

# Verbandsmitteilungen

Objektyp: **Group**

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**

Band (Jahr): - **(1956)**

Heft 148

PDF erstellt am: **28.06.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

sierten Skoliosen überlassen wir gerne ihrem Schicksal und werden alles unterlassen, was ihr Gleichgewicht stören könnte. Man kann also sagen, dass von allen idiopathischen Skoliosen höchstens 5% diese Art der Korrektur mit nachfolgender Operation nötig haben. Wenn wir aber die

Möglichkeit haben, wenigstens diese Formen wirksam anzugehen, so bedeutet dies einen wesentlichen Fortschritt gegenüber früher, als man diese schwersten Formen als unabwendbar und schicksalhaft ihrem Krüppeldasein überlassen musste.

## Auslandsreferate

Die amerikanische Zeitschrift «The Physical Therapy Review» bringt in Vol. 35/8: Sophie Levitt «Physiotherapy in Cerebral Palsy Today». In diesem Aufsatz wird ein Ueberblick über den heutigen Stand der Behandlung von *Little*-Fällen, wie sie in den angelsächsischen Ländern durchgeführt wird, gegeben. Ganz allgemein muss bei der Behandlung dieser Krankheit im Auge behalten werden, dass es sich um eine Gehirnschädigung handelt und nicht um eine Erkrankung von Armen und Beinen. Daher ist es zwecklos, eine Fehlstellung der Glieder nur durch Operationen, Anlegen von Schienen oder passiven Korrekturbewegungen beheben zu wollen. Der bestehen bleibende Gehirnschaden wird die für kurze Zeit verbesserte Fehlstellung stets wieder aufs Neue hervorrufen. Es muss zumindest versucht werden, mit Hilfe des gelenkten Denkens und Wollens diese Fehlstellung zu verbessern und zu vermeiden. Das Ziel der Uebungsbehandlung ist nicht so sehr, eine normale Funktion zu erreichen, als vielmehr eine nützliche Funktion, da eine normale Funktion in den meisten Fällen nicht erreicht werden kann. Nicht die vollkommene Bewegung, sondern die bestmögliche Bewegung wird angestrebt. Zur Erreichung dieses Ziels bedarf es jahrelanger fortgesetzter Arbeit und dies nicht nur durch den Therapeuten, sondern ebenso sehr durch die Mithilfe von Eltern und Erziehern. Das Children's Medical Center Boston betont unter anderem die Gruppenbehandlung, da gerade diese Kinder oft abseits und alleine aufwachsen und ihnen so die Anregung durch den Umgang mit anderen Kin-

dern fehlt. Gewisse Fälle können ganz ohne Einzelbehandlung auskommen. An der Edith Hartwell Klinik Rochester betont man die Entwicklung der funktionellen Fähigkeit. Die Spielsachen sind so einfach wie möglich (Säckchen, Klötze, Schachteln, so dass die Bemühungen des Kindes (z. B. der Aufbau eines Turmes) auch von Erfolg gekrönt sind, was mit komplizierteren Spielsachen nicht möglich ist. Dr. W. Phelps, einer der bekanntesten Pioniere auf diesem Gebiet, passt die Muskelschulung mit all ihren Hilfsmitteln den verschiedenen Typen (Spasmus, Athetose, Ataxie, Tremor, Rigidität) speziell an. Massage wird kaum angewandt, da sie zur Muskelschulung direkt nicht beiträgt, Durchblutung und Ernährung desselben durch Uebungen ebenso angeregt werden und Spasmus und Athetose durch Massage eher gesteigert werden. Als Wichtigstes wird Entspannung gelehrt, bewusstes Lockerlassen der Glieder. Aus dieser Entspannungsstellung werden rhythmische aktive oder aktiv unterstützte Bewegungen mit den geschwächten Antagonisten der spastischen Muskelgruppen ausgeführt, so dass der Pat. das Ausstrecken des Armes, des Knies usw. lernt. Als Steigerung werden dann Uebungen mit immer schwerer werdenden Gegenständen, mit Gewichtszügen und Pulleys gemacht. Das Funktionstraining besteht aus Gleichgewichtsübungen, gleichzeitigem und abwechselndem Bewegen von Armen und Beinen, liegend, sitzend und stehend; und schliesslich Gehübungen mit und ohne Unterstützung verschiedenster Grade. Dr. G. Deaver fordert vor allem das Erlernen von Funktio-

