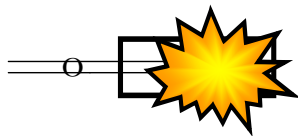


e-News for Somatosensory Rehabilitation



GUEST EDITOR

A Lee DELLON, MD



PRACTICE PHILOSOPHY STATEMENT

**I am a Plastic Surgeon.
My academic
appointments are:**

Professor of Plastic Surgery and Neurosurgery
at
Johns Hopkins University School of Medicine

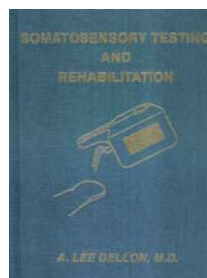
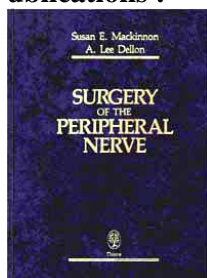
Professor of Plastic Surgery at
the University of Maryland
Baltimore, Maryland

Clinical Professor of Plastic Surgery and
Neurosurgery
at University of Arizona
Tucson, Arizona

I am in private practice.

to me, Plastic Surgery is problem solving.....
Much of my practice deals with NERVE
problems for which I have developed
operations that are usually successful.

Publications :



<http://www.dellon.com>

<http://www.dellonipns.com/index.htm>

Contents – Inhalt – Sommaire

The e-News's languages are

Français, English, Deutsch, Italiano

FOREWARD A Lee DELLON, MD	24
CALENDER – KALENDER – CALENDRIER	25
FORUM DE RÉÉDUCATION SENSITIVE: Question / Réponse Joëlle CROIX, Christine BEN M'HAMED Claude SPICHER et Blandine DEGRANGE	29
KEYWORDS – SCHLUESSELWOERTER – MOTS-CLEFS	32
BIBLIOGRAPHIE – REFERENCE – REFERENZ	32
SOMATOSENSORY REHABILITATION CENTRE'S STATISTICS	33
EXEMPLE D'UN RAPPORT Claude Spicher	35
PATIENT'S POINT OF VIEW : My Stimulator and I. Mrs L	37
SOME COLLEAGUES WHO WOULD LIKE TO GET: e-News for Somatosensory Rehabilitation	39

FOREWARD**by A Lee DELLON, MD****for****HANDBOOK FOR SOMATOSENSORY REHABILITATION****by
Claude Spicher**

The lives of Claude Spicher and myself have become interwoven. And yet we have never met. Ideas and research are the material of which the fabric is woven, and the process of weaving is the process of writing. The finished product for me was my first book *Evaluation of Sensibility in the Hand and Re-Education of Sensation*, published in 1981, and my last book, *Somatosensory Testing and Rehabilitation*, published in 1997. The finished product for Claude Spicher is what you now hold in your hands, the *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. It is as if our writings were a word puzzle in which the individual words have been shifted to create something similar yet different.

Claude Spicher has written a scholarly, enlightening book that is visually fun to read, and yet a challenge to the intellect. This handbook was carefully written with love, as it represents the culmination of more than two decades of his clinical work. His handbook is full of practical techniques to help patients with peripheral nerve problems using classic approaches and his own synthesis of these to create novel approaches as well. Therapists in all disciplines will learn from studying this material. One day it will be my honour to meet him in person, and have our actual lives, instead of our virtual lives, intertwined.

A. Lee Dellon, MD
Baltimore, Maryland, 4/29/05

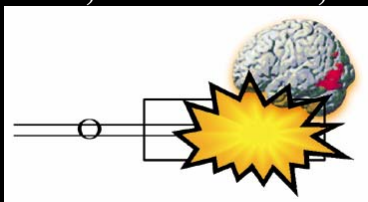
**Des dates pour s'arrêter - Some breaks for a while – ein paar
Pause, um in Ruhe zu bleiben**

