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: 168

Artikel: La place de la kinésithérapie dans le traitement de la coxarthrose

Autor: Dupuis-Deltor, J. / Dupuis-Deltor, Y.B. / Menville, Y.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930938

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: 10.01.2026

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

La place de la kinésithérapie dans le traitement de la coxarthrose

par J. Dupuis-Deltor, M. et Y.-B. Dupuis-Deltor et G. et Y. Menville (Paris)

(Suite)

B) Interventions mobilisatrices

Nous en prendrons pour type l'arthroplastie.

Traitement pré-opératoire. — Il est semblable à celui des futurs arthrodésés; mais on ne doit pas perdre de vue que la hanche opérée sera mobile. Il convient donc d'insister tout particulièrement sur le travail des abducteurs, celui des autres groupes restant sensiblement le même.

Kinésithérapie post-opératoire immédiate. — Les étapes de la kinésithérapie post-opératoire immédiate de ces malades, par contre, sont assez différentes de celles des arthrodèses. En effet, après l'intervention on les place dans un appareil plâtré dont le but est d'éviter la mise en rotation externe et adduction. Le plâtre est maintenu de 15 à 21 jours [1]).

Les 15 premiers jours constituent la phase de maladie opératoire, identique à celle des arthrodèses ou de toute autre intervention. Nous n'y revenons pas.

Considérons maintenant notre malade une fois déplâtré. L'entraînement de fond qu'il va subir a déjà été décrit. Le problème central devient la hanche qu'il faut rendre mobile, solide et si possible non douloureuse.

Mobilité. — Pour y parvenir, c'est presque une course contre la montre qui s'engage. En effet, c'est dans l'arthroplastie, plus que partout ailleurs, que les premiers jours comptent. Si l'on n'obtient pas une abduction, une flexion, une extension suffisantes dans un délai d'un mois à 40 jours à dater de l'intervention, des contractures réflexes peuvent s'intaller entraînant notamment la position vicieuse » rotation interne et adduction », contre laquelle la lutte est difficile et incertaine.

1° Nous demandons donc aux malades : de s'asseoir aussi rapidement que possible, soit par eux-mêmes, en faisant balancier avec les bras qui, ramenés en arrière sont lancés en avant au moment où ils soulèvent le buste, soit en s'aidant des bras, soit encore en se hissant grâce à un barreau attaché par une ficelle au bas du lit. Ce mouvement est exécuté assez tôt, avant même que le plâtre ne soit ôté.

2° On mobilise la hanche dans ses trois directions : abduction, flexion, extension, par le mouvement actif aidé : nous avons pour principe absolu de toujours demander au malade sa participation à un mouvement, même si nous savons qu'il est incapable de l'exécuter. Si donc le kinésithérapeute est obligé de pousser le membre vers d'abduction, la flexion ou l'extension il doit veiller à ce que le malade fasse au moins l'effort de contracter les muscles qui intéressent ce mouvement. On se tient, si l'on veut, à la limite passif-actif.

Normalement, un mois après l'intervention on doit obtenir, par ce procédé, des taux de mobilité dans les divers plans qui se situent, pour l'abduction : entre 10 et 20°, l'extension : entre 5 et 10°, la flexion : entre 50 et 65°.

Solidité. — Elle est conditionnée par la force des différents groupes musculaires de *tout* le membre et pas seulement de ceux qui intéressent directement la coxo-fémorale. Mais deux groupes retiennent surtout notre attention :

— le quadriceps : à cause de son action capitale sur le genou et notamment dans la descente des escaliers;

— le moyen fessier : et même le deltoïde fessier, le premier parce qu'il empêche

1) Depuis la rédaction de cet article une nouvelle technique chirurgicale permettrait de réduire cette immobilisation plâtrée à quelques jours.

la position hanchée au moment de l'appui unipédal, le second parce qu'il participe à l'impulsion au moment du pas postérieur.

Il n'est pas besoin de préciser comment on peut faire travailler un quadriceps : position assise classique ou en décubitus ventral.

