

Ursache und Symptom am Beispiel des Oberschen Zeichens

Autor(en): **Muralt, R.H. von**

Objektyp: **Article**

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): - **(1952)**

Heft 126

PDF erstellt am: **28.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930877>

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.

Ursache und Symptom am Beispiel des Oberschen Zeichens

Von Dr. med. R. H. von Muralt
Spez.-Arzt für Orthopädie, Bern

Was wollen wir? Was können wir? Das sind die beiden grossen Fragen, die sich für uns tagtäglich wiederholen und die wir uns noch öfter stellen müssen. Wir wollen viel; wir können wenig. Wir wollen unsere Patienten heilen, das ist die hochgespannte Antwort auf die erste Frage und kleinlaut tönt die Antwort auf die zweite: wir können anregen, unterstützen und hemmen, das ist alles. Unsere Massnahmen sind heilgymnastische, balneologische und physikalische Applikationen, welche geeignet sind die natürlichen Vorgänge der Organe zu fördern und überschüssige Reaktionen zu mildern. Das Besondere besteht nicht so sehr in der Eigenart unserer Mittel; denn viele Wege führen zum selben Ziel. Entscheidend ist das Verständnis für das Leiden unserer Patienten. Das Verständnis setzt mehr als Erfahrung und Intuition voraus, es verlangt eine strenge Selbstkritik.

Was meinen wir, wenn wir «Rheuma», «Arthritis», «Ischias», «Muskelschwund», «Fettsucht» oder «Knick-Plattfüsse» behandeln? Wir alle haben über diese Leiden vieles gehört, noch mehr hinzugelernt und viel erfahren; wir sind imstande sie auf den ersten Blick zu erfassen und wir wissen schon, dass unsere Methode helfen wird. — Wissen wir es? Wir wissen nicht Bescheid, solange wir «Rheuma», «Arthritis», «Ischias», «Muskelschwund», «Fettsucht», «Knick-Plattfüsse» u. ä. diagnostizieren und behandeln, denn so lautet keine richtige Diagnose. So werden landläufig gewisse Zustandsbilder bezeichnet, welchen mancherlei, oft folgenschwere Krankheiten zugrunde liegen. Was Einer nicht weiss, das macht ihm nicht heiss. Er behandelt das Symptom jahrelang — und sehr oft mit Erfolg — ohne dessen Ursache zu erkennen. Heiss macht es ihm, wenn der Erfolg zum Misserfolg wird und

sich die Ursache im wahren Licht und tragisch zu erkennen gibt. Der grob sichtbaren Ausdrucksformen hat der Organismus wenige, reich steht jedoch die Aussenwelt mit Krankheiten bereit. Vielleicht bietet uns dieses Berufsorgan später einmal Platz zur Darstellung der organischen Vorgänge, wie sie sich bei den eben genannten Zustandsbildern abspielen können, hervorgerufen durch mechanische, tumoröse, infektiöse, toxische, mikrobiotische Einwirkungen bei anoxämischen, avitaminotischen, hormonalen, idiopathischen, kongenitalen Zuständen. Es würde damit dazustellen sein, wie sehr im Widerspruch zu diesen Vorgängen die Bezeichnungen «itis» (entzündliche Affektion) oder «ose» (nicht entzündliche Affektion) stehen und der nichtssagende Begriff «Rheuma» (das Fliessende, Umherziehende) wäre aus dem Sammeltopf verschiedenartigster Gelenk- und Muskelfektionen herauszuschöpfen. Die Ursache in ihrer Natur zu erkennen genügt jedoch wiederum nicht, wenn sie nicht auch richtig lokalisiert wird. Dies gilt in besonderem Mass für den Fernschmerz. Knieschmerzen können richtig als arthronotische Beschwerden definiert werden, die Veränderung kann aber ausserhalb des Knies liegen, wie bei jener Tänzerin, welche wegen heftiger Knieschmerzen ihren Beruf nicht mehr erfüllen konnte. Die Anlaufschmerzen, die Witterungs-Empfindlichkeit, die gestörte Nachtruhe und die Ermüdungsbeschwerden waren für eine Arthrose charakteristisch. Die Untersuchung ergab jedoch einen vollständig normalen Befund im Kniebereich. Dagegen waren die Bewegungen im Hüftgelenk besonders für die Abduktion und die Aussenrotation deutlich eingeschränkt. Das Röntgenbild bestätigte die Vermutungsdiagnose einer Coxarthrose bei coxa vara und