- 15-18 June 2005** **VIII Congress of the European Federation of Societies for Hand Therapy.**
X Congress of the Federation of the European Societies for Surgery of the Hand.
- Lieu** Gothenburg, Sweden
Info handcongress2005@gbg.congrex.se; ++46 31 708 60 00
www.congrex.com/handcongress2005
- 17-18 juin 2005** **1^{er} congrès de l'Association Suisse des Ergothérapeutes**
Lieu Zürich, Suisse
Info <http://iiufpc01.unifr.ch:81/upload/annonce%20congres%20ASE%202005.doc>
- 4. – 6. Juli 2005** **Somatosensorische Rehabilitation: Kurs II**
 Claude SPICHER, OT, Swiss certified HT; Irene
 INAUEN, OT, Past-Presidentin SGHR
- Ort** Fribourg, (Schweiz)
Bald Info www.fribourgtourism.ch; +41 26 350 11 11
- 21 - 26 August 2005** **11th World Congress of the European Association for Palliative Care**
- Lieu** Sydney, Australia
Info IASP@locke.hs.washington.edu
- 22 - 26 August 2005** **Week for Somatosensory Rehabilitation**
 Claude SPICHER, OT, Swiss certified HT; Scientific
 collaborator; Rebekah DELLA CASA, OT
 Based on “Handbook for Somatosensory Rehabilitation”
 Translated from:
 Spicher, C (2003). *Manuel de rééducation sensitive du corps
 humain*. Genève, Paris : Médecine & Hygiène.
- Lieu** Fribourg, Switzerland, Europe
Info: +41 26 350 11 11
<http://www.fribourgtourisme.ch/files/Week%20for%20Somatosensory%20Rehab.pdf>
- 15-18 September 2005** **IFFAS Second Triennial Scientific Meeting**
 European Foot and Ankle Society
- Lieu** Naples, Italy
Info efas@eventplus.ie ; <http://www.globalfoot.org/meetings.html>

- 22. – 24. September 2005** **60th ASSH Annual Meeting**
American Society for Surgery of the Hand
Lieu San Antonio, TX, USA
Info www.swisshandsurgery.ch
- 27. – 28. September 2005** **Mobilisation des Nervensystems / Aufbaukurs**
Das sensitive Nervensystem
Ort Zurzach, Schweiz
Info www.fbz.zurzach.ch
- 12. – 15. Oktober 2005** **46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie**
Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
Ort Jena, Deutschland
Info www.dgh-2005.de
- 21. – 23. October 2005** **AHTA 2005 Conference : "Hands on Trauma"**
Australian Hand Therapy Association
Lieu Sydney, Australia
Info www.ahta.com.au
- 4-5 Décembre 2005** **SSFMCP Winter Meeting**
Société Française de Médecine et de chirurgie du pied
Lieu Paris, France
Info <http://sfmcp.free.fr>
- 11-15 March 2007** **10th Triennial Congress of the International Federation of**
Societies for Surgery of the Hand (IFSSH).
7th Congress of the International Federation of Societies for
Hand Therapy (IFSHT).
Lieu Sydney, Australia
Info www.hands2007.com

Somatosensorische Rehabilitation : Kurs I


5. – 6. April 2005, Au Parc Hotel, 1700 Fribourg

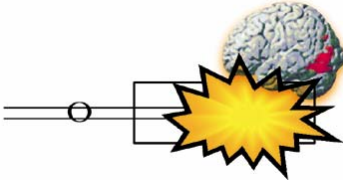


Somatosensorische Rehabilitation : Kurs II

4., 5. & 6. Juli 2005, Au Parc Hotel, 1700 Fribourg

Wichtig: Um von diesem Kurs II mehr zu profitieren, empfehlen wir Ihnen zuerst den Kurs I zu besuchen.

	<p>Kurs in Deutsch Mit the Handbook for Somatosensory Rehabilitation Foreword AL Dellon, MD ~200 Seiten in English Mit verschiedenen Arbeitsdokumenten auf Deutsch</p>
<p>Anmeldung</p>	<p>www.fribourgtourism.ch; sales@fribourgtourism.ch Fon: 026 350 11 11 Fax: 026 350 11 12</p>
<p>Kursleitung</p>	<p>Claude Spicher, ET, zert. HT SGHR im Somatosensorisches Rehabilitationszentrum http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collabhome.htm Irene Inauen, ET in Praxis für Handrehabilitation</p>
<p>Kurs I : Ziel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nach der Weiterbildung, die Grundstörungen der peripheren & zentralen Sensibilität erfassen können - nach der Weiterbildung, unabhängig eine Somatosensorische Rehabilitation durchführen können
<p>Kurs II : Ziel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nach der Weiterbildung sollen die Schmerzkomplikationen der peripheren Sensibilität erfasst werden können: die mechanische Allodynie, das komplexe regionale Schmerzsyndrom Typ II, die neuropathischen Schmerzen, usw. nach der Weiterbildung soll eine Somatosensorische Rehabilitation selbständig durchgeführt werden können