Par contre, il existe plusieurs façons d'agir sur le moyen fessier :

1° Nous évitons autant que possible l'abduction en décubitus dorsal car il y a suppléance par le psoas et le tenseur du fascia lata, sauf si l'on prend la précaution de soulager le poids du membre, ce qui est couramment réalisé en pouliethérapie (fig. 5 et 6).

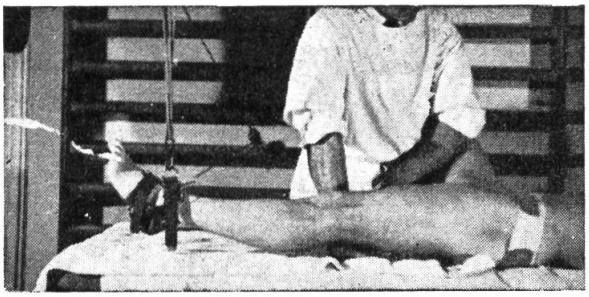


Fig. 5 — Travail en abduction avec fixation manuelle permettant de bloquer en même temps le départ de l'abduction à 0.

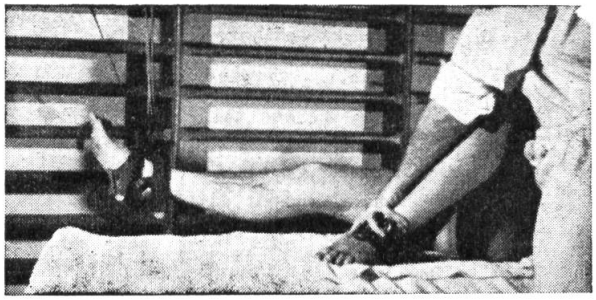


Fig. 6 — Même fixation que la figure 5 pour le travail en abduction.

2° Mais on peut employer avec succès :

a) l'abduction en décubitus ventral,

b) l'abduction en décubitus latéral et

c) en décubitus ventral : le malade reposant par le tronc sur le lit les pieds au sol faire exécuter une extension puis une abduction.

Après le lever et la prise d'appui, le malade bénéficie d'une gymnastique analytique progressive en position debout qui remplace peu à peu les exercices au lit et qui présente deux avantages : l'habituation à la position debout, facilitation de la marche.

Cette description ne vaut qu'autant que le malade ne sera pas dirigé sur un centre dès le 15° jour après l'intervention. C'est le cas que nous allons envisager maintenant.

Rééducation dans un centre d'internat

Que le malade atteint de coxarthrose ait subi une arthroplastie ou une arthrodèse, il est souvent, en effet, dirigé vers un Centre d'Internat afin d'y continuer sa rééducation.

On y observe généralement trois périodes :

1° Période alitée.

2° Période mi-ambulatoire.

3° Période ambulatoire.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, pour faciliter cet exposé, nous allons envisager le cas de *l'arthroplastie.*

Examen du malade.

Avant de commencer tout traitement procède à un examen complet comportant:

— Bilan articulaire.

— Bilan musculaire.

— Possibilités neurologiques et physiques en tenant compte de l'âge du patient.

— Etude des ordonnances chirurgicales, médicales, du compte rendu radiologique.

— Notations du kinésithérapeute qui réalisa les premiers traitements en clinique.

Après confrontation de ces renseignements, le kinésithérapeute chargé de la rééducation de l'alité peut établir un programme journalier de travail. Cette période est la même que celle qui a été décrite plus haut; cependant l'expérience assez

longue de l'un d'entre nous, en ce qui concerne ces opérés en centre spécialisé, nous permet d'ajouter ce qui suit :

— *Période alitée.*

Une grande prudence est de rigueur, car vouloir obtenir un résultat précoce en multipliant les excercices au cours des séances quotidiennes ne fait, trop souvent, qu'augmenter la douleur sinon la réveiller. L'intervention étant encore proche, le phénomène douloureux, qu'il soit d'origine articulaire, musculaire, vasculaire ou nerveuse, est le facteur qui détermine le choix du mouvement : actif soulagé, ou actif, voire auto-passif.

