement des réflexes. De même, pour le membre supérieur, porter la main vers un point désigné à l'avance est un acte volontaire contrôlé, tandis que saisir un outil au cours d'un travail qui occupe l'esprit est un exercice développant la sensibilité musculaire. Ainsi, à ce stade du traitement, le rééducateur devra-t-il bien choisir et penser les exercices, s'il veut les voir porter tous leurs fruits.

Article publié dans la Revue de Kinésithérapie No. 57. 2^e trimestre 1956, organe officiel de la S.J.K. Paris.



Flasche à 150 ccm Fr. 5.50
Flasche à 500 g Fr. 14.50
Flasche à 1000 g Fr. 25.—

WOLO AG ZÜRICH 50



Man weiss ja schon lange, dass in den Gräsern und Kräutern unserer Alpweiden gewaltige Kräfte schlummern, die auch für unsere Gesundheit überaus wertvoll sind. Man macht darum schon seit uralter Zeit Heublumenbäder. Aber erst die moderne Wissenschaft hat herausgefunden, dass bei diesen Bädern nur ein Teil der wirksamen Stoffe aus den Heublumen herausgeholt wird. Viele sind entweder im Wasser gar nicht löslich oder werden durch das Sieden zerstört.

Dem ist nun abgeholfen. In einem komplizierten Verfahren gewinnen wir aus dem Heu alle Stoffe, die für die Gesundheit unseres Körpers von Bedeutung sind. So kommt die volle Kraft dieser Heublumen zur Auswirkung, und natürlich verwenden wir für die Gewinnung nur Heu aus bester Lage.

WOLO Heublumen-Extrakt



Uwa Anlagen

für **Unterwassermassagen** und
Elektrobäder in vielen leistungsfähigen Ausführungen.

KARL DISCH ING.

Freiburg / Br., Rennerstrasse 20

Zur Weiterbildung im Beruf

steht allen Mitgliedern die Fachbibliothek des Schweiz. Berufsverbandes offen. Benützen auch Sie diese wertvolle Gelegenheit. Die neuen aktuellen Bücher sind dazu da, dass sie gelesen werden und zur Fortbildung dienen. — Bücherverzeichnisse sind erhältlich bei:

Martin Hufenus, Landisstrasse 11, Zürich 50, Telefon 46 66 08

AZ
THALWIL

Phafag

MASSAGE-OEL

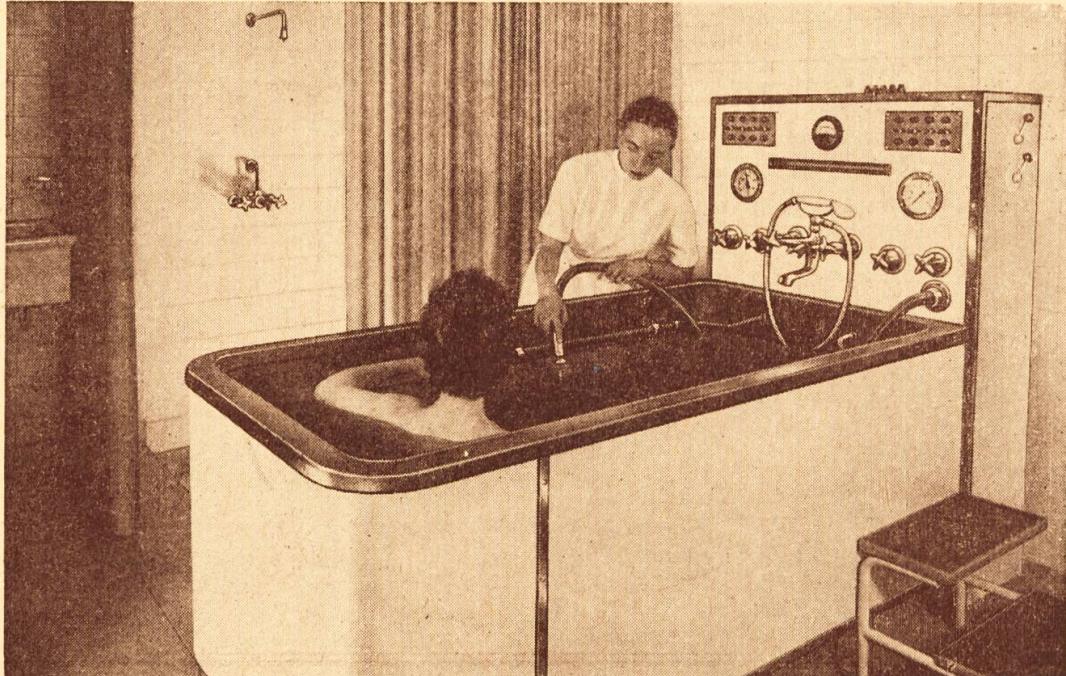
Fordern Sie bitte
Gratismuster an!

belebt und erfrischt die Haut
und hat einen unaufdringlichen,
sauberen Geruch. Es dringt oh-
ne jegliche Schmierwirkung so-
fort und vollst. in die Haut ein.

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

Die vorzüglich bewährten, stationären und fahrbaren UKS-Apparate

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



devisiert und liefert die Schweizerische Generalvertretung:



M. SCHAEERER AG. BERN

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

Redaktion:

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

Für den französischen Teil: A. Ruperti, Avenue Druy 15 Lausanne

Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil

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

Erscheint 2-monatlich