<p>Week for Somatosensory Rehabilitation 22th – 26th of August, 2005, Au Parc Hotel, Fribourg, Switzerland, Europe.</p>	
<p>Teaching in English Based on the Handbook for Somatosensory Rehabilitation Foreword AL Dellon, MD ~200 pages in Englis</p>	
<p>Registration</p>	<p>www.fribourgtourism.ch; sales@fribourgtourism.ch Phone: + 41 26 350 11 11 Fax: + 41 26 350 11 12</p>
<p>Teachers</p>	<p>Claude Spicher, OT, Swiss certified HT, Manager & therapist in the Somatosensory Rehabilitation Centre, Scientific collaborator http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collabhome.htm Rebekah Della Casa, OT</p>
<p>Material & Method</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostical testing of axonal lesions: Aesthesiography, Static Two-Point Discrimination Test, Tingling signs, sensory terms of the McGill Pain Questionnaire. - Management of basic peripheral and central sensitivity disorders: Line Rehabilitation (Dellon), Asperity Rehabilitation (Lundborg), Desensitization at the axonal lesions site, Hands on therapy. - Definition, Assessment, Management & Prevention of axonal lesions pain complications: Complex Regional Pain Syndrome from peripheral or central Etiology, Mechanical Allodynia: „Pain due to a stimulus which does not normally provoke pain“, IASP 1994, Neuralgia Pain.
<p>Guest speakers</p>	<p>Prof EM Rouiller (PhD): <i>Neuroplasticity</i> Dr G Kohut (MD): <i>Common clinical lesions of the peripheral nerves from the upper extremity</i> Prof A Golay (MD): <i>Patient education</i> Dr Ph. Otten.(MD): <i>The spinal cord stimulation</i></p>

Forum de rééducation sensitive : question / réponse

http://iiufpc01.unifr.ch:81/~reeduc_sensitive

Voici un exemple de question avec sa réponse que vous pouvez trouver sur le forum de rééducation sensitive dans la rubrique discussion générale

Question :

Cher Claude, chère Blandine,

Nous voulons vous présenter une situation de prise en charge qui nous pose quelques questions....

Patiente de 1965, victime d'un accident de la voie publique le 10.07.2002 avec fracture de cheville droite (type Weber B), malléole externe. Fracture traitée par réduction sanglante et ostéosynthésée.

Le 21.1.2003, ablation du matériel d'OS et cure de névrome cicatriciel du nerf péronier superficiel.

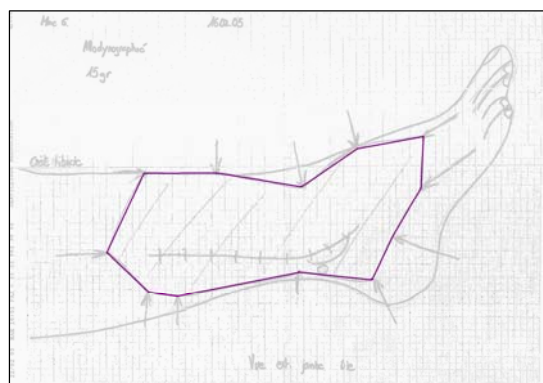
A ce jour, la patiente marche sans canne mais avec une boiterie. Elle se plaint de douleurs de type allodynie sur la face latérale externe de la jambe et de la cuisse droite entraînant une gêne fonctionnelle (difficulté à charger sur le membre inférieur droit, ne travaille qu'à 25% de son temps, troubles du sommeil...)

Autres traitements :

- Faciathérapie
- Thérapie neurale
- Ostéothérapie
- Hypnose· ttt médicamenteux

Résultats des bilans :

- QDSA : 88,8 % de douleurs sensorielles
42,8 % de douleurs affectives/émotionnelles
68,75 % total des douleurs
- Allodynographie à 15gr. (cf figures ci-contre)
- Aucun signe de CRPS
- Arc-en-ciel des douleurs : dans le territoire situé sur la face latérale externe de la jambe : vert, 1,5 gr.