Ce choix ne peut en aucune façon être systématique. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'il convient de récupérer dès les premiers temps :

1° une mobilité *passive* maxima en flexion, abduction, extension;

2° une contraction *active* des muscles moteurs de la flexion, de l'abduction et de l'extension. Les rotations et l'adduction étant entraînées seulement dans une période plus tardive. Si, toutefois, le membre est en position vicieuse (rotation interne et adduction par exemple) les rotateurs doivent être entraînés immédiatement dans le sens inverse.

Cela permet d'orienter le programme vers le lever progressif du patient. Le membre porteur est entraîné au lit, tant en décubitus dorsal que latéral ou ventral, poids du membre soulagé en attendant l'autorisation de mise debout.

— *Période mi-ambulatoire.*

L'autorisation de *mise debout* ne signifie pas autorisation d'« appui ». Elle permet au malade de commencer la deuxième période, dite « mi-ambulatoire », et de se déplacer. La date de l'appui doit être précisée par le chirurgien. En effet, il convient de freiner les initiatives personnelles du patient auxquelles pourrait se laisser entraîner l'enthousiasme du rééducateur.

Au cours de cette période qui permet au patient de passer à la position verticale, le travail synthétique est ébauché. En effet dans la marche, sans appui avec soutien (béquilles, ou cannes béquilles), il est nécessaire d'automatiser d'emblée le déroulement du pas dans le vide. Cette marche devient auto-récupératrice car elle permet de mettre en fonction les muscles extenseurs et fléchisseurs. On lutte ainsi contre les positions vicieuses du bassin et de la hanche et en particulier contre un flexum d'attitude.

A ce stade il est utile d'apprendre au patient à se servir de ses béquilles. L'utilisation correcte des soutiens évite les mauvaises habitudes qui pourraient se transformer en attitudes vicieuses.

Lors de cette période où le membre est mis en position verticale, des troubles d'ordre circulatoire (œdème, phébite, paraphlébite) peuvent apparaître.

En plus du massage on fait pratiquer des exercices analytiques en position déclive, ainsi d'ailleurs que les temps de repos. Il est bon de surveiller la température et de prévenir le médecin traitant de son évolution.

— *Période ambulatoire.*

C'est celle qui débute environ 4 à 6 semaines après l'intervention. Elle correspond à l'autorisation d'appui total.

Un examen systématique des tests musculaires et du bilan douloureux est nécessaire avant de supprimer le concours du soutien. Si les tests sont insuffisants, il ne faut pas hésiter à enseigner au malade à utiliser un appui partiel. En plus du renforcement des points faibles (abducteurs, extenseurs, quadriceps) on doit insister sur le travail d'appui progressif au plan incliné.

Si les tests sont normaux, on commence alors l'étude de la marche proprement dite. Elle comprend d'abord l'étude de l'appui debout mettant en jeu la bascule latérale du bassin (mouvement hanché) avec recherche de la sensation du poids du corps sur le membre opéré. On fait ensuite *respecter le temps d'appui* qui est fonction de la longueur du pas dans l'espace.

Si le membre a un raccourcissement vrai, on recherche l'équilibre du bassin par les diverses compensations possibles afin d'éviter toute boiterie.

Lorsqu'il y a persistance de boîterie après équilibration, la douleur en est presque toujours la cause; il ne faut pas alors hésiter à faire prendre une ou même deux cannes, la douleur étant toujours directrice du traitement. La marche s'effectue simultanément ou alternativement selon l'intensité de la douleur.

Le séjour en internat se termine par la phase ambulatoire. Qu'elle soit totale ou partielle, elle doit permettre de rendre un rayon d'action suffisant d'autonomie. Si celui-ci s'avère insuffisant, on s'applique à compenser dans le domaine des adaptations, qui permettent au patient les gestes de la vie courante.

Cette autonomie a été réalisée grâce au travail de rééducation individuelle dont nous venons de parler sans oublier le travail éventuel en piscine dont on connaît la valeur, grâce à la rééducation globale ébauchée en collectivité, qui permet un début de reprise de la vie sociale.