eine Serie von Röntgenbestrahlungen des vollständig beschwerdefreien Hüftgelenkes und nicht des leidenden Knies führten zum Verschwinden der Knieschmerzen. Solche anscheinend paradoxe Beispiele sind im Bereich der untern Extremitäten nicht so selten. Im Bereich der obern Extremitäten sind gleichermassen als «Neuritis» und «Neuralgien» bei bestehender Schulterarthrose, bei Periathritis humeroscapularis, bei acromioclaviculären Veränderungen oder bei der Spondylose bekannt. Ebenso wohlbekannt sind die Hinterhauptschmerzen, die Migräneattacken, das Ohrensausen und das Augenflimmern bei cervicaler Spondylose. Schwieriger noch wird die richtige Erkenntnis der topographischen Zusammenhänge zwischen Symptom und Ursache dann, wenn die vegetativen Vermittlungswege zur Diskussion stehen. Hier verliert sich die Beweiskraft in Hypothesen und wenn wir uns verleiten lassen, den Sympathicus zum Aufbau einer Routinebehandlung heranzuziehen, so begeben wir uns auf eine höchst unsympathische Ebene, die uns im Grunde nie befriedigen kann. Richtig ist es, wenn die anatomische Denkweise unser Handeln leitet; das anatomische Substrat muss jedoch einwandfrei darstellbar sein, wenn wir die Selbstachtung vor unserem Handeln nicht opfern wollen. Am Beispiel des kontrakten Knickfusses konnten wir im Heft Nr. 114 (Oktober 1950) dieser Zeitschrift eine Reaktionskette vom Symptom der kontrakten Peronäus brevis-Sehne über das sog. untere Sprunggelenk bis zur Ursache, der arthronotischen Veränderung im Chopartgelenk, verfolgen, dieselbe definieren und davon die richtige Behandlungsweise ableiten. An dieser Stelle soll ein ebenso interessantes Syndrom auf seine Ursache geprüft werden.

Zur Klinik des Oberschen Symptoms

Die *Leidensgeschichte* reicht für unsere Krankheit oft lange Zeit zurück und beginnt mit zunehmenden einseitigen Wadenschmerzen, welche mit einem Unfall oder einer Erkältung in Zusammenhang gebracht werden. Solche Angaben entspre-

chen einem natürlichen Kausalitätsbedürfnis und sind stets mit grösster Kritik aufzunehmen. Man denkt an eine Ischias, gibt sich aber damit nicht zufrieden.

Die *Beschwerden* werden in den medialen Unterschenkelbereich lokalisiert und als ein ischiasartiges Zeichen definiert, welches sich von der Wade bis zum Knie und bis gegen den Oberschenkelbereich und die Hüfte ausdehnt. Am schlimmsten ist das flache Liegen auf der betroffenen Seite und das Seitwärtsheben des Beines. Das Sitzen löst ein schmerzhaftes Spannungsgefühl in der Kniekehle aus, welches bis gegen den Fuss ausstrahlt und andererseits bis gegen den Trochanter reicht. Diese Schmerzen lassen bei ungezwungenem Stehen nach und treten nur gelegentlich beim Gehen in Erscheinung. Als Ischias werden alle möglichen Beinschmerzen bezeichnet, welche nicht besser definiert werden können und damit ergibt sich leicht die Versuchung zu einem therapeutischen Kurzschluss. In unserem Fall vermutet man Fernschmerzen bei einer Coxarthrose und klärt in dieser Richtung weiter auf.

Die *Untersuchung* der Hüfte ergibt eine straffe Anspannung des M. tensor fasciae latae, eine Schmerzauslösung bei der Extension und bei der Innenrotation des Oberschenkels, einen mässigen Schmerz bei der Abduktion. Die Bauchlage ist auf die Dauer unerträglich und ebenso das Aufrechtstehen mit durchgestreckten Knien. Als wichtigen Befund im Hüftbereich wird somit eine Veränderung im Weichteilbereich festgestellt, was neben der artikulären Untersuchung oft zu wenig Berücksichtigung findet. Man erinnert sich des Oberschen Zeichens und prüft in diesem Sinn weiter.