Nous faisons les hypothèses suivantes:

- atteinte du N. fémoro cutané
- atteinte du N. cutané péronier
- atteinte du N. musculo cutané.

Les difficultés que nous rencontrons dans cette prise en charge :

- la patiente présente un seuil de tolérance à la douleur très élevé, malgré l'EVA, il est très difficile pour elle de nous dire « stop » verbalement et manifeste la douleur par un retrait du membre testé. Notre allodynographie est-elle fiable ?

- Nous n'avons pas trouvé d'allodynie (15 gr.) sur la face postérieure de la jambe droite mais la patiente décrit des sensations désagréables (décharges électriques). Peut-on contre stimuler ce territoire ?

- La thérapie neurale consiste en des infiltrations dans le pourtour de la cicatrice, la faciathérapie en un décollement des tissus cicatriciels... on nous propose de voir la patiente les semaines où elle n'a pas d'autres thérapies... sommes-nous alors thérapeutique ? Sinon, que faire ?

Merci pour le temps consacré à nous lire et à nous aider à démarrer dans cette prise en charge...

Meilleures salutations.

Joëlle Croix, Christine Ben M'Hamed, Ergothérapeutes, Hôpital Universitaire de Genève, Suisse.

Réponse :

Chère Joëlle, chère Christine,

Merci pour vos questions précises.

1. Très clairement vous pouvez être en présence :
 - a) Soit d'une allodynie mécanique **et vous contre-stimulez**
 - b) Soit d'une hyposensibilité **et vous rééduquez l'esthésiographie.**
 - c) Soit d'autre chose mal défini, de sensations inconfortables qui est ni une esthésiographie, ni une allodynographie **et vous n'êtes pas dans le cadre de rééducation sensitive; méthodologiquement vous ne pouvez donc rien en faire.**

2. Vous êtes en présence de :
 - a) Névralgie fémoro-cutanée permanente du nerf fémoro-cutané (Stade IV de lésions axonales) avec **allodynie mécanique.**

 - b) Névralgie fémoro-poplitée permanente du nerf cutané péronier (Stade IV de lésions axonales) avec **allodynie mécanique.**

 - c) Même si il y a eu la résection d'un névrome du nerf péronier superficiel (appelé aussi nerf musculo-cutané) l'allodynographie actuelle ne permet pas de dire que cette allodynie de la jambe est causée par les lésions axonales du nerf péronier superficielle. *A posteriori*, lorsque l'allodynie aura disparu vous pourrez peut-être observer une esthésiographie de ce territoire de distribution cutanée.
 Nous pourrons alors éventuellement parler :
 - soit un stade I (hypoesthésie),

- soit un stade III névralgie fémoro-poplitée intermittente,
 - soit un stade IV névralgie fémoro-poplitée incessante.
3. La thérapie neurale et la rééducation sensitive sont incompatibles dans cette situation:
- a) Soit la thérapie neurale & la fasciathérapie sont poursuivies et alors vous ne pouvez pas mettre en place une contre-stimulation « autour » de l'allodynie mécanique.
 - b) Soit vous commencez la rééducation sensitive, mais alors la thérapie neurale & la fasciathérapie sont interrompues pendant, par exemple 3 semaines, le temps de modifier ce territoire allodynique.

Cette décision appartient au médecin prescripteur (c'est un choix thérapeutique), mais votre déontologie professionnelle ne vous permet pas de mettre en place une rééducation sensitive si en même temps le territoire allodynique est sujet à des sollicitations importantes.

Très cordialement et bonne chance

Blandine Degrange & Claude SPICHER
Centre de rééducation sensitive du corps humain
1700 Fribourg.