Rééducation à l'externat : kinésithérapie d'entretien et de perfectionnement

A la sortie de l'internat il est souvent recommandé à l'opéré l'observer un repos d'un mois environ avant de reprendre une activité normale doublée d'un programme de rééducation d'entretien.

Après avoir revu un certain nombre de malades, on s'aperçoit, malheureusement, que le traitement de rééducation prescrit à domicile est rarement observé. Le patient, livré à lui-même, pris de nouveau par ses activités professionnelles et son milieu familial, a tendance à négliger sa rééducation quotidienne et peu à peu, perd courage et abandonne. Pourquoi ? En quittant le centre d'internat ou la clinique, il a perdu l'ambiance stimulante créée par l'équipe de rééducateurs spécialisés. C'est pourquoi bien souvent, quand on le revoit quatre ou cinq mois plus tard, il est diminué physiquement et psychiquement. Après examen on note, la plupart du temps, que les tests musculaires ont diminué par rapport à ceux inscrits à la sortie du centre d'internat, d'où : boiterie, douleur, diminution du rayon d'action. Le Centre d'externat est conçu de manière à permettre à ces personnes de reprendre une discipline de traitement qui empiète le moins possible sur leur horaire de travail, ou de parfaire leur entraînement.

Ces opérés viennent soit spontanément, parce qu'ils sont inquiets de la diminution de leurs possibilités physiques, et dans ce cas ils sont priés de consulter leur chirurgien qui décide s'il y a lieu de reprendre une rééducation suivie; soit après avoir revu leur chirurgien, ils arrivent alors au centre munis d'une ordonnance de traitement.

A l'examen il est procédé à une comparaison avec les anciens tests et l'on note souvent :

— au point de vue articulaire : une bonne flexion, abduction moyenne, extension moyenne;

— au point de vue musculaire : flexion suffisante, extension suffisante, abduction insuffisante.

Le patient se plaint de douleur et de fatigue à l'effort prolongé. En effet, l'opéré veut oublier qu'il a subi une intervention et désire mener une vie aussi active qu'auparavant. Malheureusement, un ou deux mois d'arrêt d'exercices suffisent pour qu'on note une diminution importante des tests. Le malade a opté pour la solution de facilité, ne corrige plus sa marche; celle-ci n'est plus auto-récupératrice mais devient un motif de fatigue, ce qui s'explique bien, du fait que les tests ont diminué. Quant au rayon d'action il est resté stationnaire ou même diminué.

Le programme de travail s'établit au point de vue analytique selon les mêmes bases que celles pratiquées en internat, d'une manière plus intense, mais toujours dosée.

Après une arthroplastie, on reprend une rééducation systématique du moyen fessier, des extenseurs, du quadriceps et des ischio-jambiers.

S'il s'agit d'une arthrodèse, on procède à la rééducation des muscles moteurs du genou, à la gymnastique du dos afin de compenser la lordose lombaire qui est souvent accentuée. En effet, à cette période, les arthrodésés sont pleinement satisfaits

de l'état de leur hanche, celle-ci ne les faisant plus souffrir. Par contre, ils se plaignent de douleurs lombaires et du manque d'esthétique de cette courbure. La gymnastique entreprise est alors une gymnastique curative minutieuse, visant à rétablir autant que possible les courbures normales et à supprimer les douleurs.

Ainsi qu'il est de règle dans bien des affections l'évolution normale du traitement doit tenir compte de l'état morphologique du patient, de l'âge, du poids, des résultats acquis. Elle permet d'orienter le programme vers une gymnastique générale associée. Une large place est réservée au massage circulatoire, sédatif des contractures musculaires; le patient en éprouve une grande détente.

Au point de vue synthétique, pour un arthrodésé il est nécessaire de créer de nouveaux automatismes de marche, enseigner, par exemple, à déséquilibrer le poids du corps en avant afin de faciliter le temps d'appui.

Comme pour une arthroplastie, il faut l'accoutumer aux déplacements divers avec changement de rythme et de direction, à l'appui unipédal prolongé; l'habituer à une répétition automatique des mouvements usuels : s'asseoir, se chausser, monter et descendre un escalier.

