

<b>Zeitschrift:</b>	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
<b>Band:</b>	- (1970)
<b>Heft:</b>	235
<b>Artikel:</b>	Un modèle psychosomatique: les douleurs du dos
<b>Autor:</b>	Dreyfuss, Robert
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-929803">https://doi.org/10.5169/seals-929803</a>

### **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:** 10.02.2026

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

# Un modèle psychosomatique: Les douleurs du dos

par M. le Dr. Robert Dreyfuss, Médecine générale FMH, Lausanne

Conférence donné à Lausanne, au XIIIe Congrès International de physiothérapie

Sous le titre quelque peu sommaire de: dos et psychisme, je vais essayer d'aborder dans une perspective psychosomatique les problèmes thérapeutiques soulevés par les affection vertébrales.

Nous savons par expérience que l'intensité des symptômes présentés par le malade et les lésions radiologiquement visibles sont loin d'être toujours concordants et qu'il faut éviter prudemment d'attirer l'attention du malade sur telle ou telle anomalie, ce qui risque de fixer son anxiété:

D'une part, *l'anxiété réactionnelle* consécutive à une douleur qui est éprouvée comme une menace et une frustration: le malade se sent «miné», réduit à l'impuissance. Il a perdu sa liberté de mouvement, la faculté de réaliser spontanément ses désirs. Il se sent exclu, mis sur la touche, comme un vieillard.

D'autre part, *l'anxiété latente*, qui prend sa source dans les couches profondes de la vie émotionnelle et constitue une disposition permanente, un capital flottant qui cherche à s'investir chaque fois que la situation lui en fournit l'occasion. On comprend qu'une angoisse — par définition sans objet conscient, — qui a trouvé une apparence de justification, ne renonce pas volontiers à son support somatique: une telle fixation représentera fréquemment l'obstacle principal à la guérison.

Combien de flèches dessinée à grands traits sur des radiographies en regard d'un hypothétique déplacement vertébral qui sont restées plantées dans le dos des malades! Combien de lombostats, de contraintes et d'interdictions parfaitement inutiles qui ont gâché des années en imprimant au malade une mentalité d'invalidité, par surestimation d'un symptôme qui n'expliquait aucunement ses douleurs!

Prenons garde à ne pas alimenter l'inquiétude des malades par des paroles imprudentes ou des attitudes qui tendent à valoriser notre propre rôle — par exemple en soulignant l'importance des lésions et les difficultés du traitement. — En fortifiant

leur anxiété, nous risquerions d'accroître les résistances inconscientes à la guérison, au même titre qu'en minimisant la réalité de leur souffrance.

Depuis quelque temps, les problèmes du rachis — ce parfait modèle psychosomatique — sont à l'ordre du jour. Dans la recherche des causes non-évidentes des douleurs du dos et de leurs symptômes paradoxaux, les rhumatologues rejoignent les internistes pour attribuer au psychisme une part très importante dans la constitution et la persistance de certains tableaux morbides. Et ce n'est pas par hasard qu'à la journée de la Ligue Vaudoise contre le Rhumatisme traitant du problème des rachialgies, les organisateurs avaient fait appel à un psychiâtre. Mais, comme l'a fait remarquer à cette occasion le Prof. P. B. Schneider, ces malades précisément ne consultent pas le psychiâtre. Non seulement parce qu'ils n'ont nulle conscience de l'existence d'un trouble psychique en rapport avec leur dorsalgie, mais également, comme nous le verrons, parce que leur maladie exprime une défense et comporte certains «avantages» auxquels inconsciemment ils ne tolèrent pas qu'on touche.

Nous ne saurions d'ailleurs pas très bien à quel moment faire appel au psychiâtre: en désespoir de cause, après l'échec d'un traitement long et astreignant, ce serait bien tard et le malade pourrait se sentir abandonné. A temps, ce serait souvent d'emblée, quand nous n'en savons pas assez et que nous ne sommes nous-même pas encore vaincus de cette nécessité. Si bien qu'il incombe à ceux auxquels le malade s'adresse: médecins de famille, rhumatologues, physiothérapeutes — de tenir compte également de cet aspect de la maladie et d'acquérir dans ce but une meilleure compréhension de ce qu'elle signifie.