nen des täglichen Lebens. Als wichtigstes und erstes Mittel zur gegenseitigen Verständigung das Sprechen. Als Zweites alle Bewegungen der Hände zur Selbsthilfe. Als Drittes Entwicklung der Gehfähigkeit zur Fortbewegung und als Viertes Verbesserung des äusseren Aussehens (Verbesserung von Fehlstellungen, kein Grimassieren usw.). Die Gehfähigkeit kommt erst an dritter Stelle, da sie am schwersten zu erlernen ist. Dr. T. Fay versucht die Bewegungsfähigkeit in der gleichen Weise zu entwickeln, wie sich die Entwicklung des Menschen als solchem abspielt. Als Erstes werden Bewegungen von Kopf und Rumpf im Liegen geübt. Als Zweites werden die Extremitäten gleichzeitig — homolateral — geübt, um daraus als Drittes die kontralateralen Bewegungen zu entwickeln. Daraus folgt als Viertes das wechsel-gegenseitige Kriechen und schliesslich das Gehen auf 2 Beinen. Das California Rehabilitation Center hat die bekannten Hilfsübungen nach Dr. Kabat entwickelt (über welche Frl. M. Künzler, Genf in Heft 143 ausführlich berichtet hat. Ref.). Der englische Arzt Dr. K. Bobath hat eine hauptsächlich neurologisch ausgerichtete Behandlungsmethode ausgearbeitet. Da man annimmt, dass die Hauptschwierigkeit der Littel-Krankheit darin zu suchen sei, dass die Bewegungshemmung ausfällt, so versucht der Therapeut den Pat. in eine reflexhemmende Position zu bringen. In dieser entspannt der Pat., der Muskeltonus wird normaler und aus dieser Stellung werden Bewegungen einigermaßen normal ausgeführt.

Vol. 35/9: Margot S. Montague «Breathing Exercises for the Poliomyelitis Patient with Respiratory Involvement». Bei Poliopatien mit *Atmungslähmungen* gilt es vor allem die Atemübungen dem individuellen Atemrhythmus des Pat. anzupassen und stets mit der Ausatmung zu beginnen. Eine verstärkte Ausatmung erhöht automatisch das Einatmungsvolumen, während eine forcierte Einatmung die normale Atemfunktion stört. Die Übung der Zwerchfellatmung ist die beste Hilfe bei Atemschwierigkeiten, wobei gute Bauch-

muskeln wieder die beste Ausatmungshilfe bilden. Im akuten Stadium können selbstverständlich keine Atemübungen gegeben werden. Sobald aber das Befinden des Pat. es erlaubt, soll langsam damit begonnen werden, den Pat. minutenweise aus der eisernen Lunge zu nehmen. Einige Atemzüge können fast alle Pat. selbständig machen. Man übt zuerst noch in der eisernen Lunge und macht den Pat. nur darauf aufmerksam möglichst durch die Nase ein und durch den Mund auf «S» auszuatmen und im Rhythmus des Apparates gewollt mitzuatmen. Dann schwächt man den Druck im Apparat allmählich ab. Hält der Pat. dies gut aus, so kann man anfangen, ihn minutenweise aus dem Apparat heraus zu nehmen, ohne denselben aber abzustellen, so dass der Pat. jederzeit wieder rasch hineingelegt werden kann. Dies nimmt dem Pat. auch die anfängliche Angst vor dem Alleinatmen. Gleichzeitig gibt der Therapeut dem Pat. mit beiden Händen um den Brustkorb eine Atmungshilfe durch leichten Druck beim Ausatmen und Heben des Brustkorbs von hinten beim Einatmen. Diese Hilfe hört langsam auf, wenn man aktive Brustkorbbewegungen bemerkt. Mit der Zeit werden die verschiedenen Atemtypen (obere, mittlere, untere Brustkorbatmung) geübt, wobei so viel wie möglich die Hilfsatemmuskeln des Nackens ausgeschaltet werden sollen. Allmählich kann man zu Summ- und Singtönen beim Ausatmen übergehen. Dann wird womöglichst beim Sitzen geübt und schliesslich gibt man dem Pat. leichte Handarbeiten während der Periode ausserhalb der eisernen Lunge, welche mit der Zeit verlängert wird; selbstverständlich alles mit der grössten Vorsicht und bei langsamster Steigerung.