Si le résultat anatomique le permet, on doit retrouver l'égalité de pas, et des points d'appui normaux dans le temps et dans l'espace.

Les possibilités de l'arthrodèse ne sont pas les mêmes que celles de l'arthroplastie puisque la hanche est bloquée. La tendance chez ces opérés est d'esquiver l'appui sur le membre opéré et de ne se déplacer que du côté sain. Il y a donc lieu de rechercher de nouveaux automatismes afin de créer une marche complètement nouvelle, propre à l'arthrodèse.

Du côté opéré l'idéal serait de demander au patient d'effectuer un pas antérieur en adduction pour que ce côté devienne vraiment membre porteur, tout en donnant au malade une impression de solidité parfaite en appui total. Ceci permet de passer avec facilité le pas postérieur opposé, surtout si l'axe du corps suit bien le pas antérieur dans son appui. On ne doit pas oublier que les ischio-jambiers ont un rôle important à jouer en permettant de décoller le pied du sol au moment du passage.

La gymnastique générale est nécessaire afin d'obtenir l'harmonie du corps qui ne peut que favoriser l'épanouissement total du mouvement.

La répétition des séances est, en moyenne, de trois fois par semaine au début, puis deux et enfin une fois, aussitôt que les tests le permettent : rayon d'action suffisant, adaptation au travail, résistance à la fatigue, disparition de la douleur. Les séances s'échelonnent pendant un an après l'intervention.

A partir du moment où l'opéré ne vient plus qu'une fois par semaine, il est bon de l'orienter soit vers un sport de complément : natation, aviron, soit, vers un cours de gymnastique générale adaptée aux diminués physiques, qui a lieu dans le cadre du centre d'externat.

En effet, pour beaucoup d'opérés, la rééducation aura été pour eux la Révélation du Mouvement. Beaucoup sont désireux de poursuivre un entraînement physique d'entretien, de détente, et d'hygiène générale.

Le but du kinésithérapeute est largement atteint si d'un opéré il a fait un adepte du mouvement, pouvant marcher sans souffrir, travailler et vivre comme les autres.

Conclusions

1° Arrivés au terme de cet exposé et le plan suivi on peut tout d'abord poser la question suivante :

La kinésithérapie préventive est-elle susceptible de suspendre l'évolution de la coxarthrose ?

Nous ne pensons pas pouvoir l'affirmer car l'expérience dont nous disposons nous semble insuffisante quant au nombre des cas traités. Toutefois, dans les cas de lésions radiologiques peu importantes, l'évolution des signes subjectifs a toujours été satisfaisante. Quant à l'évolution des signes objectifs, s'il nous a été souvent possible de constater des améliorations de

mensurations par exemple, au cours du traitement, nous n'avons pas été à même de la suivre avec un recul de temps suffisant.

Une expérimentation plus importante est nécessaire pour pouvoir en déduire des conclusions absolues. Cette étude nous semble ne pouvoir être faite que dans un service hospitalier où il serait plus aisé d'assurer un dépistage précoce des malades, de leur appliquer un traitement et d'en suivre les effets par des convocations échelonnées.

