

# Die Behandlung der muskulären Hypertonie und Atonie mittelst Massage

Autor(en): **Leibacher, Otto**

Objektyp: **Article**

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**

Band (Jahr): - **(1939)**

Heft 3

PDF erstellt am: **15.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-931007>

## **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.

# Die Behandlung der muskulären Hypertonie und Atonie mittelst Massage

von Otto Leibacher

Der Masseur beschäftigt sich wohl am häufigsten mit der Muskulatur des Bewegungsapparates und da stößt er immer wieder auf die Erscheinungsformen der Hypertonie (Überspannung) und der Atonie (Erschlaffung).

Subjektiv äußert sich die Hypertonie in Steifigkeits- und Spannungsgefühl, das bis zum ausgesprochenen Schmerz und zur Bewegungsunfähigkeit führt.

Palpatorisch lassen sich die befallenen Muskelstellen sehr gut von den normalen unterscheiden, wenn wir sie quer zum Faserverlauf abtasten. Es lassen sich auf diese Weise auch Muskelveränderungen tieferer Schichten feststellen. Wahrzunehmen sind Schwellungen, gesteigerte Spannung und Konsistenz, Quellungen, Faserverhärtungen und Knötchen. Die Palpation setzt nicht nur eine genaue anatomisch-physiologische Orientierung bezw. Unterscheidung voraus, sondern auch ein durch natürliche Begabung vorhandenes und durch viele Übung und Erfahrung verfeinertes Tastgefühl.

Das Ergebnis der Palpation bezw. der Tastbefund bedeutet noch keine Diagnose im engern Sinne und keine Überschreitung unserer Kompetenzen, ist jedoch unerlässlich, um die Lokalisation und Technik der Massage genau zu bestimmen. Nur so können wir die gewünschte therapeutische Entspannung durch Verteilung und Auflösung der Substrate herbeiführen.

Wegleitend für die Palpation ist eine vorangehende funktionelle Überprüfung des Muskelapparates durch die verschiedensten aktiven und passiven Bewegungen.

Die meisten Hypertonismen der Bewegungsmuskulatur fand ich in der Region des Nackens, der Schulter und der Wirbelsäure, speziell der Lumbosacralgegend, ferner des hintern Beckens und dessen Ausstrahlungsgebiete.

Daß gewisse Erkrankungen innerer Organe und des Zentralnervensystems, dann kolloidchemische und innersekretorische Vorgänge zu Hypertonismen führen können, sei nur beiläufig erwähnt. Auch die sportliche Betätigung, speziell die ungewohnte, führt zu vorübergehenden Überspannungen, die dementsprechend zu behandeln sind.

Was das Wesen der Muskelhypertonie selbst anbelangt, darf man ganz ruhig sagen: wie noch über viele medizinische Probleme, so herrscht auch hier die größte Meinungsverschiedenheit!

Die einen Autoren, wie z. B. Müller-Gladbach, geben die größere Bedeutung der Hypertonie, andere wie Fischer, der Myalgie, wieder andere wie Schade, der Myogelose u. s. w. Je nach Auffassung werden falsche Ernährung, Milchsäure, Harnsäure, Stoffwechselanomalien, Bindegewebsveränderungen, Muskelüberanstrengungen, Bewegungsmangel, neurotische Konstitution, Infektion oder Alkoholismus dafür verantwortlich gemacht. Es ist konstatiert worden, daß Spannungen und Schmerzzustände im Muskel ohne histologisch nachweisbare Veränderungen (und umgekehrt) vorkommen, daß Hypertonismen ohne Schmerzen und Schmerzen ohne Hypertonismen auftreten und beiden Erscheinungen der palpatorische Nachweis von Faserverhärtungen, Quellungen und Knötchen fehlen kann; ja, es gibt Autoren, welche die von uns palpablen Veränderungen ins Reich der Fabel verweisen!

Der Masseur palpirt aber Veränderungen, er fühlt sie und konstatiert ihre allmähliche Rückbildung, analog dem Rückgang des dort lokalisierten Schmerzes. Der Gefahr einer Verwechslung mit Abwehrspannung und Abwehrschmerz kann er dadurch begegnen, daß er den manipulativen Druck dem jeweiligen Reizzustand anpaßt, d. h. eine gewisse Reizlinie nicht überschreitet. Das ist Gefühlssache und Erfahrung.

