Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 63 (1954)
Heft: 1

Artikel: Die Littlesche Krankheit
Autor: Bärtschi-Rochaix, W.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-547668

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: 16.07.2025

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

pflegekurse und Hilfslehrerkurse. Zudem gab er Kurse an der Krankenpflegerinnenschule Pérolles in Fribourg, deren Direktion er noch heute angehört.

1938 wurde Dr. Paul Ryncki Oberstleutnant und während des letzten Krieges Sanitätsdienstchef der Gebirgsbrigade 10; in dieser Eigenschaft trug er sehr viel bei, um den Sanitätsdienst im Gebirge zu verbessern und spielte eine aktive Rolle in den Gebirgskursen der Gebirgsbrigade 10 und der übrigen Armee. 1944 wurde er Divisionsarzt, am 1. Januar 1945 Oberst und zugleich Korpsarzt des 1. Armeekorps. Im Sommer 1945 führte ihn eine Mission zu der 1. französischen Armee. Er nahm ferner an vielen medizinisch-militärischen Kongressen im Ausland sowie an Rotkreuzmissionen teil. Zurzeit ist Oberst Ryncki im Armeestab eingeteilt.

Oberst Ryncki besitzt alle Voraussetzungen für das Amt, in das ihn der Bundesrat gewählt hat. Schon als jungen Arzt haben ihn alle das Rote Kreuz berührenden Fragen interessiert. Er besitzt neben einer warmen Menschlichkeit praktischen Sinn, Menschenkenntnis und hohe Kultur.

Wir heissen ihn willkommen!

Das Schweizerische Rote Kreuz.

DIE LITTLESCHE KRANKHEIT

Von Dr. med. Dr. sc. W. Bärtschi-Rochaix
Privat-Dozent für Neurologie an der Medizinischen Fakultät Bern

Wenn nach glücklich vollendeter Geburt der junge Erdenbürger, Mittelpunkt sovieler hoffnungsvoller Wünsche, erstmals von kundiger Hand in sein Bad getaucht wird, so kann es vorkommen, dass sich das Gesicht der erfahrenen Pflegerin verdüstert. Hat sie doch festgestellt, dass sich die Beinchen des Neugeborenen nicht mit der zappeligen Unruhe bewegen; mit abnormaler Steifigkeit widersetzen sie sich dem Versuch, ihnen einige rasche Bewegungen aufzuzwingen. Wochen vergehen. Die Augen der wachsamen jungen Mutter blicken traurig, wenn ihr Jüngstes beim Wickeln nicht strampelnde Gliedmassen zum Gruss entgegenstreckt. Steif und matt verharren die Beine, oft auch die Arme auf der Unterlage. Es vergehen Monate; der Säugling wird zum Höck. Und doch gelingt das regelrechte Sitzen nicht recht. Die untere Hälfte des Körpers scheint wie aus zäher Masse gegossen; nur schwer gelingt es, die Oberschenkel zum Rumpf zu beugen, und auch die Unterschenkel bleiben in seltsamer Ruhe waagrecht ausgestreckt. Lernt das Kind später einmal — oft viel zu spät! — stehen, so bedarf es hilfreicher Unterstützung, denn seine Füsschen sind nach innen abgedreht und meist durchgestreckt, so dass sich nur die Zehen auf dem Boden aufsetzen. Beide Beine sind eng aneinandergezogen und überkreuzen sich. Wenn das Kind gehen lernt, so muss recht mühsam das rückwärtig stehende Bein um das andere herummanöveriert werden. Ist aber mit viel Hingabe und Geduld erreicht worden, dass sich das Kind sogar ohne Fremdhilfe weiterbewegt, so zeigt die watschelnde Gangart die Unbehilflichkeit einer Ente; das Kind scheint durch zähklebrigen Schlamm zu waten. Es geht nicht «mit den Beinen», sondern «mit dem Rumpf». Seine Beine sind steife Krücken, die mit mühsamem, unmässigem Rumpfschwingen nach vorn befördert werden müssen. Der konsultierte Hausarzt wird nach kurzem Ueberlegen zum Schluss kommen: «es ist ein *Little*». Vielleicht schickt er das Kind dem orthopädischen Chirurgen zu, damit durch operatives Verlängern einer Sehne die Stehfähigkeit verbessert wird. Dringen die Eltern auf «Mittel», so wird er ohne überzeugenden Nachdruck eines der vielen Modevitamine verschreiben. Mit viel mehr Nachdruck wird er jedoch «üben, üben und nochmals üben» empfehlen.