Nous admettons sans difficulté qu'un patient atteint de lombalgie chronique souffre d'une inflammation rhumatismale ou d'un trouble mécanique. Nous avons cependant quelque peine à accepter l'idée que ses dou-

leurs puissent résulter au même degré d'une pulsion agressive refoulée, c'est-à-dire inconsciemment réprimée. Ou que tous nos traitements échouent régulièrement chez certains malades en dépit de notre bonne volonté parce que la maladie étant le seul moyen d'obtenir des soins, cela équivaux pour eux à l'affection maternelle qu'ils recherchent inconsciemment. Promettre à ces malades une trop prompte guérison, c'est les fortifier dans leur refus inconscient de guérir, c'est à coup sûr rendre le traitement plus difficile. Reconnaître leur demande informulée, c'est au contraire pouvoir y répondre de façon nuancée, en fonction des buts du traitement.

Une telle façon de penser n'a pourtant pas moins de fondement réel que le point de vue somatique, mais elle est plus difficile parce qu'elle rencontre certains obstacles en nous-même: nous sommes naturellement portés à nous irriter contre ces malades qui font échouer toutes nos entreprises thérapeutiques par leur manque de collaboration, parce que nous sentons — inconsciemment, nous aussi — que c'est en réalité une forme d'agressivité dirigée contre nous. Comprendre que c'est précisément parce qu'il est incapable de manifester son agressivité d'une autre manière que ce patient est entre nos mains et que la résistance active ou passive qu'il oppose à la guérison est du même ordre que ses résistances musculaires, c'est adapter correctement notre réponse aux besoins du malade. Nous devons apprendre à reconnaître les résistances mentales aussi bien chez nos malades qu'en nous-même.

Aucun thérapeute ne se décourage ou ne s'irrite devant une ankylose, par exemple. Il connaît la nature et la réaction des tissus, la plus ou moins grande tolérance du malade à la mobilisation, c'est-à-dire à la douleur.

Mais nous imaginons difficilement que les résistances physiques puissent en exprimer d'autres, plus puissantes même, sur le plan psychique et que la souffrance à ce niveau suffit à faire échouer nos entreprises quand elle est méconnue.

Faute de comprendre ce que le malade exprime inconsciemment dans le langage de sa maladie, on s'expose à éprouver des sentiments d'impuissance, d'anxiété ou d'agres-

sivité qui peuvent transformer la relation thérapeutique en une relation pathogène:

J'ai fait allusion à ces malades qui paraissent tirer une secrète satisfaction de nos échecs thérapeutiques et nous irritent par leur opposition passive. Faute de reconnaître les sentiments agressifs en jeu, nous pouvons être amenés à adopter des contre-attitudes qui aboutissent à entretenir le mal au lieu de le combattre, à prendre soin de la maladie au lieu de soigner le malade. Méfions-nous aussi de ces malades trop patients, désolés de nous décevoir, qui nous imposent les mêmes frustrations et nous culpabilisent plus sûrement encore. Chaque fois que nous éprouvons face à certains patients des sentiments pénibles négatifs ou violents, nous devons les considérer en face en essayant d'en comprendre le motif.

Or, il n'y a guère d'organe plus expressif, plus chargé de signification que la colonne vertébrale, si ce n'est le visage. Encore est-il plus facile de contrôler sa mimique que de contrefaire l'attitude de notre dos, si révélatrice pour peu que l'on sache en interpréter les signes.

On dit d'un homme énergique qu'il marche *droit*, la tête *haute*, qu'il a les reins *solides*. Bomber le torse et dégager les épaules pour respirer l'air à pleins poumons, cela indique la joie de vivre et un bon tonus sympathique. Les vaincus, au contraire, vont la tête *basse*, ils *ploient* sous l'adversité qui les accable, pliant l'échine, les reins *brisés*.

