

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:	- (1960)
Heft:	173
Artikel:	Hinweise zur krankengymnastischen Behandlung der Multiplen Sklerose
Autor:	Eck, Lotte von
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930885

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: 18.02.2026

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

Hinweise zur krankengymnastischen Behandlung der Multiplen Sklerose

Von Lotte von Eck

Von der Multiplen Sklerose werden etwa 1 bis 2 Promille der Gesamtbevölkerung in unseren Breiten betroffen. Es scheint somit auch für die Krankengymnasten wichtig genug, sich mit dieser häufigsten der organischen Nervenerkrankungen auseinanderzusetzen und zu der Frage Stellung zu nehmen: was kann die physikalische Therapie bei dieser Erkrankung erreichen, was muss sie beachten und berücksichtigen?

Die vielfältigen und verschiedenartigen Symptome kennzeichnen einerseits das Krankenbild der MS. Wir sehen heute die meist vorkommenden spastischen Zeichen als besonders typisch für die Erkrankung an. Charcot hob mit seiner Trias: Intensiotremor, Nystagmus, skandierende Sprache — vornehmlich Kleinhirnsymptome hervor. Ob die MS vor 80—100 Jahren anders verlief wie in unserer Zeit, kann nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Andererseits charakterisiert das schubweise Auftreten viele Krankheitsverläufe. Es kommen dabei Remissionen vor, diese können sehr weitgehend sein und auf längere Zeit Beschwerdefreiheit bedeuten. Diese Remissionen bei der MS zeigen uns, dass die Veränderungen an den nervösen Elementen zumindest im Beginn der Erkrankung noch rückbildungsfähig sind. Manche Fälle haben auch offenbar in ihrem ganzen Wesen eine gewisse Gutartigkeit, die Progression ist eine langsame und die Symptome nehmen keine grossen Dimensionen an. Angesicht gerade dieser Tatsache ist es unendlich schwierig, über den Effekt einer Therapie zu äussern, zumal da unter diesen Umständen bei fast jeder Therapie über, wenn auch vorübergehende, Erfolge berichtet wird.

Der Erreger der Multiplen Sklerose ist bislang nicht bekannt — und folglich gibt es auch heute noch keine spezifi-

sche Behandlung. Anstatt einer gerichteten, medizinisch gezielten Therapie muss einerseits nach einer Allgemeinbehandlung gesucht werden, die der Kräftigung des Organismus, der Besserung der Abwehrkräfte des kranken Menschen dienen soll, auf der anderen Seite sollen durch Methoden, die meist am Erfolgsorgan ansetzen, die von Fall zu Fall verschiedenenartigen Symptome bekämpft werden. Dieser letzte Weg geht häufig sicherlich über die nur symptomatische Behandlung hinaus und beeinflusst im positiven, restituierenden Sinne die trophische Innervation und die Leitungsbahnung.

I. Beispiele der Allgemeinbehandlung, Umstimmungstherapie

Von den allgemein wirkenden Behandlungsformen erwartet man eine Umstimmung des Körpers, die sich in der Kurve des Krankheitsablaufes möglichst günstig abzeichnen soll. Die Methoden, die solch eine Umstimmung anstreben, können von verschiedener Art sein, es muss nur der Lebensrhythmus des Patienten durch sie merkbar geändert werden.

Im Sinne der Gesamtkräftigung des Organismus werden in den Krankenanstalten für die MS-Kranken medikamentöse Kuren durchgeführt, hier und da wird mit Röntgen-Strahlen behandelt. Die bei diesen Massnahmen parallel verordnete Bett-ruhe vermittelt dem kritisch Beobachtenden häufig den Eindruck, dass eine streng eingehaltene Ruhezeit (nach akutem Schub: etwa 3—6 Wochen) über den Rahmen der Allgemeinbehandlung hinaus etwas von spezifischer Wirkung auf die Multiple Sklerose hat. Eingeschaltete Ruhezeiten spielen daher auch bei unseren Behandlungsentwürfen immer eine übergeordnete Rolle.

Aus der Hydrotherapie, als einem Teil-

gebiet der krankengymnastischen Behandlungsmöglichkeiten, sind einige Anwendungsformen als geeignet aufzuzeigen, die bei der MS allgemein-wirkend angreifen, andere Formen — wie nachfolgend besprochen wird — können lokal, symptomatisch vorhandene Störungen bessern. Vorangestellt muss werden, dass der MS-Kranke das Musterbeispiel darstellt für eine oft abartige Reaktionslage. Trotz guter Hautreaktion verträgt dieser Kranke die Wasserkuren oft nicht gut, wird müde, erschöpft, evtl. schlaflos, es kommt unter Umständen zu einem Spontanschub. Die schlechte Reaktionsfähigkeit ist aber einer Schulung zugänglich, sie ist organisch erlernbar — wohl verstanden immer im Rahmen des bei der Multiplen Sklerose Möglichen. Die Schulung der Reaktion ist eine Erfahrung, die in der Lehre der Abhärtung eine Rolle spielt. Es ist dabei entscheidend, dass man die Dosierung und die Grenzen des thermischen wie des beigegebenen mechanischen Reizes genau kennt und einhält.

Von der morgendlichen kalten Teilwaschung oder Abreibung sollte bei der MS viel mehr Gebrauch gemacht werden. Das kalte Abwaschen dient der Abhärtung, verhindert Zwischenerkrankungen, die oft eine Verschlechterung der MS-Symptome bewirken, ferner verringert es den manchmal vorhandenen Schwindel und das Schwächegefühl. Diese durchaus milde Prozedur kann zunächst im Bett ausgeführt werden, anschliessend noch eine halbe Stunde Bettruhe. Empfindet der Kranke später keine Abspaltung mehr danach, sondern im Gegenteil ein Gefühl der Frische, und braucht er ausserdem keine Betttruhe mehr einzuhalten, dann wird er die Waschung selbstdäig stehend vor dem Waschbecken ausführen und sich nach dem Abtrocknen gleich ankleiden.

Man bringt nicht gleich am ersten Tage den ganzen Körper mit dem kalten Wasser in Berührung, sondern macht ein Programm über 14 Tage, in denen das Verfahren langsam einschleichend an den Kranken herangebracht wird. Nach diesen 14 Tagen der Gewöhnung kann auch die Frau in der Zeit der Periode die Abwaschung weiter durchführen.

Leichtausgedrücktes Gerstenkornhandtuch, Wassertemperatur 18° C, Dauer der Abreibung 1 bis 2 Minuten.

1. und 2. Tag: Gesicht, Hals, Nacken; abtrocknen, hinlegen. 3. und 4. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust; Abschluss wie oben. 5. und 6. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme; ... 7. und 8. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme, — Handtuch erneut anfeuchten — Bauch; ... 9. bis 11. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme — Handtuch! — Bauch, Rücken; ... 12. bis 14. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme — Handtuch! — Bauch, Rücken, zweites Mal Handtuch anfeuchten! — Beine hinten, Beine vorn, Fussrücken, Fussohle; ...

Die beiden folgenden Wasseranwendungen dienen ehenfalls der Abhärtung, sie sollen die Reizlage des erkrankten Organismus ändern.

A. Der Patient wird im Halbbad (das Wasser reicht bis zum Nabel) oder Sitzbad von indifferenter Temperatur (35° C) mit dem Wannenwasser übergossen. Hierzu benutzt man einen Wassertopf. Man beginnt am Rücken, begiesst dann die Vorderseite. Anschliessend den Körper partieweise schnell bürsten. Zum Abschluss, unter Zufluss kalten Wassers, nochmal ein kurzes Uebergiessen des Körpers wie oben. Dauer im ganzen 3 bis 8 Minuten. Nach dem Abtrocknen unbedingt Ruhe im Liegen einhalten! Dieses Bad nicht häufiger als zweimal die Woche und nicht mehr als sechsmal innerhalb einer Behandlungsfolge durchführen.

B. Mit ähnlicher Wirkung und in der gleichen zeitlichen Einteilung (zweimal die Woche, sechsmal in einer Behandlungsfolge) wird im Halb- oder Sitzbad von indifferenter Temperatur ein kalter Rückenguss (18° C hinunter auf 12° C bei den letzten Bädern) ausgeführt. Ein Schlauch mit Strahlenteilung oder der Brausenkopf einer Giesskanne wird am Nacken ange setzt und der Wasserstrahl an der Wirbelsäule hinabgeführt. Gleichzeitig oder sofort danach reibt man den Rücken mit einer Bürste oder mit der Hand. Dauer des Rückengusses die beiden ersten Male 1/2 bis 1 Minute, dann 2 Minuten. Abtrocknen, wieder Ruhe im Liegen. Die Prozedur

ist subjektiv angenehm und der Patient gibt die Wirkung auf die Durchblutung meist überzeugend an.

Die angegebenen Wasserbehandlungen wie auch die nachfolgenden Anwendungen können — und das ist ihr grosser Vorteil — in einem weniger modern ausgestatteten Krankenhaus, in einer Privatpraxis sowie im Privathaushalt ausgeführt werden. Man benötigt dazu nur eine Badewanne (Sitzwanne genügt), einen Strahlschlauch (Gartengiesskanne mit Brausekopf ist fast noch bequemer in der Anwendung), einen 2—3 Liter Topf, Armwanne und Fusswanne (Eimer), Badebüste und Badethermometer.

II. Beispiele zur Behandlung einzelner Symptome.

Stehen Reizerscheinungen oder eine pathologische Reizempfindlichkeit im Vordergrund der Erkrankung, so verlangen diese zur Beruhigung gleichmässig warme Temperaturen. Ein tonusmindernder Effekt kommt vor allem den indifferenten Temperaturen zu; nach eigenen und aus den U.S.A. berichteten Erfahrungen besteht daneben aber auch ein augenfälliges Einwirken kalter Temperaturgrade auf den Hypertonus der Skelettmuskulatur.

Bei Paraesthesia und Kältegefühl in Hand oder Fuss, als typischem Einzelsymptom bei der MS, wendet man mit gutem Erfolg Teilbäder des Unterarms und des Unterschenkels an.

A. Lokale Kälteeinwirkung von 2 bis 3 Minuten Dauer lässt hernach ein Gefühl der Wärme in der Peripherie eintreten und damit auch oft eine Besserung der Missemmpfindung. Muskelbewegungen und Massage während und nach der Anwendung steigern und beschleunigen die Reaktion.

B. In der Temperatur ansteigende Teilbäder von Arm und Unterschenkel (34-35-36-39-40° C für 15 bis 20 Minuten) bewirken eine Erleichterung und bessere Regulation des Kreislaufes, die Gefühlsstörungen an Hand und Fuss hören oft danach auf.

C. Bei Fuss-/Unterschenkelteilbädern wird gelegentlich eine gleichzeitige reflektorische Wirkung auf die Blaseninnerva-

tion angegeben. Wärmeanwendung brachte eine Beruhigung, Kälte einen Miktionsreiz. Warmer ansteigende Sitzbäder (35-38-39° C) von 20 Minuten Dauer sind da angezeigt, wo eine Beruhigung von Reizsymptomen im unteren Bauch- und Beckengebiet erzielt werden soll.

Alle aufgezeigten Wasseranwendungen sollen veranschaulichen, dass bei MS-Kranken das Vollbad zu umgehen ist. Wir sahen bei Multipler Sklerose Kranken so häufig Verschlechterung ihres Zustandes nach übergrosser Erschöpfung im Anschluss an ein Vollbad — mehr noch nach heissem Vollbad! — dass wir diesen Patienten dringend raten, von Vollbädern in Zukunft ganz abgesehen.

III. Bewegungsbehandlung und Massage.

Die Bewegungsstörung bei der MS haben häufig den Charakter einer spastischen Paräse. Zu diesem Pyramidenbahnsymptom tritt in manchen Fällen noch ein schwankendes Unsicherheitsgefühl, als Zeichen eines cerebellaren Herdes. Um bei einer Spastik in der Skelettmuskulatur zu nennenswerten aktiven Bewegungsleistungen zu kommen, muss versucht werden, durch geeignete Massnahmen vorher den Hyper-tonus der Muskulatur herabzumindern. Warmes Wasser, Muskelvibrationen, Massage-Schüttelgriffe und Gliedmassen-Schüttelungen, sowie passives Bewegen von Arm und Bein bringen meist einen sichtbaren Erfolg. Bei der Ausführung dieser manuellen Methode kommt es sehr darauf an, gleichmässig rhythmisch und ausdauern zu arbeiten; nur dann können die gespannten Muskeln allmählich ihren Widerstand aufgeben. Allerdings erreicht man bei schwerer Spastik oft auch mit bester Arbeitsmethodik diese Muskelentspannung nicht.

Im Anschluss an diese tonusmindernde Vorbereitung lässt man die aktiven Bewegungen im Anfang mit der Ausatmung, unter befreiendem Seufzen oder Stöhnen, nur in einer Bewegungsrichtung ausführen. Der Therapeut beugt z. B. passiv das Bein des Kranken, welches dieser dann aktiv streckend auf das weiche Uebungsbett legen oder herabfallen lassen soll. Der Patient darf gar nicht den Eindruck einer

zu leistenden Arbeit haben. Man vermeidet dadurch, dass mit zu starkem Willensimpuls der spastische Krampf erneut in die Muskulatur einschiesst. Zielbewegungen praktischer Art — das Greifen nach Tasse oder Teller, das Hantieren mit Bürste oder Kamm — verringern oder beseitigen den lästigen Intensionstremor. Bei Schwindel oder Schwanken bekommt der Kranke am besten und schnellsten wieder ein relatives Sicherheitsgefühl, wenn man ihn anfänglich Gleichgewichtsübungen im Kriechen sozusagen auf vier Füßen machen lässt. Daran schliessen sich Gehübungen an, zunächst mit der Unterstützung von ein oder zwei Hilfskräften. Kann der Kranke wieder allein frei gehen, ist zunächst noch Vorsicht geboten, denn der MS-Kranke fällt leicht wegen seiner spastisch/ataktischen Störungen. Und solch ein Sturz kann einen neuen Schub einleiten.

Einzelne Patienten klagen über Rückenschmerzen und Rückensteifigkeit wohl infolge des häufigen Liegens und des spastisch/ataktischen Gangs. Nach einigen Rückenmassagen und lockernden Bewegungen der Wirbelsäule lassen die Schmerzen fast immer nach und durch eine grössere Rückenbeweglichkeit ist der Gang hernach auch meist besser.

Bei Blasenstörungen in Verbindung mit der MS tastet man häufig Spannungsvermehrung im Gewebe der Glutäen und Druckempfindlichkeit auf dem Kreuzbein. Von Mal zu Mal beobachtend und den Patienten ständig auf die Wirkung hin ausfragend, führen wir zweimal die Woche Bindegewebsmassage durch in Bauch- oder Seitenlage. Wir arbeiten im Bereich des Kreuzbeins, des Beckenkamms, der Analfalte und im Bereich des proximalen Oberschenkels; auf der Vorderseite über der Symphyse. Von der jeweiligen Wirkung machen wir die Fortführung dieser Behandlung abhängig.

IV. Die Notwendigkeit der Dosierung bei Behandlung von MS-Kranken

Jegliche Therapie zum Nutzen der Multiple Sklerose-Kranken sollte sich an engste und strengste Dosierung halten. Alle anfänglichen krankengymnastischen Mass-

nahmen nach der Bettruhezeit werden noch im Liegen durchgeführt. Die anschliessende Steigerung bringen Bewegungsübungen auf dem Hocker. Erst darauf folgend lässt man den Patienten gehen, als letztes im Stehen Gymnastik machen.

Zeitlich fängt man tunlichst mit wenigen Minuten an, die Höchstbehandlungszeit sollte etwa 20 Minuten sein. Bei stationären MS-Kranken lässt es sich immer einrichten, die Behandlung auf den Vormittag und Nachmittag zu verteilen. Durch täglich zweimalige kürzere Behandlungszeiten vermeidet man die schnell auftretende Ermüdung und das sichtbare Anstrengtsein.

Die Art und Ausführung von Massage und Uebungsbehandlung muss sich ebenfalls nach dem Gesichtspunkt der nicht ermüdenden Dosierung richten. Häufig lässt die Euphorie die MS-Kranken in allem etwas über das gebotene Ziel hinausschliessen. Hier gilt es zu bremsen. Anraten und vorsorglich sollte diesen Kranken gesagt werden, dass jegliche Ueberanstrengung ihnen schädlich werden kann. Von sportlicher Betätigung im heutigen Sinne und von Sonnenbädern ist deshalb abzuraten. Etwas anderes ist es, wenn nach Indikationsstellung und unter Beobachtung eines Arztes, der MS-Erfahrung hat, Luftbäder und Sonnenbestrahlung sehr sorgfältig abgestuft und dosiert angewandt werden. Die Grenzen sind naturgemäß individuell verschieden, so dass diese Hinweise nur grundsätzliche sein können.

Form und Mass der physikalisch-therapeutischen Anwendungen wird jeweils anders sein, je nachdem ob der Kranke stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wurde oder ob er ambulant zu der Behandlung kommt. Von dem ambulanten MS-Kranken muss der Therapeut genau wissen: lebt er daheim ruhig im Krankenstand oder geht er trotz seiner Erkrankung noch der beruflichen Tätigkeit nach. Diese verschiedenenartigen Belastungen und die so unterschiedlichen reaktiven Abläufe darauf bei der Multiplen Sklerose müssen sehr genau in Anrechnung gestellt werden, will man die jeweils zweckmässige Behandlungsform finden.

Zusammenfassung: Es wurden in der Arbeit Massnahmen aus dem Gebiet der physikalischen Therapie angegeben, mit denen bei MS-Kranken neben der Besserung des Allgemeinzustandes auch eine Besserung der Symptome der Erkrankung angestrebt wird.

Anmerkung der Redaktion:

Wir haben die Freude und das Vorrecht,

Frau Lotte von Eck

für ein verlängertes Wochenende am 22./24. Okt. 1960 für Vorträge und Demonstrationen in unserer Mitte begrüssen zu dürfen. Reservieren Sie sich bitte schon heute diese Zeit. Sektion Zürich.

Auslandsreferate

Reynolds: «*Poliomyelitis, Home Care and After Care*», in Physiotherapy

Dezember 1959

Deformationen nach Polio bei Kindern treten vor allem während der starken Wachstumsperioden auf. Deshalb ist es unbedingt notwendig, den jugendlichen Poliopatienten in regelmässigen Zeitabständen während der ganzen Wachstumsperiode zu kontrollieren, selbst wenn nur ganz unwesentliche Lähmungen übrig geblieben sind. Zweifellos ist mangelhaftes Muskelgleichgewicht ein Hauptfaktor zur Ausbildung von Deformationen. Jedoch sind vor allem die Strukturen mit starkem Fasciengebebe (Achillessehne, Plantarfascie, Tensorfascie, Lumbalfascie, Clavipectoralfascie), welche auch bei nur schwächsten Lähmungen zu ausgesprochenen Verkürzungen neigen, als Ursache für Deformationen zu betrachten. Sobald der kindliche Poliopatient aus dem Spital entlassen wird, müssen vor allem die Eltern und auch das schon verständige Kind dahin unterrichtet werden, dass die Verantwortung für weitere Besserung und zur Verhütung von Deformationen in ihren eigenen Händen liegt; dass es nicht genügt 2—3 mal wöchentlich mit einer Krankengymnastin zu üben, sondern dass sie selbst täglich üben müssen und stets auf die richtige Haltung beim Stehen, Gehen und Sitzen zu achten haben. Allerdings darf der Patient nicht aus dem Spital entlassen werden, ohne dass vorher alle Fascien- und Muskelverkürzungen behoben sind und alle Gelenke volle Bewegungsmöglichkeit haben. Dieser Zustand soll zu Hause nicht wieder verloren gehen. Eltern und Patient müssen die Übungen zur Dehnung sich leicht verkürzender Struktur und zur Kräftigung der

betroffenen Muskeln genau gezeigt bekommen. Ebenso muss ihnen gezeigt werden, welches die richtige Haltung beim Sitzen, Stehen und Gehen ist und welches zu vermeidende Haltungs- und Bewegungsfehler sind. Alle Vorschriften, auch zur Lagerung im Bett (Brett unter Matratze, Fussbrett, Lagerung der Extremitäten, Zeitdauer für Sitzen, Gehen, Ruhen, Uebungen, evtl. sportliche Betätigung usw.), müssen schriftlich mitgegeben werden. Bei jeder klinischen Kontrolle soll genau nachgeprüft werden, welche Fort- oder Rückschritte der Patient gemacht hat, ob Kontrakturen aufgetreten sind usw. Bis zum 16. Lebensjahr sollten die Kontrollen mindestens alle 6 Monate stattfinden, von da ab einmal jährlich bis ca. 10 Jahre nach der Erkrankung.

Moe: «*Low Back Pain and Sciatica*», in The Physical Therapy Rev. Dez. 1959.

Die Ursachen für Lumbago und Ischias können verschiedenster Natur sein; jedoch ist die häufigste Ursache Degeneration und Verlagerung der Zwischenwirbelscheiben der Lendengegend als Folge fehlerhafter Körperhaltung, speziell übermässiger Lordose. Daher kommt es auch oft zu spontaner Heilung, wenn der Patient richtige Muskel- und Haltungsschulung erhält und zusätzlich noch ein Korsett trägt, welches die Ueberlordosierung der LWS verhindert. Durch die übermässige Lendenlordose, wie viele Menschen sie oft dauern einnehmen, kann die Zwischenwirbelscheibe abgleiten oder einklemmen und werden die Nervenaustrittsstellen verengt. Milde Fälle von Discopathieen sollten unbedingt konservativ angegangen werden. Aber selbst bei stark schmerzenden Fällen sollten zuerst die konservativen Methoden