Das einem englischen Arzt namens *William Little* (1810—1894) zubenannte Krankheitsbild wurde in drei grundlegenden Arbeiten beschrieben, erstmals vor genau 100 Jahren, und es ist nicht uninteressant, ein wenig medizinische Literaturgeschichte zu treiben und die Wandlungen des «Little»-Begriffes bis in seine Anfänge zurückzuverfolgen. Bereits 1741 hatte *Audry* Beobachtungen von Lähmungen und Steifigkeit bei Kindern beschrieben, die er als Störungen des Geburtsvorganges oder als früheste Kinderkrankheit betrachtete. *Jakob von Heine* aus Cannstadt (1799—1879), der bereits 1840 seine grundlegende Arbeit über Kinderlähmung schrieb, unterschied bereits zwischen «zerebralen» und «spinalen» Formen. *Little* selbst prägte in seiner zweiten, 1861 erschienenen Arbeit den Begriff der «*congenital spastic rigidity of the limbs*» und nannte als deren Hauptursache die Frühgeburt, die schwere Geburt oder die «Asphyxie», d. h. die kurz nach der Geburt auftretende Kreislauf- und Atemlähmung (wie sie besonders bei Blutungen unter das Hirnhautzelt des Kleinhirns auftritt). Allzu oft hat man in der Folge vergessen, dass Little einen (von der epidemischen Kinderlähmung gänzlich verschiedenen) «spinalen» Typ der steifen Gliedmassenlähmung vom «zerebralen» Typus absonderte. Vom ersteren wusste er zu berichten, dass er die Intelligenz des Kindes unangetastet lasse, dass er selten mit epileptischen

Krämpfen verbunden sei und dass er sich im Laufe der Zeit eher bessere als verschlimmere. Merkwürdigerweise ist nur dieser eine Krankheitstyp Vorbild für den in vielen Lehrbüchern verankerten Begriff der «Littleschen Krankheit» geworden. Die übrigen Fälle reihte man in das grosse Sammelkapitel der «zerebralen Kinderlähmung» ein, worunter man sich Lähmungen vorstellte, die bei mannigfachen angeborenen oder bei der Geburt entstandenen oder entzündlich bedingten Hirnkrankheiten des frühen Jugendalters aufzutreten pflegen. Die Ansicht Littles, dass es eine von der epidemischen Kinderlähmung verschiedene steife Lähmung der Beine infolge Rückenmarksleiden gebe, begründete man noch bis zur Jahrhundertwende damit, dass die vom Hirn zum Rückenmark führende Rückenmarkbahn für die Willkürbewegung — die «Pyramidenbahn» — bei Frühgeburten noch nicht voll ausgereift ist. Tatsächlich erfolgt die Reifung dieser wichtigen Leitungsbahn von «oben nach unten»; sie erreicht erst im 7. Lebensmonat der Frucht das obere Rückenmarkende und erst im 8. funktioniert sie bis zu den mittleren Rückenmarkabschnitten. Infolgedessen ist die Frühgeburt je nach Alter an allen vier oder nur an den unteren Gliedmassen «gelähmt», und man hat sich früher vorgestellt, dass die weitere Reifung ausserhalb des mütterlichen Körpers nicht mehr gewährleistet sei. Man weiss aber, dass sich solche Unterentwicklungen doch mit der Zeit ausgleichen, und damit hat die ursprüngliche Ansicht, die steife Beinlähmung stelle ein besonderes Rückenmarkleiden dar, an Boden verloren. So wurde zwischen 1893—1897 die von Little aufgestellten Krankheitsbilder allgemein in den «Sammeltopf» der «zerebralen» Lähmungstypen eingereiht, und zwar von keinem geringeren als von dem späteren Begründer der Psychoanalyse *Sigmund Freud.* Von ihm stammt der an die Adresse Littles gerichtete bewundernde Ausspruch, dass die seinerzeitige Beschreibung durch den englischen Arzt «nicht nur so vollständig ist, dass seither nur wenig zu ihr hinzukommen konnte, sondern auch als korrekter gelten muss als die meisten später entworfenen». Nebenbei erwähnt: war es nicht ein mehr als nur zufälliger Drang, krankhafte Dinge bis zu ihren Ursprüngen zurückzuverfolgen, der den Forscher so intensiv zu den angeborenen und frühkindlich erworbenen Hirnschädigungen hinführte, bevor er sich endgültig den Ursachen seelischer Konflikte zuwandte und insbesondere schon im Geburtsakt eine «seelische Unfallangelegenheit» erblickte? Interessante psychosomatische Parallele!

