

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

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseur, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1960)

Heft: 170

Artikel: Bindegewebsmassage : eine neuraltherapeutische Methode

Autor: Teirich-Leube, Hede

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930879>

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 02.04.2025

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

Bindegewebsmassage - eine neuraltherapeutische Methode

Von Dr. med. Hede TEIRICH-LEUBE, Freiburg i. Br.

Mit Genehmigung des Hippokrates-Verlag, Stuttgart, Abdruck aus «Biologisch-Medizinisches Taschenjahrbuch 1960», Seite 47—54.

Die Entwicklung der Bindegewebsmassage hat 1938 begonnen, als Frau Elisabeth Dicke die von ihr erarbeitete Methode Kohlrausch und mir in Freiburg demonstrierte. Bei der damals schon einige Jahre laufenden Erarbeitung der Krankengymnastik bei inneren Erkrankungen war unser Interesse schon auf das Unterhautgewebe gelenkt worden, da bei vielen Krankheiten eine auffallende Verhaftung bestimmter Unterhautabschnitte mit der darunter liegenden Körperfaszie aufgefallen war. Durch eine «flächige Bindegewebsmassage» konnten in vielen Fällen Reaktionen ausgelöst werden, die nicht nur mit der Anregung des Kreislaufs und Stoffwechsels in der Unterhaut erklärbar waren, sondern darüber hinaus deutlich auf nervös-reflektorische Beziehungen zwischen der Unterhaut und den inneren Organen hinwiesen. Erst durch die von E. Dicke erarbeitete *Methode des ziehenden Streichens im Bindegewebe* jedoch war es möglich, die nervös-reflektorischen Zusammenhänge mit den inneren Organen, Gefäßen und Nerven in ihrem vollen Umfang zu erfassen, die *Bindegewebsmassage als Neuraltherapie* zu entwickeln sowie den *Bindegewebstastbefund als diagnostische Hilfe* zu erarbeiten.

Seit den Arbeiten der englischen Aerzte Head und Mackenzie Anfang dieses Jahrhunderts ist bekannt, dass die Haut und die Muskeln mit den inneren Organen in nervös-reflektorischen Beziehungen stehen. Beide Forscher haben die von ihnen gefundenen Reflexionen in erster Linie als diagnostisch bedeutungsvoll gesehen. Kohlrausch hat dann 1937 auf die *therapeutische Bedeutung* der Muskelzonen hingewiesen und gezeigt, dass durch feinste Vibrationen und Zirkelungen der reflektorische Hypertonus verringert und beseitigt werden konnte, wodurch die zugehörigen Organstörungen und -beschwerden

ebenfalls nachliessen und verschwanden. Auf Grund dieser Tatsache war es für Aerzte, die sich mit Massage therapeutisch beschäftigten, und für Krankengymnastinnen und Masseur (-innen) nicht erstaunlich, dass nun im Untergewebe ebenfalls Reflexzonen gefunden wurden. Auffallend war nur, dass die Beeinflussung dieser «Bindegewebszonen» erst durch die von E. Dicke gefundene spezifische Technik möglich war, da ja alle Methoden der klassischen Massage auch auf das Unterhautgewebe wirken. Die *Besonderheit* der Bindegewebsmassage liegt jedoch darin, dass sie sich in erster Linie mit der *Verhaftung im Bindegewebe* beschäftigt, während bei der klassischen Massage die Beeinflussung der Konsistenz der Gewebe im Vordergrund steht. Die Verhaftung im Bindegewebe tritt in den *Verschiebeschichten der Unterhaut* in Erscheinung und zwar

1. zwischen Haut und Unterhaut, d. h. zwischen Kutis und Subkutis,

2. zwischen Unterhaut und Körperfaszie.