«New Zealand Journal of Physiotherapy», April 55: Frl. S. Handley «Stoke Mandeville». Die Autorin berichtet über einen Aufenthalt in dem Weltruf genießenden englischen Paraplegic Center, welches, vor allem unter der Leitung von Dr. Guttmann, zu einem der modernsten Behandlungszentren Paraplegiker geworden ist. Da die Wiederherstellung der Bein-

funktion bei diesem Pat. sehr problematisch ist, wird als Erstes und Wichtigstes ein Uebertraining der Arm- und Rumpfmuskeln angestrebt, um mit ihrer Hilfe die Beinfunktion kompensieren zu können. So lange der Pat. noch im Bett ist, übt er die Arme mit Hilfe von Expandern, sobald er auf sein kann, im Turnsaal mit Gewichten und Pulleys. In der Guthrie-Smith-Aufhängung übt der Pat. Hin- und Herschwingen des Rumpfes, Halten der Schwingung auf einer Seite und Schwingen gegen Federwiderstand. All diese Uebungen zielen auf ein Höchsttraining des m. latissimus dorsi, mit dessen Hilfe in der aufrechten Haltung das Becken nach rückwärts und einseitig hoch gezogen werden kann, was eine enorme Hilfe beim Gehen bedeutet. Als Zweites werden Haltungsgefühl und Koordination geübt durch Gleichgewichtsübungen vor dem Spiegel, erst sitzend, ballspielend, sich drehend, dann stehend mit Krücken. Hat sich die Läsion im Brust- oder gar Halsbereich

abgespielt, so treten bei Lageveränderungen vom Liegen zur Senkrechten starke Zirkulationsstörungen auf, die mittels Schulung überwunden werden können, Anfangs wird zum Aufsitzen und später Stehen eine feste Bauchbinde angelegt und mit dieser häufige aber anfangs langsame Lagewechsel vorgenommen. Als Letztes folgt das Erlernen der Fortbewegung. Zuerst muss das Stehen mit durchgedrückten Knien erlernt werden, evtl. mit Hilfe von leichten Schienen oder Gipshülsen, die Füße mit leichten Gummizügen dorsal flektiert. Da das Lagegefühl in den Beinen fehlt, muss das Stehen und Gehen vor dem Spiegel erlernt werden, selbstverständlich mit Krücken. Die meisten Paraplegiker lernen vom Rollstuhl aus irgendeinen Sport betreiben (Netzbball, Korbbball, Bogenschiessen, usw.) was für das körperliche und seelische Gleichgewicht von bester Wirkung ist.

Ruth Koerber, Basel

## Erfahrungen mit Parafango di Battaglia im Auslande

Nachdem sich, wie kürzlich ein Masseur ausdrückte, kaum ein anderes Hilfsmittel der physikalischen Therapie in der Schweiz so rasch wie der Parafango di Battaglia eingeführt hat, mag es interessieren, auch über die entsprechenden Erfahrungen im Ausland etwas zu hören.

In Frankreich hat dieses saubere, praktische und ökonomische Wärmepackungsmaterial, nachdem es von einer staatlichen Expertenkommission als neu und nützlich zugelassen wurde, sofort eine rege Nachfrage gefunden und unter anderem zur Bildung eines «Centre de Parafango» in der Nähe der Champs Elysées in Paris geführt. Ein spezieller Verwendungszweck, dem in Frankreich offenbar ein weites Anwendungsgebiet zukommt, sind die Packungen gegen Fettleibigkeit, die in der Schweiz erst anfan-

gen, das Interesse der Physiopraktiker zu finden.

In Deutschland haben die Untersuchungen, die bei einer täglichen Abgabe von ca. 70 Packungen im Krankenhaus St. Georg in Hamburg unter der Leitung von Prof. E. Hesse ständig angestellt werden, zu zwei neuen Erkenntnissen geführt: erstens, dass erhebliche therapeutische Wirkung dadurch erzielt werden kann, dass bei der Behandlung von Extremitäten gleichzeitig auch eine Rückenpackung angelegt wird (sofern keine Kreislaufinsuffizienzen vorliegen), und zweitens, dass bei hyperämieträgen Patienten durch Einreiben von Alkohol vor der Packung eine wesentliche Steigerung der Hyperämisierung erreicht werden kann.

In *Holland* hat die Empfehlung einer der führenden Rheumatologinnen des Lan-