Heute gilt der «Little» nur als Untergruppe der mannigfachen zerebralen Lähmungstypen, und man engte fälschlicherweise die viel umfassendere ursprüngliche Schilderung Littles auf jenen Sondertyp ein, den der Engländer noch als «spinale», guttartige, weder zu Verblödung noch zu Epilepsie führende Krankheit bezeichnet hatte. Die Begriffe sind aber nicht einheitlich, und die Lehrbücher haben sichtlich Mühe, Ordnung in die Klassierung der «zerebralen Lähmungsfälle» der Kinder zu bringen. Man hat wohl versucht, ein dreiteiliges Schema aufzustellen und damit die Hirnmissbildungen infolge fehlerhafter Anlage von den bei der Geburt auftretenden Schäden und den später erworbenen Hirnkrankheiten abzutrennen. Aber auch diese scheinbar leichtfassliche Unterscheidung ist schwierig, weil man zumeist auf die Deutung der sichtbaren Symptome angewiesen ist und bei Hirnschäden verschiedener Herkunft ähnliche Lähmungstypen entstehen können. Ob beispielsweise die linke Grosshirnhälfte durch eine Blutung bei der Geburt Schaden nimmt (jede Geburt bedeutet für den kindlichen Schädel ein nicht leichtzunehmendes «Unfallereignis!»), ob eine minderwertige Anlage dieser Hirnhälfte besteht (z. B. Porencephalie) oder ob ein akuter Entzündungsprozess die gleiche Hirnregion überflutet: in allen Fällen wird eine mehr oder minder ausgesprochene Lähmung der rechtsseitigen Gliedmassen, meist auch des Gesichts entstehen; oft kommt dazu eine Sprachstörung, oder es treten sogar epileptische Krämpfe auf. Trifft der Schaden aber die scheitelnahen Hirngebiete, so entsteht meist eine steife Lähmung namentlich der Beine, eben ein «Little».

Wenn sich nun eine besorgte Schwangere nach diesen und jenen möglichen Ursachen der Hirnschädigung erkundigt und fragt, wie sie einer Zerebrallähmung wirksam vorbeugen könne, so muss man ihr tröstend antworten, dass ein rechtzeitig und unter normalen Umständen geborenes Kind erbgesunder Eltern dermassen geringfügige Aussichten hat, einen «Little» aufzuweisen, dass sich niemand wegen dieser rein theoretischen Möglichkeit den Kopf zerbrechen soll. Auch werden die inneren und äusseren Störungen der Schwangerschaft vielfach masslos übertrieben. Nur eine verschwindend kleine Zahl von Infekten, an denen eine Schwangere erkranken kann, dringt auf dem Blutweg bis ins Hirn der Frucht. Die Syphilis, früher als Hauptursache der angeborenen Nervenkrankheiten betrachtet, ist beinahe im Aussterben begriffen und lässt sich nunmehr rechtzeitig und wirksam behandeln. Die durch Schreck oder Aufregung entstehenden Schäden spielen höchstens in sogenannten weisen Ratschlägen eine Rolle. (Eine Mutter gestand mir einmal wörtlich, die Krankheit ihres Kindes sei dem Umstand zuzuschreiben, dass sie während der Schwangerschaft von einem Affen gebissen worden sei! Derartige Mären und die gefürchtete Begegnung mit dem «bösen Blick» sind als interessante Wandlungen des überlieferten Aberglaubens zu werten.) Sicher ist, dass in der Nachkommenschaft *chronischer* Alkoholiker zahlreiche Erbkrankheiten beobachtet werden. Doch hat man der Kindszeugung unter Alkoholeinfluss (in Belgien prägte man dafür den hübschen Namen «Samstagskinder») vermutlich eine zu grosse Bedeutung beigemessen. Wichtiger ist aber die Tatsache, dass der Säugling gegenüber Infekten, die nach seiner

Geburt das Hirn schädigen, empfindlicher ist als der Erwachsene. So bedarf er bei jedem Anzeichen eines Mitergriffenseins des Hirns während einer fieberhaften Krankheit (Erbrechen, Krämpfe, Bewusstseinsverlust, Lähmung) einer besonders sorgfältigen ärztlichen Betreuung.

Kehren wir aber zum Ausspruch unseres Hausarztes *«üben, üben und nochmals üben»* zurück! Hinter diesem Rat verbirgt sich nicht etwa eine ausweichende Redensart, sondern es öffnet sich in der Uebungstherapie eine ungeahnte Zahl von neurophysiologisch wohlbegründeten Behandlungsmöglichkeiten. Dass man diese mit verbissenem Eifer benützt und den Vorwand abschüttelt, einen defekten Hirnteil könne man ohnehin nicht ersetzen, davon hängt vielfach die ganze seelische und materielle Zukunft des Patienten ab. Es gilt, andere Hirnteile «anzulernen» und sie für den Ersatz verlorener Funktion zu mobilisieren und verlorene Bewegungsmöglichkeiten durch Hilfsmanöver wettzumachen. Dazu braucht es viel Verständnis und Verantwortungsbewusstsein von seiten der Eltern, eine unermessliche Geduld und Hingabe der Heilbeflissenen, eine sportliche Fortschrittsatmosphäre in den Heilzentren, und als letztes — eine Menge Geld! Wer würde aber in einem Jahrhundert, da man so unermessliche Mittel zur Vernichtung anderer Menschen ausgibt, der Förderung eines lebenswerten Lebens seine Unterstützung versagen?