Remarquons en passant qu'il est resté très populaire de nommer les reins pour désigner la région lombaire et que ce terme a conservé tout son contenu symbolique de puissance sexuelle et de fécondité hérité des Ecritures.

Le malade souffrant «des reins» exprime qu'il se sent atteint dans ses œuvres vives, qu'il est profondément désécurisé, comme on peut l'observer précisément chez les hommes «forts», c'est-à-dire lourds et musclés. Pour de tels malades, une banale lombalgie représentera non seulement une invalidité physique momentanée, mais une atteinte narcissique inquiétante. Elle aura tendance à se prolonger d'autant plus que ces sujets sont lourds — c'est-à-dire «puissants» — et qu'ils sont angoissés par la crainte de perdre cette puissance. La con-

fusion entre le poids et la force musculaire résulte de la notion de masse et conserve une grande valeur inconsciente: c'est ainsi qu'on dit volontiers d'un individu obèse qu'il est fort, alors même que c'est manifestement faux. Une seconde confusion permet de déplacer l'idée de force musculaire vers celle de puissance sexuelle et c'est ainsi que des individus lourds peuvent être très profondément désécurisés par un simple lumbago.

Il faudra soulager leur charnière lombo-sacrée, certes, mais il faudra aussi savoir rassurer de tels malades et remettre, si j'ose ainsi dire, «les reins» à leur place.

Le symbolisme si éloquent dont est chargée la colonne vertébrale résulte d'un fait évident: chez l'homme, elle n'est pas seulement l'axe du corps, comme chez tous les vertébrés, mais elle porte la tête en position érigée et fournit aux membres supérieurs leur seul point d'appui. Ce passage de l'homme à la verticalité a pour certains anthropologues la valeur d'une mutation décisive et marquerait le début de son évolution véritablement humaine. C'est en effet parce qu'il a pu soulager ses membres antérieurs de leur fonction d'appui que l'homme a pu les consacrer au travail des mains, fabriquer des outils et des armes. Ce faisant, il a fait porter tout le poids de son corps, mais aussi de la charge et de l'effort, sur sa colonne vertébrale alors que les autres vertébrés s'appuient sur le sol, l'eau ou l'air, de façon à soulager au maximum cet organe.

On a pu dire, par comparaison avec les animaux, que la position verticale était pour l'homme un non-sens physiologique; le cerveau, organe le plus sensible au manque d'oxygène, est à la merci de la pompe cardiaque, dont la moindre défaillance provoque un arrêt de l'irrigation sanguine en amont. Du point de vue mécanique, la verticalité est une aberration. Et pourtant toute l'économie anatomo-physiologique a été soumise chez l'homme à cet impératif, le processus évolutif visant à la meilleure adaptation possible à une telle condition.

Si les courbures physiologiques de la colonne constituent effectivement une adaptation optima à la position verticale, cela n'est vrai que pour des efforts physiologiques comme marcher, bondir, escalader.

Mais c'est à coup sûr un organe mal adapté à l'effort de soulever des charges lourdes — puisqu'il agit comme un bras de grue sans contre-poids — ou à subir les traumatismes répétés auxquels nous exposons notre mode de vie (par exemple l'usage tout-terrain de la jeep).

Les pouvoirs que l'homme a conquis du fait de sa position érigée et de la libre disposition de ses mains, il les a obtenus en partie au détriment de sa colonne vertébrale. C'est ainsi que les troubles statiques par où commencent tant d'affections vertébrales et qui les compliquent toutes, sont la marque du défi que l'espèce humaine a jeté à la pesanteur — ou, ce qui revient au même, à l'animalité — et du prix qu'elle doit constamment payer pour cela.

Tout au long de ce pilier central s'étagent les tensions millénaires de l'agressivité et de la peur:

D'une part le besoin de voir au loin pour prévenir l'attaque et pour la préparer; l'affirmation de soi, la volonté de dominer, mais aussi le besoin de communiquer et de communier nés d'une réorientation de la pulsion agressive.