Der Nachweis wird erbracht durch einen Druck auf den Ansatz des Tractus Maisiati. Dieser löst einen heftigen Nervenschmerz im Wadenbereich aus, welcher dem Patienten nur allzu bekannt ist und welcher uns aus seiner Leidensgeschichte, aus seinen Beschwerden und aus unserer Untersuchung bereits in getarnter Form begegnet ist. Jetzt, wo wir den Finger-

druck kennen, ergibt sich der Fingerzeig von selbst für das weitere Vorgehen.

Die *Behandlung* ist einfach und lohnend. Sie besteht in lockernden Dehnungsübungen des *M. tensor fasciae latae* und des *Tractus Maissiati*, ergänzt durch Schwefelbäder oder Schlamm packungen und erforderlichenfalls durch vorsichtige Ultraschallungen der genannten Muskelzüge. Rebellische Fälle sprechen auf eine operative Einkerbung der Faszienplatte, oder eine Tenotomie in Lokalanästhesie gut an. Bei Bedarf wird eine balneologische oder physikalische Behandlung des Hüftgelenkes angeschlossen, wie sie uns allen für die Fälle von beginnenden Arthrosen geläufig ist. Sie allein genügt jedoch nicht.

Anatomische Bemerkungen zum Oberschen Symptom

Zur Erklärung der Zusammenhänge ist eine Darstellung der anatomischen Verhältnisse erforderlich.

Die *Fascia lata* überzieht als kräftige Sehnenplatte die freie Oberfläche der Oberschenkelmuskulatur in deren ganzem Umfang. Entlang der lateralen Fläche ist ein breiter, dicker, sehnig-glänzender Streifen, der *Tractus iliotibialis, Maissiati*, eingewebt, welcher sich unten am *Kondylus lateralis tibiae* befestigt. Im proximalen Bereich wird seine oberflächliche Schicht teilweise aus Fasern des *M. tensor fasciae latae* gebildet; im distalen Bereich geht er in die *Fascia cruris* über. Zwischen die einzelnen Muskeln und Muskelzüge ziehen bindegewebige Scheidewände hinein, welche zur Befestigung derselben dienen. Somit umhüllt die *Fascia lata* nicht nur die Oberschenkelmuskulatur, sondern ebenso die zwischenverlaufenden Gefäße und Nerven.

Der *Nervus peronäus communis* zweigt auf Kniehöhe vom Ischiasstamm ab, indem er über den lateralen Kopf des *M. gastroc-*

nemius abwärts zieht. Hinter dem Fibulaköpfchen kommt er dicht auf das Wadenbein zu liegen, wo er sich verzweigt und durch die tiefere Schicht der *Fascia cruris* hindurchtritt, um im weiteren Verlauf den lateralen Unterschenkelbereich zu versorgen. Auf diesem Weg ist er stets durch die Faszie geschützt und unter pathologischen Spannungsverhältnissen deren umhüllendem Druck unterlegen, welcher sich dort am ehesten auswirkt, wo seine Unterlage knöchern also unnachgiebig ist.

Der *Muskulus tensor fasciae latae* ist teils unmittelbar unter der Haut gelegen, teils von einer Faszie überzogen. Er entspringt dem vorderen Darmbeinstachel und von der *Fascia lata* und zieht parallelfasrig zum *Tractus iliotibialis, Maissiati*, welchen er im mittleren Abschnitt des lateralen Oberschenkels erreicht. Er spannt die *Fascia lata* und besonders deren *Tractus iliotibialis*, beugt und abduziert den Oberschenkel und rollt ihn etwas nach innen; bewirkt eine geringe Streckung und Auswärtsrollung des Oberschenkels (nach Spalteholz).

Schlussbemerkungen zum Oberschen Symptom

Die krurale Ischias ist eine ungewöhnliche Folge einer beginnenden Coxarthrose, häufig fokaltoxischen Ursprungs. Die Uebertragung erfolgt mechanisch durch die Druckwirkung des *Tractus Maissiati* auf den Nerven *peronäus* gegen dessen unnachgiebige Unterlage infolge einer reflektorischen Anstraffung des Muskels *tensor fasciae latae* als Antwort auf den Reizherd im Hüftgelenk. Die Behandlung schreitet die pathogenetische Kette nach rückwärts ab; sie richtet sich zunächst gegen das Symptom und löst die schmerzbe-wirkende Kontraktur nach demselben Prinzip, wie wir es am Beispiel des kontrakten Knickfusses kennen gelernt haben.