Die erste — oberflächliche — Verschiebeschicht ist beim Menschen nur gering ausgebildet, während die zweite — tiefe — Verschiebeschicht beim erwachsenen Menschen sehr deutlich ausgeprägt ist. Da das lockere Bindegewebe nicht an der Körperfaszie aufhört, sondern durch diese hindurch zu den darunter liegenden Muskeln, Gefäßen und Nerven, Knochen und Organen weiterzieht, ist es verständlich, dass sich die Bindegewebszone auch auf die Körperfaszie und das tief liegende Gewebe erstrecken. Sie werden jedoch in den genannten Verschiebeschichten, besonders der tiefen Verschiebeschicht durch die festere Verhaftung, die als *erhöhte Spannung* bezeichnet wird, erfasst. Die Bindegewebsmassage greift ebenfalls in diesen Verschiebeschichten an.

Es ist bekannt, dass die *Hautzonen* (Head) und die *Muskelzonen* (Mackenzie)

besonders bei akuten Krankheitszuständen und Beschwerden vorhanden sind. Das gilt auch für die Bindegewebszonen in der *oberflächlichen* Verschiebeschicht. Mit dem Abklingen des akuten Krankheitsgeschehens verschwinden die Hautzonen, zum Teil auch die Muskelzonen. In den Bindegewebszonen erfolgt ebenfalls eine Veränderung: sie verschwinden aus der oberflächlichen Verschiebeschicht, sind nun aber in der *tiefen* Verschiebeschicht vorhanden. Nach völliger Gesundung können sie auch aus dieser Schicht verschwinden. In den meisten Fällen aber bleiben sie hier für den erfahrenen Untersucher lange Zeit hindurch oder auch dauernd feststellbar, eine Tatsache, die erst nach vieljähriger Forschung und Erfahrung erklärt werden konnte. Da die Bindegewebsmassage in der Regel erst nach dem Abklingen des akuten Krankheitszustandes zur rascheren Wiederherstellung der Gesundheit und Beschwerdefreiheit angesetzt wird, spielt ihre Ausführung in der tiefen Verschiebeschicht die Hauptrolle. (In der oberflächlichen Verschiebeschicht wird die Bindegewebsmassage in Kliniken und Krankenhäusern gelegentlich ausgeführt, wenn ein Krankheitszustand lange Zeit hindurch mehr oder weniger akut bleibt und umgestimmt werden soll, z. B. Gelenkrheumatismus, Bronchiektasien mit rezidivierender Bronchitis, Hepatitis usw.).

Während die *Hautzonen* durch die Ueberempfindlichkeit bestimmter Hautabschnitte gegen Berührung, Druck, Kälte oder Wärme *spontan* in Erscheinung treten und in den meisten Fällen der *Hyper-tonus der Muskelzonen* mit rheumatischen Schmerzen und Bewegungsstörungen einhergeht und die Patienten zum Arzt führt, wird die *erhöhte Spannung der Bindegewebszonen* erst bei der Untersuchung festgestellt. Diese erfordert nicht die spezifische Technik der Bindegewebsmassage, sondern lediglich eine flächige Verschiebung und die vergleichende Prüfung seitengleicher Abschnitte: Die erhöhte Spannung eines bestimmten Gewebsabschnittes muss als Bindegewebszone gedeutet werden. (Auf die Untersuchung der Bindegewebszonen in der oberflächlichen Verschiebeschicht, die nur mit der subtilsten Form der Strich-

technik nach *E. Dicke* möglich ist, soll hier nicht eingegangen werden.)

Für die *Entstehung* der Bindegewebszonen wird der gleiche nervale Vorgang angenommen wie für die Entstehung der Haut- und Muskelzonen, das gilt auch für den von *Kohlrausch* bei der Muskelzonenmassage angegebenen rückläufigen Reflexweg. Während bei den Haut- und Muskelzonen jedoch ausschliesslich nervale Vorgänge wirksam sind, scheinen bei den Bindegewebszonen auch *stoffliche* Veränderungen eine Rolle zu spielen. Die erhöhte Spannung in den Bindegewebszonen geht nämlich mit einer Formänderung im Relief der Unterhaut einher, so dass der Untersucher die Bindegewebszonen als flächige und bandförmige Einziehungen sehen kann, während das angrenzende Gewebe mehr oder weniger verdickt ist. Der gleiche nervale Vorgang, der zur erhöhten Spannung in den Bindegewebszonen führt, bewirkt offenbar gleichzeitig eine Flüssigkeitsverschiebung von diesen in die Randgebiete. Der Beweis für die *nervale Bedeutung der Einziehungen in den Bindegewebszonen und der Quellungen* (*Schade*) *in den Randgebieten* wird darin gesehen, dass sich beide Formänderungen bei einer erfolgreichen Bindegewebsmassage verringern und auch ganz verschwinden, während eine mechanische Bearbeitung, z. B. der Quellungen erfolglos ist. Die nervalen und stofflichen Vorgänge bei den Bindegewebszonen treten auch bei den *Reaktionen der Bindegewebsmassage* in Erscheinung: Das charakteristische *Schneidegefühl* wird als Ausdruck der nervalen Vorgänge angesehen, während die *Dermographia rubra und elevata* auf die stoffliche Beteiligung hinweisen. Beide Reaktionen sind in ihrer Stärke abhängig von der Spannung der Bindegewebszonen.