Les zoo-psychologues ont en effet observé le fait que l'attachement et le comportement amoureux sont des formes élaborées de l'agressivité et que c'est la même force instinctuelle qui s'exprime par les attitudes de menace ou de séduction, les animaux passant aisément de l'une à l'autre. Le langage humain illustre cette réalité de bien des façons, ne serait-ce qu'en dévorant (des yeux) et en mangeant (de baisers) l'objet de son amour.

Le mot agression lui-même n'a pas une étymologie agressive, puisqu'à l'origine il signifie seulement: s'approcher de.

L'homme debout, c'est celui qui s'avance vers *l'autre*, c'est l'homme social, pour le meilleur et pour le pire.

Mais celui qui tremble d'être pour l'adversaire une proie trop visible, auquel l'effroi fait tourner le dos pour fuir et se cacher dans une cachette où il pourra se faire oublier et oublier sa propre panique, dans l'ultime recours à la position foetale, c'est l'homme qui a rompu le contact et s'enferme dans un isolement où plus rien ne peut l'atteindre.

Par rapport au ventre et aux organes génitaux si vulnérables, le dos c'est alors le bouclier, ce qui reste exposé quand on s'est replié sur soi-même, la face du refus.

A un autre niveau, on peut, sur le même modèle phlogénique, opposer la confiance en soi, le dynamisme, la vitalité joyeuse, la sociabilité, la conquête amoureuse d'une part et, d'autre part, la démission, la passivité, la tristesse, le refus du contact social et toute espèce de comportements de fuite.

On voit bien comment les états émotionnels résultant de pulsions aussi opposées seront traduits par des attitudes corporelles très différentes: la pulsion agressive, l'esprit de conquête, la joie, le désir et l'audace s'exprimant par l'hyperextension du rachis légèrement penché en avant, le dos cambré, dans le mouvement immortel de la Victoire de Samothrace.

La peur, la soumission au contraire font courber le dos et donnent, en effaçant la lordose lombaire, une démarche de chien battu.

«De même qu'il existe des douleurs musculaires par mauvaise stature ou position physique, dit P. B. Schneider, de même elles peuvent aussi être la conséquence d'une mauvaise position dans la vie».

Ces deux attitudes extrêmes ne sont pourtant aucunement pathogènes dans la mesure où elles restent cohérentes, mais elles deviennent une source de souffrance quand elles se combinent en s'opposant:

Refouler une pulsion agressive ou le désir d'échapper à certaines contraintes se traduira par des tensions musculaires qui se neutralisent mutuellement, transformant ainsi le mouvement non-agi en douleur au niveau de l'axe de symétrie.

S'il est vrai, comme le dit A. Weintraub, que les patients souffrant de cervicalgies sont des obstinés qui refusent de courber le front, et que les dorsalgies par cyphose affectent souvent les malades inhibés et renfermés, il faut ajouter que la douleur cervicale n'apparaît chez l'automobiliste obstiné que pour autant qu'il soit en même temps anxieux ou fatigué, *c'est-à-dire qu'il se défende contre l'anxiété et la fatigue* pour poursuivre sa route. Et la dorsalgie, bien plus que le découragement et la démission, comme on a voulu le dire, exprime au con-

traire la résistance du sujet à la tentation de se terrer et sa volonté de poursuivre son chemin. La douleur vertébrale exprime ainsi la lutte de pulsions et de répulsions inconciliables qui s'exerce sur le plan vertical spécifique de l'homme.

L'action thérapeutique s'applique précisément au niveau de cette contradiction et s'insère dans le conflit pour aider le malade à choisir et accepter une solution cohérente.

Dans le cas des douleurs lombaires, on incrimine à juste titre le sentiment d'être exposé à des difficultés ou des exigences trop lourdes, voire injustes, ce qui produit à la fois une révolte inconsciente et la répression de cette révolte. Le blocage musculaire étant d'autant plus intense que le mouvement agressif et on refoulement auront été plus violents: en quelque sorte un freinage réduisant le sujet à l'impuissance comme pour l'empêcher de réaliser ses désirs, coupables en raison de leur contenu agressif.

On comprend que les douleurs lombosacrées chroniques s'accompagnent, comme nous l'avons dit déjà, de toute une gamme de sentiments de frustration et d'échec, en particulier dans le domaine sexuel, où la mobilité de la région lombaire est synonyme de vigueur.