EIN LIGAKURS FÜR BLINDE

Gemeinsam mit der Liga der Rotkreuzgesellschaften hat die Sektion Genf des Schweizerischen Roten Kreuzes einen «Kurs für Pflege von Kranken zu Hause durch ein Familienmitglied» an Blinde erteilt. Frau Oberin Lilli Petschnigg, die diesen Kurs geleitet hatte, erzählte uns von den Erfahrungen, besonderen Freuden und Schwierigkeiten, die ein solcher erstmals durchgeführter Kurs mit sich bringt.

Da den blinden Teilnehmern jede Verrichtung so gezeigt werden musste, dass ein jeder sie in der Einzelheit sowohl mit dem inneren Auge vor sich «sehen» als auch ertasten, erfühlen konnte, da sich also die Lehrende in weit grösserem Masse als bei den Sehenden mit jedem einzelnen eingehend abgeben musste, wurde die Klasse sehr klein, zuerst nur mit fünf Teilnehmern gehalten: ein blindes Ehepaar, die Frau total erblindet, der Mann mit geringer Schimmerwahrnehmung an einem Auge, ferner zwei Hausfrauen und Mütter, beide ebenfalls mit Schimmerwahrnehmung an einem Auge, dann eine total erblindete Mutter von mehreren Kindern, die von ihrer ältesten, dreizehn Jahre alten Tochter in den Kurs geführt worden war. Die junge Tochter blieb da, spielte entweder die Bettpatientin oder nahm lebhaft, der Mutter Hand und Arm führend, am Unterrichte teil. In der zweiten Stunde erschien noch eine weitere Totalerblindete, begleitet von ihrer sehenden Mutter, und da die Mutter ohnehin auf die Tochter warten musste, schloss sie sich ebenfalls dem Kurs an, so dass er auf acht Teilnehmer im Alter von dreizehn bis achtzig Jahren angestiegen war.

Das Ueberraschende war, dass sich die Blinden lebhafter und eifriger am Unterricht beteiligten als die Sehenden und so stark mitlebten und mitgingen, sich in eine so lebhafte Erregung steigerten, dass sie sich jeweils mit vielem Reden Luft machen mussten. Dieses viele Bereden jeder Einzelheit durch die Teilnehmer stellte unerwartete Anforderungen an die Lehrende, die sofort erkannte, dass eine solche Reaktion positiv zu werten war und nicht unterdrückt, sondern geleitet werden musste. So senkte sie die Stimme, setzte mit Sprechen ein wenig aus, oder, wenn das nicht fruchtete, wandte sie sich mit einer Frage an die am lebhaftesten Sprechende, so dass sich diese, aus dem Redestrom gerissen, wieder auf den weiteren Unterrichtsstoff konzentrieren musste. Im Gegensatz zum Kurs an die Sehenden spielte sich bei den Blinden ein grosser Teil des Unterrichts am Tische sitzend ab; dies ersparte viel Unruhe und Zeitverlust. Alle Kursteilnehmer bewiesen ein ausgezeichnetes Gedächtnis, zeigten ausgeprägtes Vorstellungsvermögen und einen erstaunlichen Sinn für die vielen praktischen Erleichterungen, die der Kurs bietet. Ihre Hand lebt weit intensiver als jene der Sehenden, ja, die Hand scheint beinahe das Augenlicht zu ersetzen. Man muss den Blinden nur Gelegenheit geben, die Dinge «anzuschauen», wie sie das nennen; sie meinen damit das Ertasten und Befühlen. Am Krankenbett war es deshalb wichtig, dass jeder einzelne Blinde die Bewegungen der Lehrenden eingehend betasten konnte, nachdem diese Bewegung vorher theoretisch besprochen worden war. Gelang eine Handreichung oder das Anfertigen eines Behelfsmittels, erwarteten sie, dass man sie lobte. Dabei musste die Lehrende aufpassen, dass sie, der Reihe nach, keinen von solchem Lob ausschloss.

Alle vermittelten den Eindruck von glücklichen und zufriedenen Menschen, die wünschten, gleich behandelt zu werden wie Sehende. «Das kann ich so gut wie eine Sehende . . .» «Doch, doch ich habe ‚gesehen' (mit dem inneren Blick), wie das gemacht wird.»

Am Ende der Unterrichtsstunden, die zweimal in der Woche während dreier Wochen von abends 8—10 Uhr stattfanden, regneten die Fragen nur so