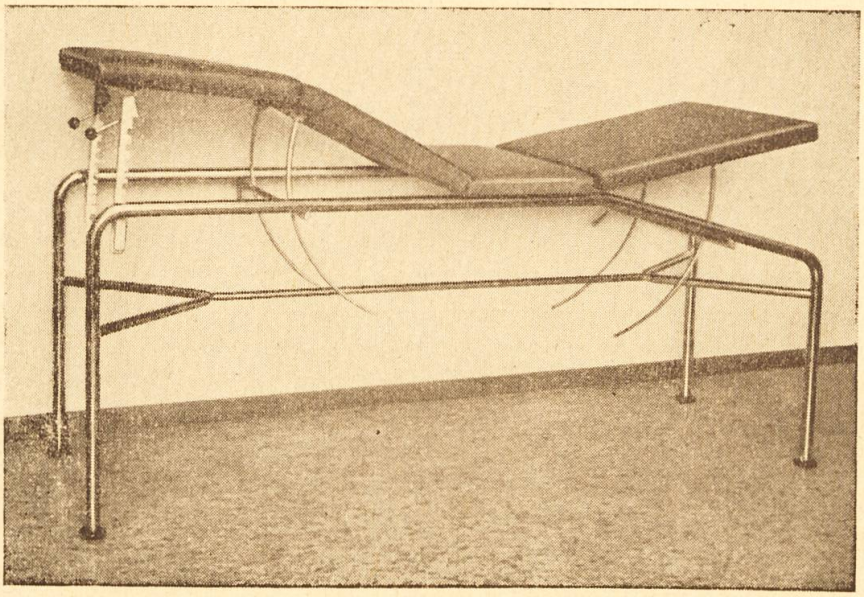
2° Quant au traitement pré-opératoire, nous pensons qu'il devrait être systématisé afin de montrer au malade certains modes de contractions musculaires qui lui seront fort utiles après l'intervention. De plus, si l'expérience a prouvé maintes fois qu'un passé physique quelconque (pratique de la gymnastique ou d'un sport dans la jeunesse pendant une période assez longue) est toujours favorable à la rééducation, on peut estimer que cette prise en main avant l'épreuve que représente l'intervention chirurgicale, ne peut qu'être favorable au devenir de l'opéré.

3° La kinésithérapie appliquée aussitôt que possible après l'intervention se justifie par les résultats pratiques qu'elle a déjà fournis, par le fait qu'elle intervient ainsi avant que le psychisme du malade ait eu le temps de se détériorer. Elle présente aussi l'avantage d'utiliser la période d'alitement pour donner ou rendre à l'opéré les aptitudes physiques de base nécessaires pour mener à bien sa récupération fonctionnelle totale.

4° S'il est des cas où l'action individuelle du kinésithérapeute est nécessaire pour assurer la rééducation d'un malade, si parfois aussi, il y a intérêt à ne pas soustraire un malade à son milieu, il en est beaucoup d'autres pour qui le séjour dans les Centres Spécialisés se justifie. L'application de techniques éprouvées, l'émulation, dont le rôle n'est pas à démontrer, enfin l'ambiance particulière créée par des kinésithérapeutes avertis, ont contribué à établir le prestige de centres spécialisés de récupération avec internat, qui sont dans l'ensemble fort appréciés des chirurgiens et des opérés.

5° La longue période d'immobilisation les remaniements physiques créés par l'intervention, la nécessité de consolider les résultats obtenus aux divers stades de la rééducation, la nécessité pour l'organisme de s'habituer à de nouveaux modes de mouvements et enfin la nécessité d'une accoutumance psychologique à une nouvelle situation physique, justifient largement la poursuite des soins kinésithérapiques hors des limites habituellement admises. C'est pourquoi une kinésithérapie de perfectionnement et d'entretien s'impose après une première période de rééducation. On comprend dès lors pourquoi nous regrettons de voir avec quelle parcimonie et souvent aussi avec quel retard, les services de Sécurité Sociale accordent parfois les séances de kinésithérapie pré ou post-opératoires. Dans ce dernier cas, on peut poser en fait que 10 mois environ de rééducation sont bien souvent nécessaires pour assurer la récupération fonctionnelle du patient. Dans la pratique on est loin de ces chiffres. Nous sera-t-il permis, au milieu de ces conclusions, d'émettre le vœu que ce cas précis soit étudié. De même, afin que les opérés puissent profiter sans retard de la kinésithérapie on peut se demander si celle-ci ne devrait pas être « automatiquement » accordée à tous les opérés de la hanche, au moins pour un nombre de séances limité, ce qui ne priverait pas les services de Sécurité Sociale du droit de contrôle, mais permettrait une action kinésithérapique précoce.

Cet article a paru dans la revue du rhumatisme et des maladies ostéo-articulaires. No. 12 de décembre 1958.