Somatosensory Rehabilitation Keywords
SCHLUESSELWOERTER für die somatosensorische Rehabilitation
MOTS-CLEFS de rééducation sensitive

Français / Deutsch / Italiano / English

<http://iiufpc01.unifr.ch:81/upload/keywords.pdf>

Français / English

[http://iiufpc01.unifr.ch:81/upload/Keywords%202.1\(1\).pdf](http://iiufpc01.unifr.ch:81/upload/Keywords%202.1(1).pdf)

Bibliographie – Reference - Referenz

Bruehl, S., Harden, R.N., Galer, B.S., Saltz, S., Bertram, M., Backonja, M., Gayles, R., Rudin, N., Bhudra, M.K. & Stanton-Hicks, M. (1999). External validation of IASP diagnostic criteria for Complex Regional Pain Syndrome and proposed research diagnostic criteria. *Pain*, 81, 147-154.

Abstract on line:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10353502&itool=iconabstr

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

From the 1st of July 2004 till the 26th of January 2005:

Assessment of 147 patients

147 patients	
Diagnostic testing of axonal lesions: positive	Diagnostic testing of axonal lesions: negative
144 patients 98 %	3 patients 2 %

Assessment of 144 patients with 334 axonal lesions

334 axonal lesions	
Aesthesiography N= 250	Allodynography N= 84

When the assessment of aesthesiography was painful, the therapist interrupted it and began the testing of the mechanical allodynia: the allodynography.

Mechanical allodynia: Pain due to a stimulus which does not normally provoke pain (Merskey & Bogduk, 1994).

Allodynography N= 84				
Assessment only	Treatment interrupted	Allodynography treated	Allodynography still in treatment	Allodynography did not disappeared
6	12	26	39	1

Allodynography treated N= 26		
Aesthesiography impossible A priori	Allodynography	Secondary aesthesiography A posteriori
26	26	26

Conclusion: the allodynography is a valid tool (Pearson $\chi^2 = 0$) to assess somatosensory lesions; even we can only document it *a posteriori*: post treatment. Consequently, the mechanical allodynia is a painful hypoesthesia (and not a hyperesthesia).

In our next e-news you'll find the result of our diagnostic testing axonal lesions one month after the disappearance of the mechanical allodynia. For example, the static two-point discrimination test can be assessed neither on an allodynography, nor on a secondary aesthesiography. But *one month* later the disappearance of the mechanical allodynia it can be assessed on the secondary aesthesiography.

Reasons of the treatment's interruption by the patient N = 12 (neither by the prescribing doctor, nor by the therapist)	
Wanted a break	3
Did not believe in Somatosensory Rehabilitation	3
Began another treatment (i.e. osteopathy)	2
Had none time (i.e. return to work)	2
Increased pain	1
Another medical disorder	1

Le résumé des statistiques du Centre de rééducation sensitive

Du 1.7.2004 au 26.1.2005 :

334 lésions axonales mises en évidence			
250 esthésiographies	84 allodynographies		
	26 allodynies disparues	39 allodynies en cours de traitement	Divers (voir la version anglaise ci-dessus)
	26 esthésiographies sous-jacentes apparues (Pearson $\chi^2 = 0$)		

Conclusion : l'allodynie mécanique circonscrite par une allodynographie est un signe somesthésique¹ ; même si l'esthésiographie n'est pas testable *a priori*, elle sera testable *a posteriori*. Dans nos rapports intermédiaires de rééducation sensitive, nous écrivons : « L'allodynographie est disparue le L'esthésiographie sous-jacente présumée est alors apparue ».

L'allodynie mécanique est donc une HYPOESTHESIE DOULOUREUSE²

Last minute - Dernière minute

The 25th of April 2005, the result of the vibrotactile counter-stimulation is:

Allodynography N= 84				
Assessment only	Treatment interrupted	Allodynography treated	Allodynography still in treatment	Allodynography did not disappeared
6	12	39	26	1

Allodynography treated N= 39		
Aesthesiography impossible A priori	Allodynography	Secondary aesthesiography A posteriori
39	39	39

Conclusion: the allodynography is a valid tool (Pearson $\chi^2 = 0$) to assess somatosensory lesions; even we can only document it *a posteriori*: post treatment. Consequently, the mechanical allodynia is a painful hypoesthesia (and not a hyperesthesia).

¹ Ou neurologique : elle met en évidence des lésions axonales

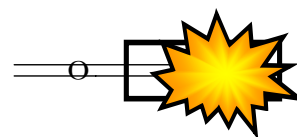
² Et non pas comme trop souvent décrit une hyperesthésie.

