

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: - (1956)

Heft: 146

Artikel: Neue Möglichkeiten der Besserung auch veralteter Folgezustände nach spinaler Kinderlähmung

Autor: Püschel, Wilhelm

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930744>

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: 14.03.2025

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

Neue Möglichkeiten der Besserung auch veralteter Folgezustände nach spinaler Kinderlähmung

von Dr. Wilhelm Püschel,
Institut für Kinderlähmungsfolgen und Gehbehinderungen.
Mineralbad Diezlings/Voralberg/Oesterreich

In letzter Zeit hat sich die Presse fast aller Länder in steigendem Masse mit den neuen Impfstoffen gegen die spinale Kinderlähmung, diese Geißel der Menschheit, beschäftigt. Wenn wir uns auch heute über den Wert dieser Impfstoffe noch kein abschliessendes Urteil bilden können, so dürfte doch feststehen, dass wir in der Prophylaxe gegen die Kinderlähmung ein Stück weiter gekommen sind. Ebenso hat auch die offizielle Medizin, abgesehen von der sogenannten Aussenseiter-Medizin, wie z. B. Schwester Kenny oder Dr. zur Linden, in den letzten Jahrzehnten in der Behandlung der akuten Kinderlähmung beachtliche Fortschritte gemacht. Mehr oder weniger ohne grössere Fortschritte war aber innerhalb der letzten zwanzig Jahre das Gebiet der Nachbehandlung der Kinderlähmungsfolgen. Einmal gelähmt, vor allem dann, wenn die Lähmung länger als drei Jahre zurücklag, galt eben als gelähmt und man kapitulierte vor diesem Zustand, indem man den davon Betroffenen als scheinbare Erleichterung Rollstühle, Korsetts oder starre Schienenhülsenapparate verschrieb. Dies war gewissermassen die ultima ratio, der Weisheit letzter Schluss, die man für die Opfer der Kinderlähmung übrig hatte. Dabei übersah man, oder wollte man übersehen, da man sowieso keinen anderen Ausweg wusste, dass alle diese Hilfsmittel wohl im praktischen Leben gewisse Erleichterungen brachten, dass sie aber alle dazu angetan waren, ihre Träger oder Benützer körperlich mit der Zeit immer schwächer und unselbständiger, oder wie bei Korsetts und starren Gehapparaten durch dauernde ungünstige Beeinflussung des Blutkreislaufes letzten Endes krank zu machen.

Der neue Weg, der zu gehen war, konnte nur lauten: heraus aus dem Rollstuhl,

weg mit dem Korsett und starren Gehapparat. Als ich mir über den neuen Weg klar wurde, war ich mir allerdings auch sofort bewusst, dass die bisherigen Methoden in der Behandlung der Kinderlähmungsfolgen den in sie gesetzten Erwartungen nicht entsprachen. — Es mussten daher neue Methoden gefunden und erprobt werden. So gelangte ich sowohl zu der von mir entwickelten Zirkulationsmassage, die in Technik und Tempo von der üblichen Massage grundsätzlich verschieden ist, als auch zu meiner Nervenreizmassage.

In den Lehrbüchern der Massage, auch in den neuesten, findet man immer wieder Hinweise, wie bei Heilmassagen des Beines oder des Armes oder sonst eines Körperteiles vorzugehen sei, und zwar unter dem Obertitel «Zirkulationsmassage». Darin liegt m. E. ein Widerspruch, denn das Wort «Zirkulation», also Kreislauf, besagt, dass man in erster Linie diesen anregen will, was aber immer nur dann möglich ist, wenn der ganze Körper massiert wird und nicht nur Teile desselben. Für grundsätzlich falsch halte ich es, wenn bei einem Folgezustand nach spinaler Kinderlähmung vom Masseur nur das gelähmte Bein oder der gelähmte Arm massiert wird. Diese Teilmassagen können nie den Kreislauf wirklich anregen, sondern höchstens eine leichte Hyperaemie in dem behandelten Körperteil hervorrufen.

Damit soll nichts gegen die Dickesche Bindegewebs- oder die Nervenpunktmasse nach Cornelius gesagt sein, die beide bewusst von ganz anderen Voraussetzungen ausgehen. Dicke nimmt bestimmte Körpersegmente, Cornelius bestimmte Nervenpunkte zum Ausgangspunkt der therapeutischen Einwirkung.