Mais cela ne nous servirait à rien de savoir tout cela si nous ne pouvions, d'une façon ou d'une autre, prendre appui sur le désir du malade de liquider son conflit. Comme il sait le faire pendant le sommeil, par exemple. Le tonus musculaire dépend en effet d'une zone cérébrale — le système limbique — qui intervient dans la régulation des processus de sommeil et de veille. Pendant les phases de sommeil dit «paradoxal», la relaxation musculaire est maximale pendant que l'activité corticale est la plus intense. Tout se passe donc comme si l'organisme était à l'abri de la tension musculaire en dépit des émotions de rêve, où, si l'on veut, comme si le corps était non plus l'acteur, mais le spectateur du conflit.

L'effet psycho-sédatif des médicaments relaxants de la musculature (comme le méprobamate ou la méphénoxalone), de même que l'effet myorelaxant des sédatifs de l'anxiété (diazepam) montre bien les corrélations entre le sommeil, la décontraction musculaire et la détente psychique, ce qui

nous orientera pratiquement vers les techniques de relaxation.

Le segment dorso-lombaire étant le lieu de notre centre de gravité, c'est là que s'applique à la verticale le poids de notre corps. Or, le sentiment d'assurance est lié à l'*aplomb* du centre de gravité entre les jambes, à l'intérieur de la base de sustentation. (Admirens une fois encore la valeur existentielle des mots). Quand l'âge et la corpulence font à l'individu obligation de conserver un équilibre qu'il aurait bien de la peine à rétablir s'il était brusquement compromis, il exprime l'assurance et l'autorité en écartant les jambes et en projetant le ventre en avant, à la manière des pères nobles, du théâtre et des matrones. Pour les énormes lutteurs japonais, marcher le ventre en avant en s'appuyant sur les hanches inspire l'idée de force et de confiance en soi.

Le jeune héros des aventures de cape et d'épée par contre n'a pas besoin de cela pour intimider l'adversaire, qu'il déroute par son agilité, ses feintes et ses bonds, tout à fait incompatibles avec le moindre enraissement de la colonne vertébrale. La mobilité, la souplesse lui permettent de défier le polygone de sustentation.

Ainsi, nous plaçant à trois points de vue différents: le point de vue psychologique, personnel, subjectif; le point de vue anatomo-physiologique de l'équilibre neuro-musculaire et le point de vue (phylogénique) intéressant l'histoire de l'espèce humaine, nous aboutissons à une meilleure compréhension de cette notion intuitive que la souplesse et l'*aplomb* convenables du rachis sont synonymes de force et de confiance en soi, de même que les sentiments d'insécurité et d'impuissance, de peur et de frustration sont liés à la faiblesse et au déséquilibre de l'axe vertébral.

Peu nous importe ici de distinguer si l'affection vertébrale a précédé les réactions psychiques ou si c'est l'attitude mentale qui a provoqué troubles statiques et contractures musculaires douloureuses. Très rapidement, le cercle vicieux est opératif, comme on le voit chez les adolescents, dont on dit qu'ils ont grandi trop vite, ce qui signifie que leur maturité psychique n'est pas à la hauteur de leur taille. Est-ce le fait d'une colonne mal haubannée par des muscles trop faibles et de corps vertébraux trop ten-

dres ou bien est-ce la crainte de l'affrontement avec le monde des adultes, la peur de leur propre sexualité qui courbe les dos, exprimant ainsi le désir de passer inaperçu, de rester petit? La combinaison des facteurs physiques et psychiques, la lutte entre les tendances progressives et régressives est ici particulièrement évidente.

Comme c'est le cas chaque fois qu'il s'agit de la méthode psychosomatique, le chapitre du traitement déçoit parce qu'il ne comporte — et ne peut comporter — de directives ou de recettes invariables. Ce n'est pas par défaut de moyens techniques précis, mais parce que ces moyens découlent essentiellement de la compréhension d'une situation qui varie avec chaque malade.