Exemple d'un rapport



**CENTRE DE
REEDUCATION SENSITIVE
DU CORPS HUMAIN**
Service d'ergothérapie

Hans-Geiler 6 - 1700 FRIBOURG
Tél : 026 3500 312
reeducation.sensitive@ste-anne.ch



RAPPORT INTERMEDIAIRE DE REEDUCATION SENSITIVE

Adressé à : Dr ZZZ, médecin prescripteur

NOM: XXX

PRENOM: YYY

DIAGNOSTICS: connus dont notamment :

- Opération du tunnel carpien **avancé** avec parésie et amyotrophie à D **le 9 novembre 2004**
- +
 - Névralgie brachiale intermittente du nerf collatéral palmo-cubital d4 ; du nerf cubital (stade III de lésions axonales) mise en évidence le **28 février 2005**
 - Forte hypoesthésie du nerf médian (stade I de lésions axonales)

Prestations de rééducation sensitive :

- Rééducation de l'hyposensibilité basée sur la neuroplasticité du système somesthésique (en absence de signes distaux de régénération axonales)

Situation actuelle (15 avril 2005) :

Le score du questionnaire de la douleur St-Antoine (version française du McGill Pain questionnaire) a régressé au fur et à mesure que l'hypoesthésie diminue.

Hypoesthésie de p3 d2	Test de 2 pts statiques	Stade	McGill Pain Questionnaire
28.02.2005	35 mm	S ₂	27 %
08.03.2005	ND	S ₃	ND
16.03.2005	18 mm	S ₃	ND
05.04.2005	6 mm	S ₄	9 %

Plus précisément l'esthésiographie à **2.1 grammes** du 28.02.2005 présente sur les pulpes de d1, d2, d3 et d4 (les 2 hémipulpes, ce qui expliquait la brachialgie du nerf cubital) a disparu le 31.03.2005.

L'esthésiographie à **0.7 gramme** du 31.03.2005 était présente sur les pulpes d1, d2, d3 et sur l'hémipulpe « radiale » de d4 (Fig. 1). Le 13.04.2005 elle a disparu sur d1 et d4 et régresse sur d2 et d3

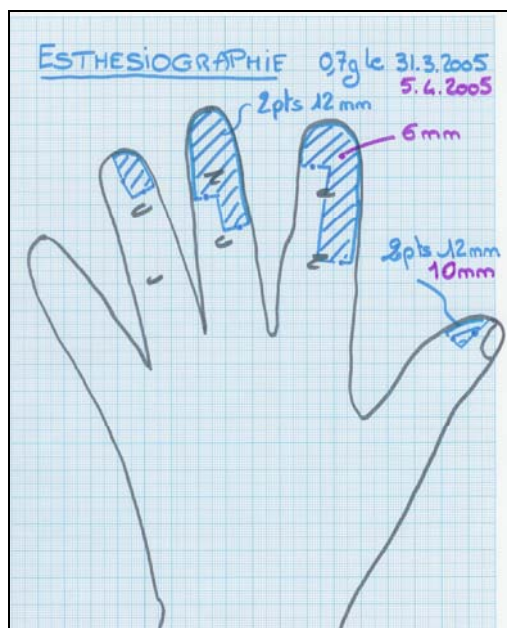
Proposition :

Poursuivre la rééducation de l'hyposensibilité à raison d'une séance hebdomadaire pour normaliser la sensibilité vibrotactile, les sensations bizarres et améliorer les prises de la vie quotidienne.

Fribourg, le 15.04.05

Claude SPICHER, rééducateur de la main certifié SSRM, ergothérapeute.

Fig. 1 : esthésiographie à 0,7 gramme



Patient's point of view:

My Stimulator and I.

Six months ago I had never even heard of a neuro-stimulator. Now I am living happily with one.

How did this come about? A little by accident, and also good luck. In 2003 I underwent an operation on my spine, which left me with my left leg both very painful and practically useless. How did this manifest itself? I seemed to have lost my balance and to be walking on hedgehogs or, if you prefer, sea urchins. That is the accident part.

I returned to see the surgeon for the yearly check-up, he realised that my leg was not better and, as I do not live in the same city, sent me home to my family doctor asking him to arrange an appointment with a neurologist. This is where the good luck comes in. The neurologist knew of and sent me straight away to the team that specialise in somatosensory rehabilitation.