Meine Zirkulationsmassage, mit der ich bei den Patienten, die an poliomyeliti-

schen Folgezuständen leiden, schon nach verhältnismässig kurzer Zeit den gestörten Kreislauf wieder herstelle, geht von den Zehenspitzen aus und schliesst den Kreis über den Kopf zum Herzen. Wird eine fachgemässe Zirkulationsmassage über den ganzen Körper ausgeführt, so wird der Patient nie irgendwelche Beschwerden haben, ja, selbst herzschwache Patienten haben keinerlei Schwierigkeiten, sondern spüren ein gesteigertes Wohlbefinden, da dem Herzen als «Kreislaufpumpe» die Arbeit erleichtert wird. Wiederholt konnte ich auch beobachten, dass nicht nur die vorhandenen Stauungen von Gewebsflüssigkeit verschwinden und die Rot- bzw. Blaufärbung vor allem der gelähmten Beine sich weitgehend bessert, sondern dass als willkommene Nebenerscheinung auch die Hautbeschaffenheit, ja, sogar Knochenverdickungen, Frostbeulen usw. durchaus günstig beeinflusst werden. Noch ein Wort über die anzuwendenden Massagemittel: Wenn man durch die Zirkulationsmassage den Blutkreislauf erleichtern will, und das sollte ausser bei bestimmten Spezialmassagen ein Grundziel jeder guten Massage sein, so muss auch daran gedacht werden, die Hautatmung zu fördern, da durch sie der Kreislauf günstig beeinflusst wird. Was geschieht aber meistens statt dessen? Man wählt für gewöhnlich, und dies ist leider in Spitälern und Kliniken ganz allgemein üblich, ein Massagemittel, das die Poren der Haut zuschmiert, also deren Atmung erschwert, nämlich Puder oder Talkum. Sofern man dieses letztere Massagemittel bewusst anwendet und es nicht etwa nur der Bequemlichkeit des Masseurs dient, da Puder neben flüssiger Seife das ideale Gleitmittel ist und eine Massage mit Puder den Masseur viel weniger anstrengt als eine solche mit Alkohol, kann man dafür nur ins Treffen führen, dass eine zu starke Hautreizung und evtl. Ekzembildung durch das gute Gleitmittel vermieden werden soll. Ich kann aus meiner Erfahrung mit vielen hundert Fällen, die in meinem Institut massiert wurden, berichten, dass ich nicht einen einzigen Fall darunter hatte,

bei dem die Haut auf das bei uns für die Zirkulationsmassage ausschliesslich verwendete Alkoholgemisch entzündlich reagiert hätte. Wird die Haut des Patienten durch den dauernden Alkoholgebrauch zu trocken, dann verwenden wir zwischendurch einmal ein gutes Hautöl, aber für gewöhnlich ist dies gar nicht notwendig. Allerdings ist wegen der geringen Gleitfähigkeit des schnell trocknenden Alkohols als Massagemittel der Masseur gezwungen, mehr Kraft zu verbrauchen und ausserdem seine Technik der Massage wesentlich zu ändern. Auch das Tempo, das ich im allgemeinen bei der Zirkulationsmassage für zu langsam ansehe, spielt dabei natürlich eine wichtige Rolle.

Eine ausführliche Darlegung der sehr komplizierten Technik meiner speziellen Nervenmassage bei Folgezuständen nach spinaler Kinderlähmung ist im Rahmen einer schriftlichen Arbeit unmöglich. Die Technik kann nur praktisch am Objekt erlernt werden und es gehört eine grosse Erfahrung dazu, bis man, selbst wenn man die Technik schon beherrscht, für jeden Fall die richtige Dosierung von Intensität und Tempo gefunden hat. Weiterhin ist von grosser Wichtigkeit, dass die passiven und aktiven Bewegungsübungen im richtigen Zeitpunkt einsetzen. Dies rechtzeitig zu erkennen, erfordert ein feines Gefühl und ebenfalls langjährige Erfahrung.