Je vais néanmoins tenter d'en définir quelques principes généraux:

1. La maladie psychosomatique, en l'occurrence la rachialgie — est un véritable langage qui est l'expression de ce que le malade ne peut pas nous dire — parce qu'il l'ignore lui-même. Il est par conséquent essentiel pour nous de comprendre ce message si nous voulons être réellement efficaces.

2. La prise en considération des facteurs psychiques doit augmenter notre prudence, comme chaque fois qu'il y a en jeu des forces dont on ignore l'importance et la dynamique. Notre premier devoir sera de respecter les résistances du malade, en nous gardant notamment de toute interprétation blessante.

3. Par contre, à la faveur d'un climat de compréhension et de sympathie clairvoyante qui détend le malade en le rassurant, il s'agira d'éprouver ses résistances, d'accroître progressivement sa tolérance à notre traitement par le moyen de diverses gratifications, dont le massage notamment, en recherchant toujours l'allié qui est en lui; bref, l'apprivoiser pour mieux le mobiliser — au sens propre et figuré.

Ces objectifs et ces méthodes sont familiers à ceux dont la main répond à la colonne dans son propre langage, avec une intuition qui n'a pas attendu la méthode psychosomatique pour être efficace.

Nous croyons cependant qu'une meilleure compréhension des forces psychiques en jeu

dans les affections vertébrales permettra d'éviter certains échecs dus à des contre-attitudes inadéquates ou à des illusions.

Tous les rhumatologues s'accordent pour affirmer que le traitement des rachialgies doit être essentiellement actif et prescrivent la gymnastique, la marche, la natation — voire même le ski et l'équitation sous cer-

taines conditions — et il ne fait pas de doute qu'ils ont parfaitement raison. La difficulté sera précisément de donner le désir et la volonté d'agir à des malades dont nous espérons avoir montré que c'est la maladie même, étant arrêtés à la fois par la douleur et par les conflits émotionnels, de ne pouvoir plus ni désirer ni agir.

## BIBLIOGRAPHIE

Eric MARTIN, Genève:

Diagnostic des rachialgies (point de vue du clinicien)  
(Revue Médicale de Suisse Romande avril 1969).

P.B. SCHNEIDER, Lausanne:

Les dorso-lombalgies (point de vue du physiatre)  
(Ibid)

M.F. KAHN, Paris:

Les dorso-lombalgies de cause non évidente (Ibid.)

K. LORENZ:

L'agression; une histoire naturelle du mal.  
(Flammarion)

A. WEINSTRAUB, Zurich:

Der Rücken, psychosomatisch gesehen  
(Psychosomatische Medizin Heft 3, 1968/1969)

H. FREDENHAGEN, Bâle:

Die Therapie des Vertrebralsyndroms aus der Sicht  
des Orthopäden  
(Therapie der Nervenkrankheiten ed K. Hartmann  
— v. Mouakow. S. Karger Basel / New York

## Les XIXèmes JOURNEES INTERNATIONALES DE KINESITHERAPIE

auront lieu du 22 au 26 Mars 1971 à la Nouvelle Faculté de Médecine,  
45 Rue des Saints-Pères, PARIS VIème

Le Congrès dure cinq jours, il comprend:

- des séances plénières qui auront lieu à la Nouvelle Faculté de Médecine de Paris de 20 h 30 à 24 h, les Lundi 22, Mardi 23, Mercredi 24 Jeudi 25, et Vendredi 26 Mars 1971. A ces séances plénières a lieu le Festival International de films kinésithérapeutiques ainsi que des communications limitées à 10 minutes.
- seize tables rondes portant chacune sur un sujet différent et qui se tiendront d'après-midi de 14 h 30 à 16 h 30, les Lundi 22, Mardi 23, Mercredi 24, et Jeudi 25 Mars 1971.
- les matinées seront consacrées à des stages dans les principaux centres et hôpitaux de PARIS et de la région parisienne.