Und nun zur Frage „Was ist Rheuma und was ist Neuralgie?“ Der myalgische Schmerz zeigt sich nach Fischer hauptsächlich während der Funktion und ist ausstrahlend, mit Druckempfindlichkeit im Muskel. Der neuralgische Schmerz ist mehr kontinuierlich, dem Nervenverlauf entlang. Die Neuritis zeigt Muskelparesen und Sensibilitätsstörungen. Trotz allen differentialdiagnostischen Feststellungen hält es manchmal schwer, die beiden Erkrankungsformen voneinander zu trennen. Sie können einzeln auftreten, aber auch gleichzeitig vorhanden sein. Wir wissen, daß eine Neuralgie auch durch die rheumatische Erkrankung der benachbarten Muskeln hervorgerufen werden kann, indem die Veränderung in der Muskelbeschaffenheit und im Blutzufuß, sowohl wie Erkältung oder Überanstrengung auf die Nerven einwirken können. Ruhmann spricht von einer perineuritischen infiltrativen Schwellung des Nervenstammes.

Wo sind die meisten palpablen Veränderungen am Muskel und wie charakterisieren sie sich? Ich habe bereits anfangs auf die meist betroffenen Erkrankungsstellen hingewiesen. Die Spannungen und Faserhärten finden sich, dem Aufbau des Muskels entsprechend, auf seine ganze oder teilweise Länge spindelförmig oder auf elliptisch begrenzte Flächen verteilt, während Quellungen und Knötchen mehr im Insertionsbereich der Muskeln fühlbar sind. Quellungen finden wir aber auch mitten in flachen großen Muskelgebilden, wie den Glutaen und im Pectoralis major. Faserhärten sind wie Einzelstränge im Verlauf des Muskels fühlbar. Die Quellungen haben sulzigen, gelösen bis festteigigen Charakter, während die Knötchen derb anzufühlen sind. Der Hypertonus erstreckt sich in der Regel auf den ganzen Muskel und ist derselbe je nach dem Erkrankungsgrad und der Reizempfindlichkeit des Patienten verschieden.

Die Muskelhypertonie ist nicht nur eine Begleiterscheinung der Weichteilrheumatismen, sondern auch des Gelenkrheuma, der nicht selten auf die Muskeln übergreift. Die Fälle infektiösen Charakters, zu denen eine große Zahl der medizinischen Autoren neigt, möchte ich von einer Betrachtung ausschließen.

Im Verlaufe einer Behandlung werden immer wieder große Anforderungen an unser Tastgefühl gestellt, indem wir die Veränderungen in den Geweben, ihre Spannung und Konsistenz fortlaufend zu kontrollieren haben. Palpation und Therapie sind hier untrennbar, auch wenn wir vom Arzte die nötigen Anweisungen besitzen. Der vielbeschäftigte Arzt wird uns für diese zeitraubende Tätigkeit dankbar sein und unsere individuelle Einstellung zu schätzen wissen.

Die Technik ist dementsprechend. Wir suchen mit einzelnen oder mehreren Fingerkuppen bei fixierter Haut das Muskelgewebe ab, langsam und mit sorgfältig abgestuftem Druck in die Tiefe dringend, um willkürliche oder reflektorische Abwehrspannungen möglichst zu vermeiden. Faserhärten, Quellungen und Knötchen werden wir hauptsächlich mit quer zur Muskelfaserung gerichteten Verschiebungen feststellen können. Die Lagerung des zu behandelnden Gebietes hat so zu erfolgen, daß eine Entspannung dadurch nicht behindert wird.

Im Anfangsstadium der Behandlung haben wir möglicherweise mit gesteigerten Hyperästhesien und Spannungen zu rechnen und werden wir deshalb mit sanften Streichungen und leichten flachfingrigen Verschiebungen beginnen. Erst nach dieser sorgfältigen Vorarbeit d. h. wenn sich die erste mechanische Reizwirkung gelegt hat, werden wir zu tiefergehenden Manipulationen, der verteilenden Knetmassage übergehen. Nach gründlicher Bearbeitung schließen wir passive Dehnungen an, die nicht nur wesentlich zur Lockerung der Muskulatur beitragen, sondern auch ein Gradmesser für die Fortschritte der Behandlung sind.

(Fortsetzung folgt)