Habe ich durch meine Massagemethoden ein erstes motorisches Reagieren der gelähmt gewesenen Muskeln erreicht, so setzt dann eine spezielle Bewegungstherapie ein, d. h. jeder Patient hat bei uns eine gründliche heilgymnastische Einzelbehandlung. Dieses Kernstück der Therapie wird im Bedarfsfalle noch durch Ueberwärmungsbäder und Arbeit im Unterwasserbecken ergänzt. Ich lehne gruppenweise Behandlung, wie sie an den Kliniken sonst üblich ist, ab, da ja gerade bei der Kinderlähmung jeder Folgezustand von dem anderen ganz verschieden ist. Lediglich zu freien Uebungsgruppen finden sich die Patienten, meistens zwei bis drei, zusammen, um sich gegenseitig Hilfe

leisten zu können. Jene Leser, die sich näher für meine Methode interessieren, möchte ich auf zwei Aufsätze in der Zeitschrift «Erfahrungsheilkunde H. 9 Jahrgang 1952 und H. 12. Jahrgang 1953, Haug & Co., Ulm, Westdeutschland,» hinweisen.

Von grösster Bedeutung scheint mir aber die psychische Führung des Patienten zu sein. Wir nehmen bei uns in Diezlings die Kinderlähmungspatienten als organisch Gesunde, was sie im wesentlichen ja auch sind. Es herrscht bei uns daher ausserhalb der intensiven und strengen Arbeit vollkommen der Geist einer grossen fröhlichen Familienpension und nicht der einer Klinik. Die Patienten fühlen sich im allgemeinen hier wohl und zu Hause, was sich vor allem bei Kindern darin äussert, dass die Eltern ihre liebe Not haben, wenn sie ihre Kinder wieder nach Beendigung der Behandlung mit nach Hause nehmen wollen.

Auch die ländliche Umgebung mit ihrer Abgeschlossenheit, mit Wald und Wiesen, halte ich, wenn schon nicht gerade für unerlässlich, so doch recht förderlich für den Behandlungserfolg. Abgesehen von den physiologisch günstigen Einflüssen von Luft und Sonne, sind auch die psychologischen Einflüsse des Lebens in der Natur gerade für Patienten, die oft Monate und jahrelang in der Krankenhausatmosphäre waren, sehr günstige.

Das Ziel, das ich mir bei jedem Kinderlähmungsfall stelle, den ich in Behandlung nehme, lautet: *soweit als möglich selbständig und von fremder Hilfe unabhängig*. Dass dieses Ziel zu erreichen ist, habe ich an einigen hundert Fällen bewiesen, die bis jetzt durch meine Behandlung gegangen sind. Ich möchte hier nochmals auf meine schon erwähnten Artikel in der «Erfahrungsheilkunde» hinweisen, aus denen ich abschliessend noch einiges anführen möchte:

«Es ist eine in der Schulmedizin weit verbreitete, aber irrige Ansicht, dass bei Patienten, die eine spinale Kinderlähmung durchgemacht haben, der Zustand von drei Jahren nach Ablauf der akuten Erkrankung an nicht mehr zu bessern sei

und sich sowohl der Patient als auch die Angehörigen damit eben abzufinden haben. Eine Ansicht, die in neuerer Zeit nicht nur durch mich, sondern auch durch andere widerlegt wurde, sich aber leider, wie fast jeder Irrglaube, zäh am Leben erhält. Ich will im folgenden anhand von 60 Krankengeschichten meiner Patienten, die in letzter Zeit mit Folgezuständen nach spinaler Kinderlähmung behandelt wurden und die z. T. ganz schwer, z. T. leichter gelähmt waren, den Beweis liefern, dass es sowohl bezüglich des Grades der Lähmungen als auch des Zurückliegens der akuten Erkrankung (ich habe soeben einen Fall weitgehend gebessert zur Entlassung gebracht, bei dem die akute Erkrankung 38 Jahre zurückliegt) falsch ist, die Waffen zu strecken, und dass man einfach die Hoffnung nicht aufgeben darf, auch den angeblich Hoffnungslosen noch helfen zu können.

Alle 60 hier verwerteten Fälle wurden während meiner Behandlung laufend durch einen Amtsarzt auf Gesundheitszustand und fortschreitende Erfolge hin überprüft. Die von ihnen gemachten Fortschritte wurden in den Krankenblättern genau aufgezeichnet. Bei vielen Fällen liegen fremde ärztliche Gutachten über den Zustand des Patienten vor Behandlungsantritt vor. Bei zwei alten, sehr schweren Fällen (Lähmungen beider Beine einschliesslich der Glutäal- und Teilen der Bauch-, Lenden- und Rückenmuskulatur) sind Gutachten von Universitätsprofessoren vorhanden, aus denen hervorgeht, dass man diese Kranken, die heute beide wieder gehen können, für «hoffnungslos» gehalten hat.

Grundsätzlich gilt natürlich für die Fälle sämtlicher Gruppen, dass jeweils dort die schönsten Erfolge zu erzielen waren, wo ausser den Lähmungen nicht auch noch starke Kontrakturen oder schon Veränderungen der Gelenke bzw. des Bandapparates vorhanden waren. Alle diese unerfreulichen Erscheinungen sind verständlicherweise bei den frischen Fällen am geringsten. Es kann nicht genug davor gewarnt werden, die Patienten zu früh oder

mit Hilfe von starren Gehapparaten auf die Beine zu stellen, da durch die fehlende Muskelkraft die Gelenke unweigerlich überlastet bzw. falsch belastet werden, wobei es zu Veränderungen kommen muss. Ueberall dort, wo ich einen Patienten in Behandlung bekommen habe, der bisher nur gelegen oder auf allen Vieren gekrochen ist, konnte ich durch die systematische Aktivierung der gelähmten Nerven- und Muskelfasern diese Schädigungen vermeiden, da die Patienten bei mir immer erst dann auf die Beine gestellt werden, wenn die Bein-, Bauch-, Gesäß- und Lendenmuskeln kräftig genug sind, um den Oberkörper, der ja noch meistens durch das lange Liegen und Sitzen zu viel Gewicht bekommen hat, tragen zu können. An Stelle des starren Gehappara-

tes, den ich als schädlich ablehne, da er den Blutkreislauf durch Abschnürungen ungünstig beeinflusst und auch die evtl. noch intakten Muskeln des Ober- und Unterschenkels ruhigstellt, habe ich eine bewegliche sogen. «Funktionelle Kniestütze» konstruiert, die wohl eine grundsätzliche Neulösung dieses Problems bedeutet. Die Kniestütze, die nur mit zwei Manschetten am Ober- und Unterschenkel nahe dem Kniegelenk befestigt wird und im Sinne der Kniegelenkfunktion beweglich ist, behindert erstens den Blutkreislauf nicht und ermöglicht zweitens ein freies Arbeiten der Muskulatur in Ober- und Unterschenkel.

Sie ist gewissermassen nur eine Sicherheitsbremse gegen das Durchschnappen des Knies und gleichzeitig ein äusserst wichtiges therapeutisches Hilfsgerät zur

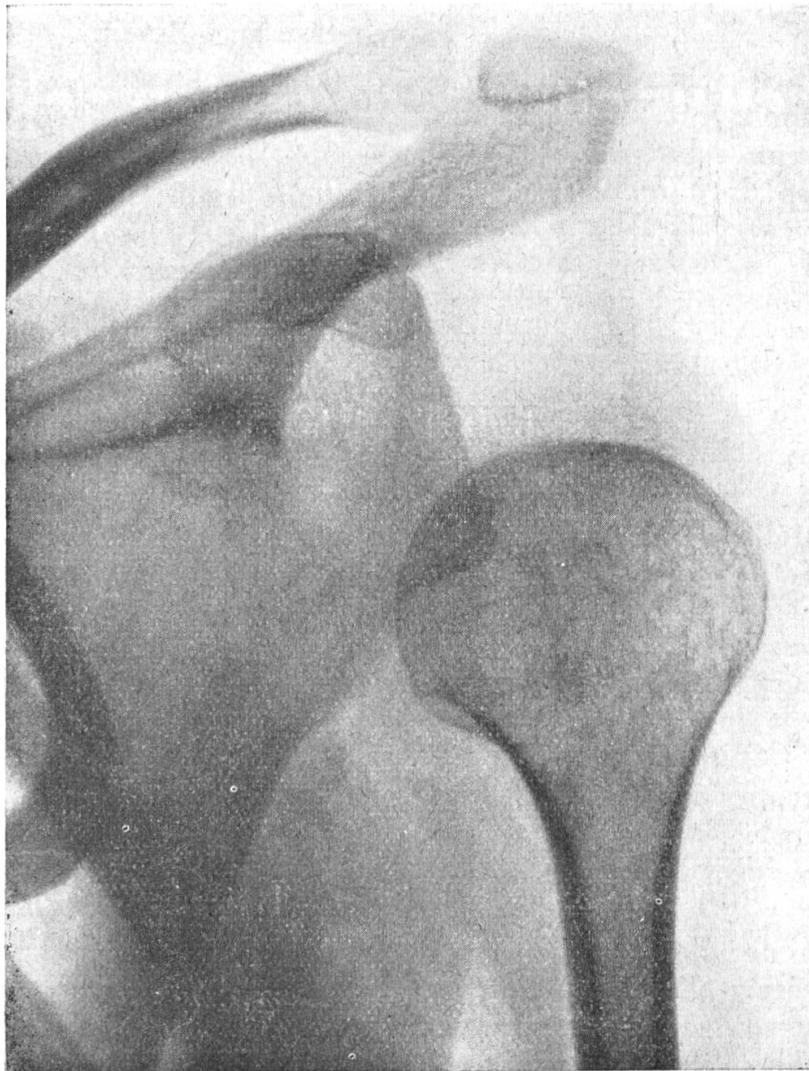
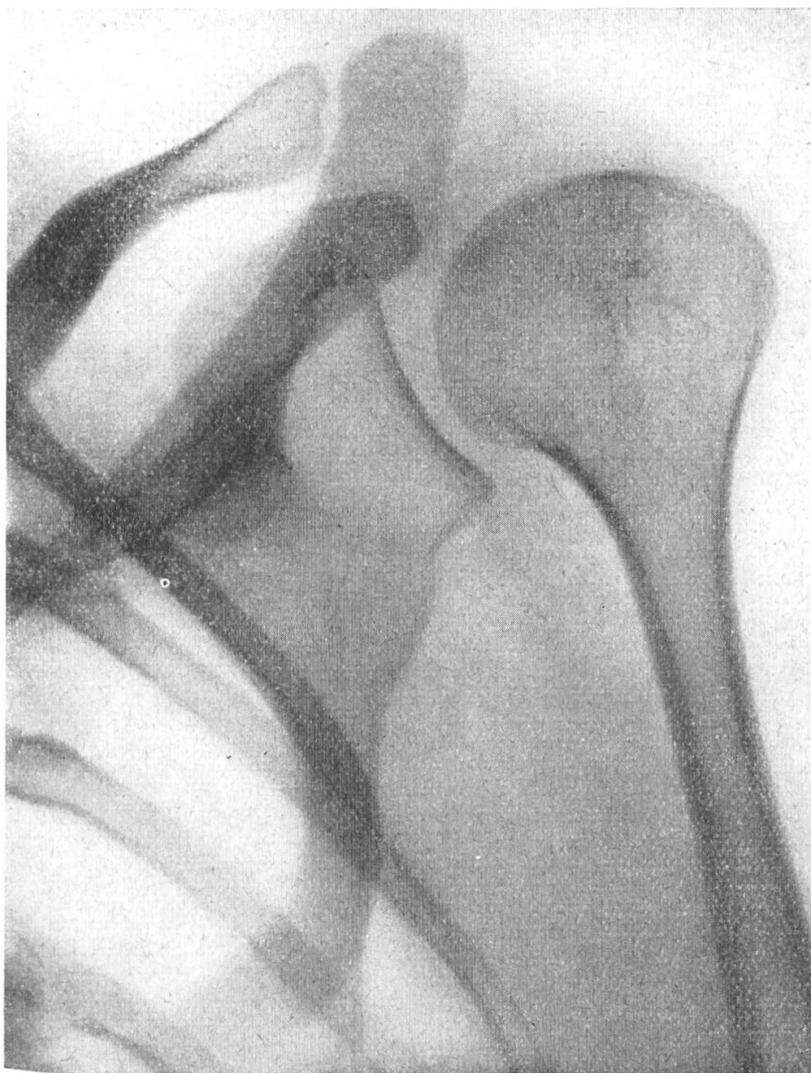


Abb. 1: Bei Behandlungsbeginn

weiteren Kräftigung des ganzen Beines, da sie ein relativ frühzeitiges selbständiges Gehen des Patienten ermöglicht. In der grossen Mehrzahl aller Fälle kräftigte sich das einmal wieder zum Gehen mit dieser Kniestütze eingesetzte Bein so weit, dass der Patient über kurz oder lang auch diese Hilfe ganz entbehren und frei gehen konnte. Gerade bei den frischen Fällen ist ja die vollständige Wiederherstellung mit meiner Methode weitgehend erreichbar.

Abschliessend möchte ich anhand von zwei Röntgenvergleichsaufnahmen zeigen, wie die bei Behandlungsbeginn gelähmt gewesene Muskulatur ihre Funktion wieder aufgenommen hat.

18-jähriger Patient erkrankt an spinaler Kinderlähmung 1947, Behandlungsbeginn 3. 9. 1951.



Zustand: Neben Paresen in beiden Beinen, ausgedehnte schwere Lähmungen der lk. Oberarm-, Schulter- und Rückenmuskulatur, lk. Oberarm stark luxiert, wie auf Bild I ersichtlich.

23-jährige Patientin erkrankte an spinaler Kinderlähmung 1931. Behandlungsbeginn 1. 9. 1952.

Zustand: Lähmungen im lk. und r. Oberschenkel, in den Glutäen, besonders aber in der Lenden- und Rückenmuskulatur, r. Luxationsstand des r. Oberschenkelkopfes, starke linkskonvexe Skoliose. An der Patientin ist 1949 eine Spanoperation durchgeführt worden. Trotzdem musste sie das seit dem 6. Lebensjahr verordnete starre Mieder weitertragen. Die folgenden Vergleichsbilder 3 und 4 zeigen die Wirkung der wieder arbeitenden Muskulatur.

Der rechte Oberschenkelkopf kann wesentlich näher an die Pfanne gebracht werden, die Wirbelsäule richtet sich auf. — Die auf den Röntgenvergleichsbildern gemessene maximale seitliche Abweichung der Wirbelsäule nach links betrug auf dem Anfangsbild Nr. 3 10 cm, auf Bild Nr. 4 nurmehr 7 cm. Die Rippen-Zwischenräume sind wesentlich geweitet. Die Patientin konnte das starre Mieder, das sie stark in der Atmung hinderte, vollständig ablegen. Der Gang ist gleichmässiger und ruhiger geworden.

Abb.: 2: Nach Abschluss der Behandlung ist der Patient wieder in der Lage, mit aktivem Muskelzug den Gelenkkopf fast ganz in die Pfanne zu ziehen.

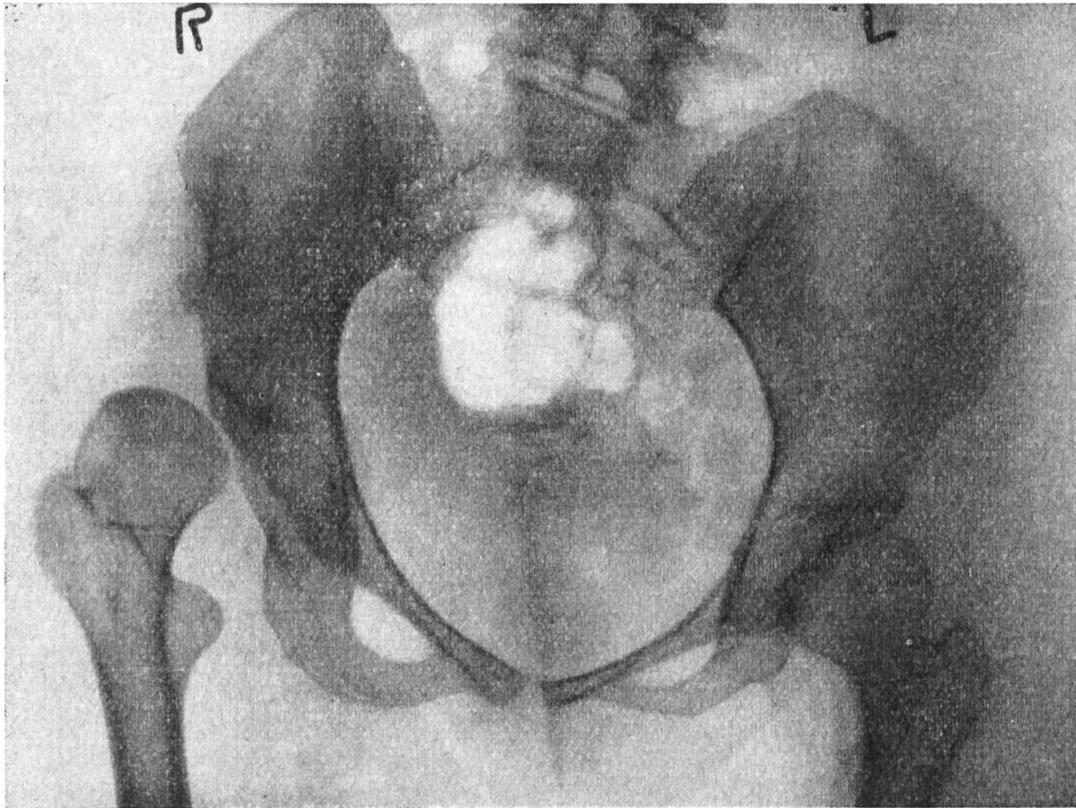


Abb. 3: Vor der Behandlung

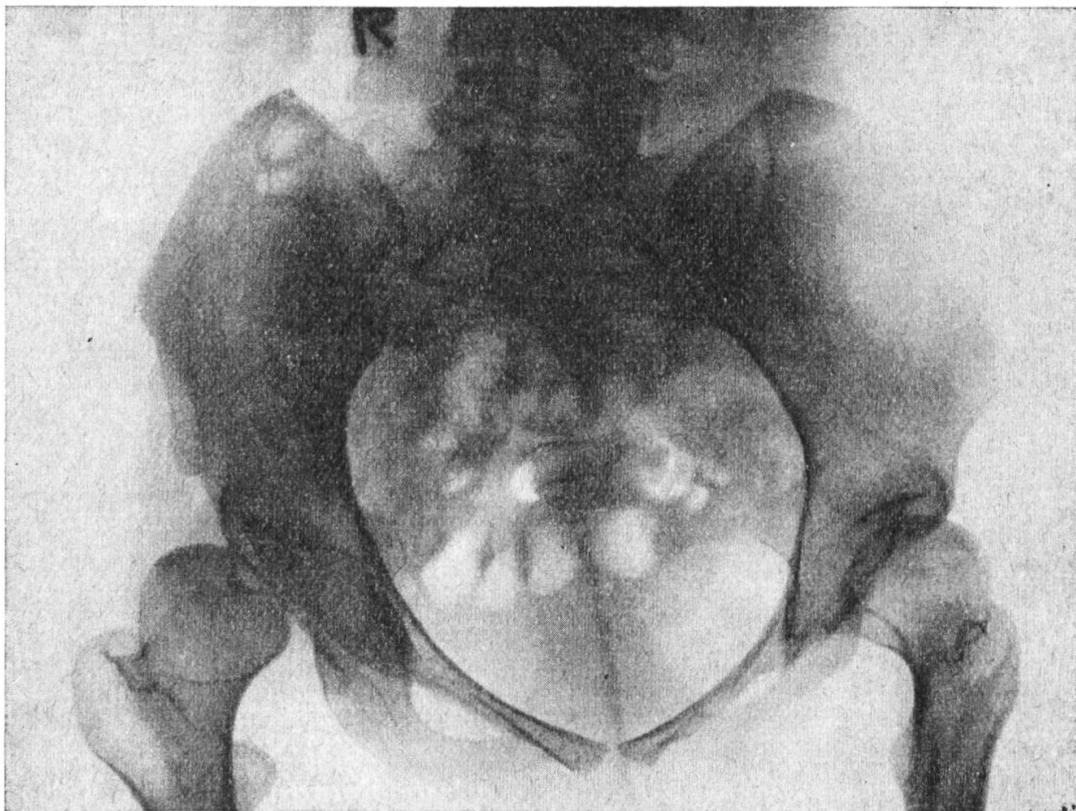


Abb. 4: Nach zehnmonatlicher Behandlung