Die Bindegewebszonen liegen wie die Haut- und Muskelzonen in den segmental zugehörigen Gewebsabschnitten. Während nun aber die therapeutischen Einwirkungen auf Haut- und Muskelzonen das zugehörige Organ immer erreichen und seine Funktion mehr oder weniger beeinflussen, ist dies durch die Bindegewebsmassage in den Bindegewebszonen nicht mit der gleichen Sicherheit, ja in den meisten Fällen

überhaupt nicht der Fall. Hierin *unterscheidet sich die Bindegewebsmassage von anderen Reflexzonenmassagen*: Es ist eine *Erfahrungstatsache, dass die Bindegewebszonen nicht nur mit den zugehörigen Organen, Gefässen und Nerven in nervös-reflektorischer Beziehung stehen, sondern auch untereinander eine solche Verbindung besteht*, wie das bei den viszero-viszeralen Reflexen auch bekannt ist. Die therapeutische Einwirkung kann also das zugeordnete Organ erreichen, aber sie kann — und das ist sehr häufig der Fall! — auch in anderen Bindegewebszonen «landen» und sich über diese an anderer Stellung auswirken. Diese Beobachtungen führten zu der Ansicht, dass offenbar das gesamte lockere Bindegewebe des Körpers als Reflexorgan des vegetativen Nervensystems anzusehen ist. Nur so ist die Tatsache verständlich, dass sich Bindegewebszonen nicht wie die Haut- und Muskelzonen nur bei Erkrankungen und Störungen ausbilden, sondern dass sie auch bei klinisch Gesunden und völliger Beschwerdefreiheit vorhanden sein können. Der Gewebstastbefund umfasst also in der Regel.

1. Bindegewebszonen, die zu erkrankten oder auch nur funktionell gestörten Organen gehören und damit diagnostische Bedeutung haben.

2. Bindegewebszonen, deren zugehörige Organe gesund und störungsfrei sind, die somit klinisch «stumm» sind.

Die letztere Bezeichnung ist jedoch nur für die ärztliche Diagnose wichtig, bei der Bindegewebsmassage haben auch die klinisch «stummen» Bindegewebszonen die gleiche, ja oft sogar eine grössere Bedeutung als die den augenblicklichen Störungen oder Beschwerden entsprechenden Bindegewebszonen. Die Erfahrung hat nämlich gezeigt, dass die klinisch «stummen» Bindegewebszonen auf «schwache Punkte» im vegetativen Nervensystem hinweisen, wie sie bei den verschiedenen Körperbautypen, z. B. als Gewebsschwäche der asthenischen Konstitution, die Belastungsschwäche der zarten Gelenke der pyknischen Konstitution und dergl. mehr auch bekannt sind. Die schwachen Punkte der körperbaulichen und der vegetativen Kon-

stitution können im Laufe des Lebens in Erscheinung treten, bei vielen Menschen aber spielen sie überhaupt keine Rolle und führen nie zu Beschwerden und Störungen. Der Untersucher muss sich daher hüten, bei der Feststellung von Bindegewebszonen Störungen und Beschwerden in den Betreffenden hineinzufügen. Diese Warnung gilt in besonderer Weise für die Behandler, die bei dem Bindegewebstastbefund, der bei der ersten Bindegewebsmassage als Grundlage für den Aufbau der Behandlung erhoben werden muss, in der Forschung nach der Bedeutung der Bindegewebszonen gar zu leicht Fehler machen. Da die meisten Organstörungen auch harmlose Begleitbeschwerden machen, kann ohne psychische Belastung des Patienten unverfänglich nach solchen gefragt werden, z. B.