I had to go twice a week. After a week or two they said: "You would be a good candidate for a neuro-stimulator". "What is that"? said I. They gave me a fairly detailed description of what the stimulator was and what the operation(s) would entail, but said that the doctor would give me further explanations. So I went down the corridor, (so handy when every movement is an effort)! and made an appointment to see the doctor a couple of weeks later.

When I saw the doctor, he seemed to have all the time in the world. He listened patiently to my (long) medical history, and then on a computer screen showed me the electrode that he would attach to my spinal cord, He explained why he chose the more rigid one rather than the supple. He then showed me on the screen both the cable and remote control, which were part of the first stage. Patiently he repeated that which the two people on the team had underlined, namely that it was possible that the stimulator would do nothing for me. That the first stage was to implant the electrode with a cable and remote control attached. If the experiment was conclusive, then he would undertake the second stage which consisted of implanting the definitive batteries.

I did not see what I had to lose. If I did not try I would never know! So a week or two later I arrived at the Clinic one evening and the next morning at seven I was trundled down to the theatre. I was lucky, one of the members of the team had asked to be allowed to assist as she had never seen the operation performed and so she was there, a well-known, friendly face. I was placed face down and given a local anaesthetic. If I was in any discomfort the anaesthetic was topped up. The surgeon and the technician from the firm that make the stimulator both took their time to ensure that the stimulations arrived to the correct zone, The operation took about an hour and a half, then after a short stay in the recovery room, I was taken back to my room. At about three I was allowed to get up. I was a little shaky, the remote control needed... controlling, (never forget to lower the flow before lying down)! However, things were better. After a good night's sleep, the first in over two year's, things were definitely better, so much so that I asked the doctor, when he come on his rounds, when it was possible to put in the definitive version. He checked the legal side, as there is a certain lapse of time to be respected and we made an appointment for... a week later! The same afternoon I was allowed home. A friend came to collect me and instead of going home we went first to the supermarket and

then, out for a pizza! I was ecstatic the supermarket had, for months, been murder, and as for eating out, let alone in the evening I had had no inclination for such an adventure for many moons!

A week later the clinic called me at nine o'clock, I was there by nine fifteen and at ten I was in the theatre again. The batteries were implanted in the cavity above where my appendix should have been, the remote control removed, the cable passed to the batteries. The wound was closed and I was taken up to a room. I relaxed until the doctor had the time to check me out and then went home. A week later the stitches were removed and the day after that I left for a week in Turkey. It was a little too much physically, but so good for the morale! From the first operation until the stitches were removed including the definitive implantation, three weeks elapsed, that is the shortest possible scenario, but effectively my life changed less than twenty-four hours after the first intervention. There is still work to be done to finish the vibrotactile counter-stimulation but I can envisage this quite easily when the rest of the time I can do practically anything I wish again!

Mme L.

**Des collègues qui souhaiteraient recevoir – Some colleagues who would like to get – Einigen Kollegen die möchten bekommen
e-News for Somatosensory Rehabilitation**

N'hésitez pas à communiquer à la rédaction les adresses e-mail des personnes susceptibles d'être intéressées à recevoir gratuitement l'e-News for Somatosensory Rehabilitation

Who is who?

1331 people received all over the world this e-News 2(2), in the five continents, in 27 countries:

Australia, Austria, Belgium, Brazil, Canada, Czek Republic, Denmark, Finland, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, Korea, Luxemburgh, Mexico, Netherlands, Norway, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Taiwan, Ukraine, United Kingdom, United States of America.



IMPRESSUM

Requested: Windows 1998; Adobe 6.0

Editor: Claude SPICHER, OT, Swiss certified HT, scientific collaborator

Co-Editor: Blandine DEGRANGE, OT

Published: 4 times per year

Deadline: 25th January, 25th April, 25th July, 25th October

Price: Free

Sponsor: Somatosensory Rehabilitation Centre; Ste Ann Hospital; 6, Hans-Geiler St.; 1700 Friburgh, Switzerland, Europe.

Languages: *Français, English, Deutsch, Italiano*

e-News's Library: <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller>