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: - (1956)

Heft: 147

Artikel: Fortbildungskurs für die bewegungstherapeutische Nachbehandlung der Poliomyelitis

Autor: Bützberger, Rudolf

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930749

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: 12.07.2025

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

Fortbildungskurs für die bewegungstherapeutische Nachbehandlung der Poliomyelitis

organisiert vom Schweiz. Verbandes für die erweiterte Krankenversicherung.

Am 21. und 22. März 1956 trafen sich in Langenthal ca. 50 Berufskolleginnen und -kollegen, welche sich ganz besonders für die Nachbehandlung der Kinderlähmung interessieren. Die Leitung des Kurses lag in den Händen Dr. med. Ed. Le Grand, dem Vertrauensarzt des SVK.; für die praktischen Demonstrationen stellten sich Herr Gebauer, Burgdorf, und Herr Schutter, Biel, zur Verfügung. Die wichtigsten Probleme, die sich uns bei der Behandlung von Kinderlähmungs-Patienten stellen, wurden im Verlauf dieses Kurses ganz vom Standpunkt des Praktikers aus eingehend dargelegt und besprochen.

In seinen einleitenden Worten orientierte Herr Dr. Le Grand zuerst kurz über den *Aufbau und die Funktionen der Kinderlähmungsversicherung* im Rahmen des Schweiz. Verbandes für die erweiterte Krankenversicherung, der heute in der Schweiz ca. 2 Millionen 800 000 Einwohner angeschlossen sind. Die Versicherung kann für den einzelnen Kinderlähmungspatienten Behandlungenkosten bis zur Maximalsumme von Fr. 5000.—, in ganz besonderen Notlagen bis zu Fr. 8000.— tragen. Ueber einige weitere versicherungstechnische Fragen sprach dann am zweiten Tag Herr Schurtenberger von der Administration des SVK in Solothurn. Es wurde betont, dass der SVK auf unsere Arbeit angewiesen sei; er ist deshalb auch an unserer Fortbildung sehr interessiert. Herr Dr. Le Grand wies auf die hohen Anforderungen an, welche die Behandlung der Kinderlähmung an den Therapeuten stellen. Das Hauptelement dieser Behandlung ist zweifellos die exakte Heilgymnastik, welche auf genauester Kenntnis der funktionellen Anatomie basiert. Der Massage räumt der Vertrauensarzt nur eine äusserst unwichtige Stellung ein, ich werde jedoch später noch ganz kurz auf dieses Thema zu sprechen kommen. Die Meldung der neu in unsere Behandlung tretenden Poliopatienten soll in Zukunft durch das vorgedruckte Formular direkt an den Vertrauensarzt erfolgen, und ebenso die Gesuche um erneute Kostengutsprache, welche alle zwei bis drei Monate eingereicht werden müssen. Es ist sehr im Interesse von uns allen, dass wir uns genau an den kürzlich in unsere Hände gelangten Vertrag unseres Verbandes mit dem SVK halten. Der Vertrauensarzt legt Wert darauf, zusammen mit dem Kostenvoranschlag einen Rapport über das Befinden des Patienten und von Zeit zu Zeit einen Muskelstatus zu erhalten. Am Schluss seines einleitenden Referates wies Dr. Le Grand auf das vollendete «Team-work» hin, welches allein den Patienten optimal vorwärtsbringen kann, er meint damit die unbedingte enge Zusammenarbeit von Therapeut, Arzt, Spezialarzt für Orthopädie, Bandagist, Vertrauensarzt der Versicherung, ev. Lehrer und Berufsberater.

Die Aufnahme eines genauen *Muskelstatus* ist stets eine recht schwierige Aufgabe, und doch sollte jeder, der Poliopatienten behandelt, dazu befähigt sein. Erst die genaue Prüfung all unserer Muskelfunktionen erlaubt uns zu beurteilen, wo und in welchem Mass wir mit unseren Uebungen ansetzen müssen. Zum Studium der Methode wird vor allem das englische Buch «Muscle Testing, technic of manual examination» von Williams-Daniels-Worthingham empfohlen, welches in einer auszugsweisen Uebersetzung von Dr. med. Jürg Hodler im Verlag Hallwag, Bern, erschienen ist. Hier wird uns gezeigt, wie zum Beispiel bei der Plantarflexion genau unterschieden werden muss, ob der Patient diese Bewegung wirklich mit der Wadenmuskulatur bewerkstelligt oder ob nur die Zehenbeuger den Fuss in eine leichte Plantarflexion bringen; ohne solche Spezialkenntnisse wird man stets vom Patienten

getäuscht werden, und der Patient übt nur seine ohnehin funktionierenden Muskeln, ohne dass die gelähmten zur Innervation angeregt werden. Der Test hat auch den Vorteil, dass man bei Wiederholung desselben nach einiger Zeit seine Fortschritte in Zahlen ausdrücken kann, wobei man natürlich bei Schwergelähmten mit Vorteil die langen Kolonnen von Nullern und Einern nicht bekannt gibt! Der Vertrauensarzt versprach, in nächster Zeit ein praktisches einfaches Testschema herauszubringen, welches an die Therapeuten abgegeben werden soll.

Im *praktischen* Teil wurden an verschieden stark betroffenen Patienten Uebungen gezeigt, welche diese vorwiegend zu Hause und mit möglichst wenig fremder Hilfe durchführen können. Herr Gebauer zeigte einen ausserordentlich systematischen Aufbau von Uebungen vom Schwergelähmten bis zum Patienten mit leichtesten Restparesen; sein Haupthilfsmittel ist die Feder; mit Federn und Gurten hängt er den Patienten oder dessen gelähmtes Glied in der ihm zukommenden Ausgangsstellung auf sei es im Vierfüsslerstand, Kniestand, Sitzen oder Stehen. Er nimmt auf diese Weise dem Patienten die Angst vor dem Umfallen oder Einbrechen, welche begreiflicherweise jedem Gelähmten eigen ist. Herr Gebauer legt ganz besonderen Wert auf die Stabilisierung des Rumpfes bei langsamem Abbau von vier, drei, zwei schliesslich auf einen Unterstützungspunkt. Als Behelfsschienen beim Turnen verwendet er gewöhnliche Kartonhülsen, wie er überhaupt mit einfachsten Hilfsmitteln, wie Stuhl, Kistli etc. eine erstaunliche Uebungsvielfalt bewies. Ein praktischer Sinn und die Kunst zu Improvisieren werden in dieser Hinsicht jedem Behandler sehr zugute kommen. — Herr Schutter, ein in Biel arbeitender Holländer, zeigte einige sehr wertvolle Aspekte vor allem in Bezug auf die Gesamtstatik auf. Er demonstrierte ein ganz ausgezeichnetes neuartiges Uebungsgerät für Poliopatienten, welches bestimmt hervorragend seinen Zweck erfüllt, jedoch genaue Spezialkenntnis desselben erfordert. Bei allen Aufhängevorrichtungen besteht immer die Gefahr der Pendelbewegung, welche keine kräftigende Wirkung hat und womöglich vermieden werden muss.

Die *richtige Lagerung* des Patienten im akuten wie auch im chronischen Stadium ist von allergrösster Wichtigket. Fehlstellungen und Kontrakturen bereiten dem Patienten und Therapeuten mindestens soviel Schwierigkeiten wie die Lähmungen selbst; und das Bedrückende daran ist die Gewissheit, dass diese *Fehlstellungen und Kontrakturen* durch eine konsequent durchgeführte richtige Lagerung mit grösster Wahrscheinlichkeit hätten vermieden werden können. Aus diesem Grund wurde auch die richtige Lagerung in Langenthal eingehend besprochen. Die häufigsten Deformitäten, die als Lagerungsschäden angesprochen werden können, sind: der Spitzfuss, die Beugekontraktur im Knie- und Hüftgelenk, die Adduktionskontraktur im Schultergelenk, die Beugekontraktur im Ellbogen und die mannigfaltigsten Kontrakturen der Hände und Finger. Ebenso verhängnisvoll wie die Kontraktur ist die *Ueberdehnung* gelähmter Muskeln; als klassisches Beispiel hierfür möchte ich nur den M. opponens pollicis, den Gegenübersteller des Daumens, erwähnen; die gelähmte Hand des Patienten liegt flach auf der Decke, der Daumen wird über lange Zeit in Extensionsstellung oder gar Abduktionsstellung gedrängt, der Opponens wird so ständig gedehnt, und wie mancher Patient behält dann den gelähmten Opponens als dauerndes Andenken, auch wenn er sich sonst wieder recht gut erholt hat, eine richtige Greifbewegung bleibt ihm für immer versagt. Herr Dr. Le Grand hat ein Lagerungsschema ausgearbeitet, welches an alle Spitäler abgegeben wird. Der Vertrauensarzt machte die erfreuliche Feststellung, dass man heute zum Glück in vielen Spitälern der Lagerung die grösste Aufmerksamkeit zuwendet. —

Die weitaus schwierigste aller Deformitäten in diesem Zusammenhang ist ohne Zweifel die Skoliose. Sie ist für den gewissenhaften Poliotherapeuten eine Art Ge-

spenst, das hinter jedem Poliopatienten steht. Herr Dr. Le Grand bemerkte sehr richtig, dass vor allem auch den Rücken die grösste Aufmerksamkeit gebührt, die noch keine Skoliose aufweisen, d. h. die Prophylaxe ist von grösster Wichtigkeit. Jede noch so schwache einseitige Parese auch im Gebiet der Extremitäten ruft eine Skoliosentendenz hervor; sogar eine allgemeine Muskelschwäche als Folgezustand einer akuten Poliomyelitis *ohne* Lähmungserscheinungen kann in einem halben Jahr ohne Ueberwachung eine schwere Skoliose entstehen lassen. Liegekuren und Heilgymnastik können das Unheil nicht immer verhüten, doch häufig aufhalten, in einzelnen Fällen jedoch den Zustand ganz wesentlich verbessern. Der Vertrauensarzt empfiehlt zur Therapie der Skoliose sehr die Schrot'sche Atmung, da diese bei richtiger Beherrschung den ganzen Tag über eine gewisse therapeutische Wirkung ausüben kann, im Gegensatz zu anderen Systemen wie Klapp, Niederhöfer, welche nur ein bis zwei Stunden täglich wirksam ausgeführt werden können. Ein Stützkorsett kann nicht immer vermieden werden, es kann die Skoliose nicht heilen, bestenfalls in ihrem Fortschreiten aufhalten. Bei der Besprechung dieses schwierigen Problems wurden in der Diskussion von verschiedener Seite wertvolle Anregungen gemacht.

Auch der Aufbau der *Gangschulung* kam an diesem Kurs zur Sprache. Hierbei wurde besonders betont, wie wichtig es ist, die Patienten erst gehen und stehen zu lassen nach genügender Vorarbeit im Vierfüssler -und Kniestand, andererseits muss auch bei Schwergelähmten einmal der Versuch gewagt werden, sie in die Vertikale zu bringen, ev. mit entsprechenden Hilfsmitteln. Auf Schienen und Apparate kann man ohne ernsthafte Gelenkschädigungen nicht in jedem Fall verzichten, soll diese jedoch wenn irgendwie möglich nur als Uebergangslösung benutzen. Dr. Le Grand legte besonderen Wert darauf, dass sich der Patient möglichst rasch völlig in die Vertikale aufzurichten lernt. Ein sehr wichtiger und wertvoller therapeutischer Faktor ist das Balancieren; wenn der Patient sich bemüht, sein Gleichgewicht zu halten, sei es im Kniestand oder Stehen, so werden oft gewisse Muskeln, welche den Halt mitübernehmen sollten, reflektorisch angeregt. Das Gehen ist beim Gesunden ein äusserst komplizierter Vorgang, man versuche nur einmal bei sich selber genau zu ermitteln, welche Muskeln während zwei Schritten in welchem Moment welche Funktionen ausüben. Es steht jedoch fest, dass für den Gelähmten am Anfang die haltenden Funktionen mehr Schwierigkeit machen und wichtiger sind als die bewegenden, weshalb ja auch das Trendelenburg'sche Zeichen das typische Merkmal für den Gang des Poliomyelitikers ist, er kann die Hüfte seines Standbeines nicht genügend fixieren. Auch für die Bekämpfung des Genu recurvatum wurden einige Uebungen gezeigt. Ferner gehört die richtige Stockhaltung in das Gebiet der Gangschulung, es ist nicht gleichgültig, ob der Patient seine Krücken oder Stöcke gleichzeitig im pass- oder Kreuzgang absetzt oder ob er, wenn er nur noch einen Stock braucht, diesen auf der Seite des gesunden oder gelähmten Beines führt. Es würde natürlich zu weit führen, all diese Detailfragen hier zu erörtern, wenn sie auch alle wichtig sind.

Besonders interessant war die Durchbesprechung der Uebungsmöglichkeiten bei Lähmung der unteren, oberen Extremitäten, des Rückens und des Bauches, wobei jeweils zuerst Herr Dr. Le Grand und Herr Gebauer (am Patienten) Uebungen zeigten: anschliessend konnten sämtliche Kursteilnehmer Uebungen vorschlagen. So entspann sich eine recht anregende Diskussion.

Die Zeit war an diesen zwei Kurstagen voll ausgenützt, und doch reichte sie nicht, um alle Probleme erschöpfend zu behandeln. Die Möglichkeiten und Vorzüge einer mit *Massage* kombinierten Heilgymnastikbehandlung konnte leider nicht zur Sprache kommen; es steht jedoch fest, dass auch die beste Heilgymnastikbehandlung ohne Massage unvollständig ist: Durch die Massage erlangt der Patient das

Gefühl für seinen schwergelähmten Muskel, und es fällt ihm so beim Innervationsversuch leichter, die Kraft seines Willens, seine Konzentration an den richtigen Ort zu dirigieren. Dr. Le Grand zitierte Prof. Kohlrausch: «Wenn wir versuchen, einen gelähmten Muskel zu innervieren, so müssen unter allen Umständen erst die nicht gelähmten Antagonisten ausgeschaltet werden»; diese gesunden oder zum mindesten stärkeren Antagonisten sind jedoch meistens so verkrampft, dass sie nur durch eine geeignete Lockerungsmassage gelöst werden können, denken wir nur an den Latissimus dorsi und Pectoralis bei einer Deltaprese! Beim veralteten Poliomyelitiker mit schweren Restparesen werden die gesunden, arbeitenden Muskeln ständig so stark beansprucht und überanstrengt, dass in der Folge zwangsläufig Hypertonus und Myogelosen entstehen, welche den Patienten stark behindern können, bei diesen veralteten Fällen ist also die Massage der gesunden Muskulatur fast wichtiger als die Massage der gelähmten.

Herr Dr. Le Grand sprach auch ganz kurz über die Zirkulations- und tropischen Störungen, welche so häufig infolge der Lähmung auftreten; er erwähnte, dass ihm bis heute noch kein wirksames Mittel gegen diese unangenehmen Begleitsymptome bekannt sei. Dazu muss an dieser Stelle unbedingt noch nachgetragen werden, dass wir gerade bei solchen Störungen mit der *Bindegewebsmassage* in vielen Fällen ausgezeichnete Resultate erzielen können, indem wir dabei ähnlich vorgehen, wie bei angiospastischen Gefässleiden (Bürger).

Herr Gebauer erwähnte, dass er mit der Kabat-Methode ausgezeichnete Erfahrungen mache, doch konnte auch diese Spezialmethode nicht besprochen werden.

Was in Langenthal gezeigt und diskutiert wurde, war für alle anregend und wertvoll. Hoffen wir, dass die verschiedenen Spezialmethoden später einmal in einem besonderen Kurs demonstriert und besprochen werden können. Wir sind Hrn. Dr. Le Grand für den Anstoss zu solchen Kinderlähmungskursen ausserordentlich dankbar. Wir müssen es stets hoch einschätzen, wenn sich Aerzte so eingehend für unsere Tätigkeit interessieren. Andererseits wurde es mir wieder einmal klar, dass wir Praktiker untereinander einen viel regeren Gedanken- und Erfahrungsaustausch pflegen sollten. Die Hemmung, berufliche Kenntnisse sich gegenseitig zu vermitteln und die Angst vor der Konkurrenz müssen unter allen Umständen abgelegt werden, wo es doch darum geht, behinderten und leidenden Menschen nach besten Möglichkeiten zu helfen.

Rudolf Bützberger.

Erweitertes Stilgefühl und verstärktes Krafterlebnis beim Gehen eines Poliopatienten

Auch wenn der Poliopatient, einmal zum Gegen gebracht, stolz sein darf auf seine Fortschritte, ist damit für die Heilgymnastik nicht unbedingt ein Endziel erreicht. Vielfach artet seine Gangart im täglichen Leben aus zu dem Gehen «mit innerer Prothese». Es fehlt an Muskelausdauer, um immerfort das Gewicht des Körpers elastisch aufzufangen. In der Folge stagniert der Fortschritt und es erscheinen auch orthopädische Abweichungen. Der Heilgymnast wird sich die Mühe nehmen, die Uebungen schon prophylaktisch so zu praktizieren, dass diese Gefahr, trotz Ausfall, gering bleibt. Nötig ist also eine stark betonte Muskeldynamik, unter absoluter Stilbeherrschung seitens des Patienten. Dieser erlebt dann sozusagen, während er seinen Gang beherrscht, nochmals die Kräfte des Gehens selber in den Beinen. Anfänglich nur ruhig, langsam auszuführen. Das sogenannte Abrollen genügt nicht, wenn bloss einige Muskeln stereotyp schaffen. Intensive Fussohlenfunktion