Massage-
und
Extensionstische
mit Zubehör

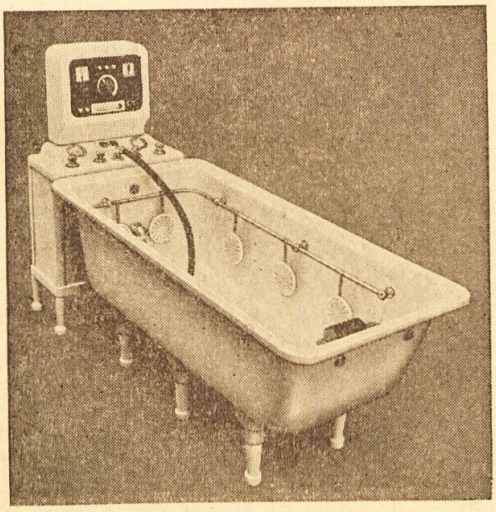
Tritte
Hocker
Boys etc

Spezialanfertigungen

Vorteilhaft und zweckmässig
vom Fachmann mit Spitalpraxis:

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

HESS
DÜBENDORF – ZCH



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

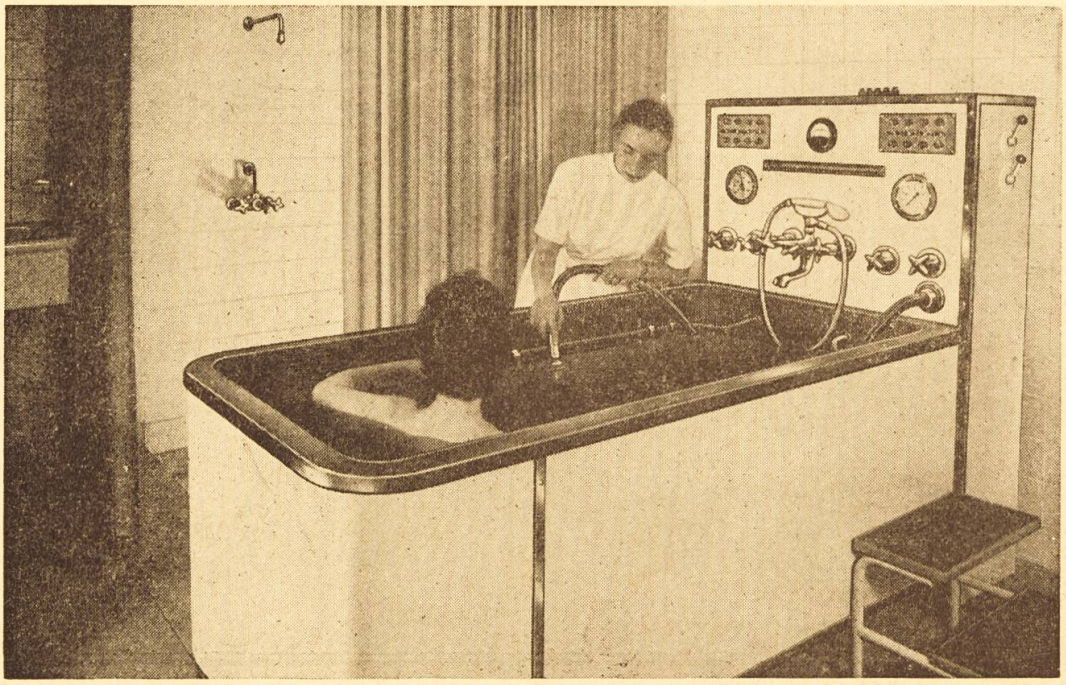
belebt und erfrischt die Haut und hat einen unaufdringlichen, sauberen Geruch. Es dringt ohne jegliche Schmierwirkung sofort und vollst. in die Haut ein.

Fordern Sie bitte Gratismuster an!

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

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 Druey 15 Lausanne
Administration und Expedition: Schweiz. Masseurverband Thalwil
Inseratenteil: Buchdruckerei W. Plüss, Zeughausstrasse 17, Zürich 4
Erscheint 2-monatlich

BUCHDRUCKEREI W. PLÜSS, ZÜRICH