bei einer Blasenzone nach der Neigung zu kalten Füßen,

bei einer Leber-Gallen-Zone nach der ausschliesslichen Verträglichkeit von Butter,

bei einer Herzzone nach der Angabe, nur auf der rechten Seite schlafen zu können.

Wenn keine der bekannten Begleitbeschwerden angegeben werden kann, die Bindegewebszonen jedoch deutlich vorhanden sind, so kann das vegetative Verhalten bei seelischer Belastung, Examensspannung usw. weitere Hinweise für die Bedeutung der Bindegewebszonen geben, z. B.

bei einer Verstopfungszone Neigung zu Verstopfung,

bei einer Darmzone Neigung zu beschleunigter Verdauung,

bei einer Blasenzone häufiges Wasserlassen

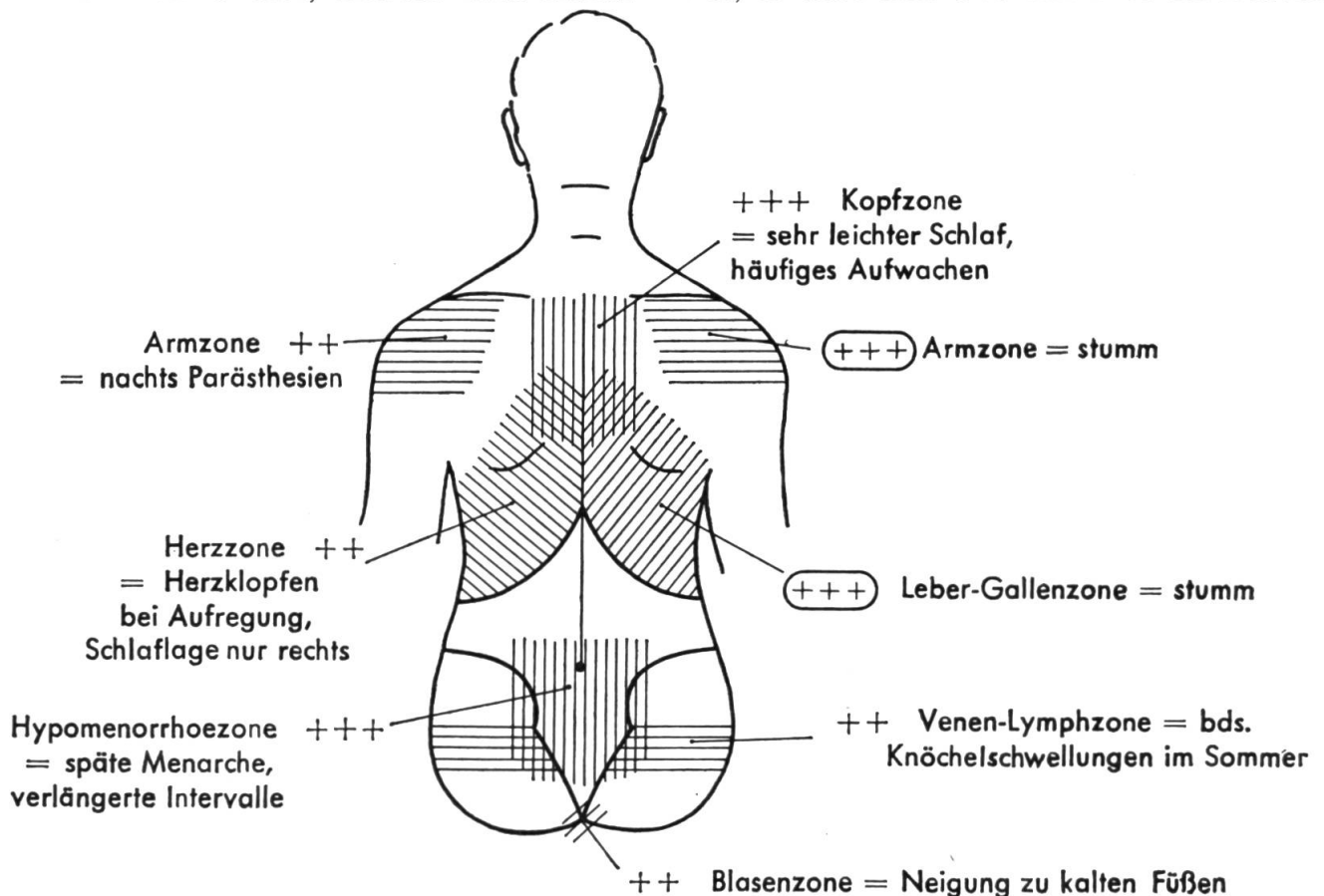
unter solchen besonderen Umständen. Wenn Begleitbeschwerden oder eine gelegentliche (situationsbedingte) Störbarkeit angegeben werden, gelten die jeweiligen Bindegewebszonen für den Therapeuten nicht als stumm. Die festgestellten Bindegewebszonen werden in ein Rückenschema (s. Abb.) eingetragen und die Prägung der Zonen in einfachster Weise als sehr deutlich angedeutet und mit + + +, + + und + angegeben. Als klinisch stum-

me Zonen gelten für den Therapeuten nur diejenigen Bindegewebszonen, deren zugehörige Organe, Gefäße und Nerven keine Beschwerden und keine Störbarkeit unter besonderen Umständen haben.

Beispiel: Eine Patientin wird wegen funktioneller Herzbeschwerden nach abgeklungener Angina zur Bindegewebsmassage überwiesen. Der Gewebstastbefund hat bei der Patientin sehr viel mehr Bindegewebszonen ergeben, als die ärztliche Diagnose zunächst erwarten liess. Das ist in der Regel der Fall und überrascht die auf dem Gebiet der Bindegewebsmassage Erfahrenen nicht. In dem gewählten Beispiel sind die Leber-Gallen-Zonen und die rechtsseitige Armzone als «stumm», d. h. ohne Beschwerden oder Störbarkeit angegeben. Nun ist aber schon aus dem Zusammenspiel der Organreflexe (viszero-viszeralen Reflexe) bekannt, dass das Leber-Gallen-System und das Herz häufig miteinander reagieren. Das gleiche ist aus den Reaktionen der Bindegewebsmassage bekannt, so dass die zur Zeit klinisch stummen Leber-Gallen-Zonen sicherlich nicht ohne therapeutische Bedeutung sind. Ferner sind im Bereich von Gesäss, Hüften und Kreuz-

bein Bindegewebszonen vorhanden, die ebenfalls für die erfolgreiche Durchführung der Behandlung eine Rolle spielen. Schon die ersten Erfahrungen mit der Bindegewebsmassage haben gezeigt, dass häufig der Behandlungserfolg versagt bleibt, wenn die kaudalen Bindegewebszonen in die durch die Bindegewebsmassage bewirkten Reaktionen im vegetativen Nervensystem nicht richtig einbezogen werden.

Die empirischen Erfahrungen der Bindegewebsmassage wurden 1953 durch W. Scheidt theoretisch unterbaut. Er führte in seiner Arbeit «Die Bindegewebsmassage nach Leube und Dicke im Spiegel der Leitwerklehre» aus, dass die vegetativen Anschlüsse der inneren Organe im Rückenmark in den Seitenhörnern, die des Bewegungsapparates dagegen in den Intermediärzonen liegen. Da die Seitenhörner nicht das ganze Rückenmark durchziehen, sondern nur von C 8 bis L 2 und von S 2 zum Terminalmark reichen, die Intermediärzonen jedoch das ganze Rückenmark durchziehen, besteht nur im Bereich der Seitenhörner ein segmentgleicher Anschluss von Organen und Bewegungsapparat, so dass sich also nur hier im Bereich



des Rückens und des Kreuzbeins Reflexzonen der inneren Organe ausbilden können. Die Grenzsegmente C8, L 2 und S 2, von *Scheidt* als «Uebergangsegmente» bezeichnet, haben nach ihm besondere Bedeutung, da der Organismus das Bestreben hat, Störungen zu verteilen und damit unwirksam zu machen. Organstörungen, die das Seitenhorn in bestimmter Höhe treffen, können im Seitenhorn nach kaudal und kranial verschoben und ausserdem zunächst im Segment in die Intermediärzone verlagert und in dieser wiederum nach kaudal und kranial verschoben werden. Auf diese Weise entstehen viszero-viszerale Reflexe und je nach dem betroffenen Gewebe die Bildung von Reflexzonen in Haut, Muskeln und Bindegewebe. Störungen im Bewegungsapparat, Narben nach Verletzungen und dergl. wirken in die zugehörige Intermediärzone hinein und können in dieser nach kaudal und kranial verschoben und ausserdem in das Seitenhorn verlagert werden, sofern die Störung im Bereich von Seitenhörnern liegt. Während die praktische Bedeutung der im Bereich von L 2 bis S 2 gelegenen Gewebeabschnitte bei der Bindegewebsmassage schon frühzeitig erkannt wurde, konnte die Bedeutung von C 8 erst in den letzten Jahren für die Bindegewebsmassage fruchtbar werden.

Während die oberflächliche Verschiebeschicht (zwischen Leder- und Unterhaut) ungefähr die gleiche segmentale Zuordnung zu den inneren Organen hat wie die Haut und die Arbeitsgänge der Bindegewebsmassage in der ganzen Breite der Segmente einheitliche vegetative Reaktionen auslösen, werden in der tiefen Verschiebeschicht in den paravertebralen und lateralen Gewebsabschnitten unterschiedliche Reaktionen ausgelöst: Die paravertebralen Arbeitsgänge haben starke Organwirkung, die lateralen Arbeitsgänge dagegen so gut wie keine Einwirkung auf die inneren Organe. Die Begründung für dieses verschiedene nervale Verhalten der genannten Gewebsabschnitte bei der Bindegewebsmassage ergab die Entwicklungsgeschichte:

Die *paravertebralen* Arbeitsgänge verlaufen über dem *Erector trunci*, dessen vegetative Anschlüsse in T 2—12, also im

Bereich der Seitenhörner liegen.

Die *lateralen* Arbeitsgänge verlaufen über dem *M. latissimus dorsi* und den Schultergürtelmuskeln, die von der Arm-anlage stammen und erst im Laufe der Entwicklung auf den Rumpf aufgewandert sind. Die vegetativen Anschlüsse liegen im Halsmark in C 1—7, wo keine Seitenhörner und damit keine Organanschlüsse sind.

Diese Tatsachen machen es verständlich, dass die tiefen Arbeitsgänge über den lateralen Rückenabschnitten so gut wie keine Organwirkung haben, während durch die paravertebralen tiefen Arbeitsgänge u. U. recht unangenehme Organreaktionen ausgelöst werden können.

Für die *Therapie* ergaben sich durch diese Erkenntnisse *neue Möglichkeiten*: Störungen und Beschwerden, deren Ursache im Arm-Schulter-Nacken-Bereich lagen (Zustände nach Frakturen, Distorsionen, Verletzungen, Zervikalsyndrome und dergl. mehr) konnten nun schon von der ersten Bindegewebsmassage ab beeinflusst werden, ohne dass Störungen der inneren Organe zu befürchten waren. Auch die vielen Arm-Schulter-Beschwerden, die bei Herzerkrankungen und Leber-Gallen-Störungen auftreten und auch nach Wiederherstellung der Organfunktion oft hartnäckig bestehen bleiben, konnten nun besser und ohne Störung der labilen Organfunktion behandelt werden. Es muss jedoch abschliessend betont werden, dass die unerlässliche Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung der Bindegewebsmassage ausser dem Wissen um die Bindegewebszonen und ihr nervales Zusammenspiel sowie dem Wissen der unterschiedlichen nervös-reflektorischen Auswirkungen der Arbeitsgänge der Bindegewebsmassage die künstlerische *Beherrschung der spezifischen Strichtechnik* in den Verschiebeschichten ist. Die Methode selbst ist technisch durchaus zu erlernen, wengleich sie wesentlich leichter aussieht, als sie tatsächlich ist. Schwieriger dagegen ist die Erarbeitung der Therapie, denn die mechanische Uebertragung bestimmter Arbeitsgänge auf den Patienten ist ja keine Behandlung! Es gibt so vielfältige vegetative Reaktionen, dass im Rahmen der all-

gemeinen «Spielregeln» die Bindegewebsmassage bei jedem Patienten und oft sogar jede einzelne Behandlung neu gestaltet werden muss. Nur die Erfahrung bei vielen Patienten, das vergleichende Durchdenken der Erfolge und der Misserfolge und die ständige Kontrolle der angewandten Behandlungstechnik ermöglichen allmählich die Gestaltung der Bindegewebsmassage als Neuraltherapie.

Zusammenfassung

Die Bindegewebsmassage als Neuraltherapie wurde erst durch die von *E. Dicke* gefundene spezifische Strichtechnik möglich, die in den Verschiebeschichten der Unterhaut ausgeführt wird. Hier treten die Bindegewebszonen durch eine stärkere Verhaftung — erhöhte Spannung in der oberflächlichen und tiefen Verschiebeschicht (zwischen Lederhaut/Unterhaut bzw. zwischen Unterhaut/Körperfaszie) in Erscheinung. Eine Besonderheit der Bindegewebszonen liegt darin, dass sie nicht wie die Haut- und Muskelzonen nur mit den inneren Organen, sondern auch untereinander im Sinne der viszero-viszerale Reflexe in nervös-reflektorischer Beziehung stehen. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass Bindegewebszonen auch bei gesunden, beschwerdefreien Menschen vorhanden sein können. Diese klinisch «stummen» Bindegewebszonen gelten als even-

tuelle schwache Punkte der vegetativen Konstitution, die in die Behandlung unbedingt einzubeziehen sind. Die Tatsache, dass die Bindegewebszonen mit Formänderungen in der Unterhaut einhergehen, die bei der Untersuchung sichtbar sind, sowie die typischen Reaktionen bei der Bindegewebsmassage weisen darauf hin, dass hier ausser den nervalen auch stoffliche Vorgänge eine Rolle spielen. Die Gedankengänge von *W. Scheidt*, die für die Erklärung vieler Reaktionen der Bindegewebsmassage fruchtbar waren, werden kurz berichtet. Die entscheidende Entwicklung der Bindegewebsmassage zu ihrer heutigen Form der Neuraltherapie brachte dann die Erkenntnis, dass die unterschiedlichen nervalen Reaktionen der paravertebralen und lateralen Arbeitsgänge der Bindegewebsmassage in der tiefen Verschiebeschicht am Rücken auf der verschiedenen nervalen Zuordnung dieser Gewebsabschnitte beruhen, was aus der Entwicklungsgeschichte hervorgeht. Abschliessend wird betont, dass die erfolgreiche Gestaltung der Bindegewebsmassage als Neuraltherapie nur bei Beherrschung der Technik (dargestellt in «Grundriss der Bindegewebsmassage — Anleitung zur Technik und Therapie», Verlag Gustav Fischer, Stuttgart, 2. Aufl. im Druck) und vergleichendem Durchdenken der Erfolge und Misserfolge möglich ist.

**GYMNASTIK-, MASSAGE- und
SAUNA-INSTITUT**

an zentraler Lage in Zürich. Gute Existenz für Fachmann evtl Ehepaar. Preis Fr. 16000.—. Es wollen sich nur Fachleute mit Kapitalnachweis melden. Offerten an Chiffre 704

Zu verkaufen, evtl. zu vermieten im Kanton St. Gallen

**modern eingerichtete Praxis für
PHYSIKALISCHE THERAPIE**

verschiedene Badekabinen, Unterwasserstrahlmassage usw.
Schöne 4-Zimmerwohnung vorhanden.
Anfragen sind zu richten unter Chiff. 369 an die Redaktion