Le Congrès se terminera le Vendredi 26 Mars par une journée des hôpitaux de Paris et de la région parisienne, les services spécialisés recevant les congressistes afin de leur exposer les buts de leur centre, les cas traités et d'organiser des discussions.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, veuillez écrire au

**CERCLE D'ETUDES KINESITHERAPIQUES, B.P. 128, PARIS XVIIe**

R. LIECHTI AG  
ELEKTROMEDIZIN + RÖNTGEN  
LUZERN + KLOTEN

# LIECHTI

Wichtig für die fortschrittliche Physikalische Therapie:

## **SILVAPIN Fichtennadel-Extrakt** naturrein

dient zur Steigerung der peripheren Durchblutung und ist vorteilhaft für die Atemwegs-Schleimhäute.

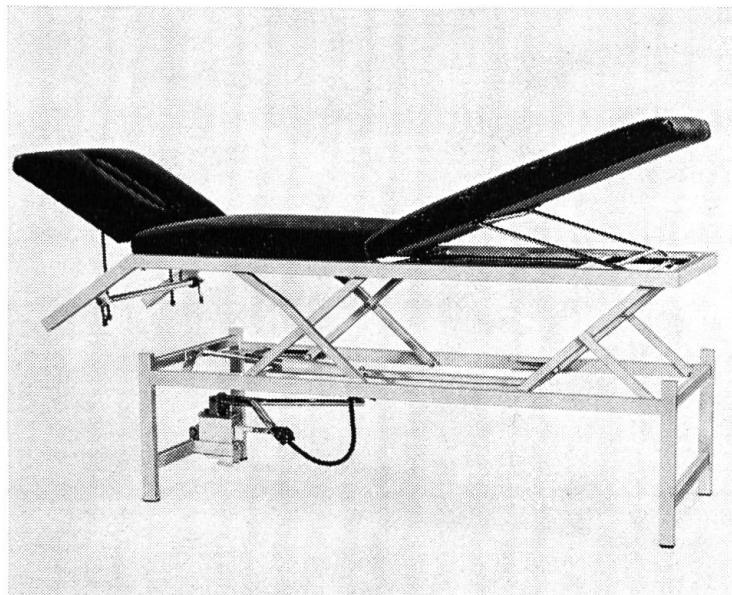
**SILVAPIN — wirkungsvoll und wirtschaftlich**

Bitte verlangen Sie noch heute Muster und weitere Informationen

---

## R. LIECHTI AG

Luzernerstrasse 133, 6014 Littau-Luzern  
Tel. 041 / 5 55 22 Büro Kloten: 051 / 84 20 97



### **Hydraulisch verstellbares Massagebett**

Höhe zwischen 56 und 82 cm mühelos verstelbar. Verschiedene Lagermöglichkeiten des Patienten. Kopfausschnitt. Gute Polsterung.

Vorführung und Offerte durch

**Quarz AG  
8034 Zürich**

Othmarstr. 8, Postfach  
Tel. 051 / 32 79 32

Herrn  
Othmar Lenzi  
Zwirnerstr. 204

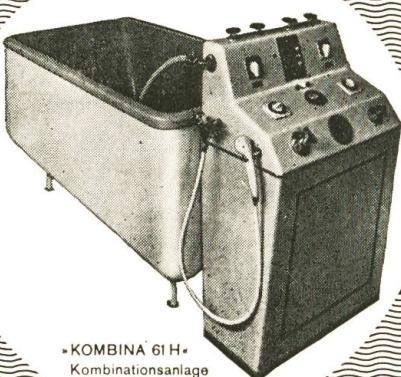
AZ  
8800 THALWIL

8041 Zürich

## Medizinische Bädereinrichtungen

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

Unverbindliche Planung  
und Beratung



**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  
**Für den französischen Teil:** A. Ruperti, 15, Avenue Druey, 1004 Lausanne  
Expedition für die franz. Schweiz: La Société Romande de Physiothérapie,  
le secrétariat: 8, Av. Jemini, 1004 Lausanne Case postale 70, 1012 Lausanne  
Erscheint 2-monatlich. — Druck: Plüss-Druck AG, 8004 Zürich  
Rédaction pour la partie en français : François Morattel — 1351 Lignerolle