

Über Wirbellockerung und Wirbelverschiebung im Kreuz

Autor(en): **Buffat**

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): - **(1956)**

Heft 150

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930759>

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.

Über Wirbellockerung und Wirbelverschiebung im Kreuz

von Dr. med. Buffat, Lausanne

Ueber die krankhaften Verlagerungen der Lendenwirbel wusste die ärztliche Welt vor einigen Jahrzehnten noch verhältnismässig wenig, mit Ausnahme der Geburtshelfer. Dass diese Erkrankungen aber häufiger waren als man dachte, ergab sich erst nach den Möglichkeiten röntgenologischer Darstellung des Kreuzbein-Scharnier-Gelenkes und als die Aerzte mit solchen Leiden im Kreuz mehr zu praktizieren bekamen. Diese unteren Wirbelknochen können sich nach vorn, nach hinten und nach seitwärts verschieben. Ich lasse die Seitwärtsverschiebungen ausser Betracht, welche häufig Begleiterscheinungen der Wirbelsäulenverkrümmungen sind; ebenso die Verlagerungen nach vorn und rückwärts, die in Beziehung zu Degenerationserscheinungen des Bandscheibensystems stehen. Ich möchte mich beschränken auf die Vorverlagerungen, für welche man den Namen Spondylolithesis geprägt hat.

Als Wirbellockerung wird die Erschlaffung der kleinen Gelenkverbindungen am hinteren Teil der Wirbelkörper bezeichnet. Befallen ist meistens eine Einengung im mittleren Teil des Wirbels, Isthmus genannt. Zum Verständnis der Erscheinungen müssen wir uns die Faktoren ins Gedächtnis zurückrufen, welche das statische Gleichgewichtsverhältnis der unteren Lendenwirbel bedingen. Merkwürdigerweise gibt es die Erkrankungen nur am unteren Teil der Wirbelsäule und ausschliesslich bei Menschen; alle Lebewesen sonst auf der Erde kennen diese Leiden überhaupt nicht. Wenn wir den Lendentheil der Wirbelsäule seitwärts betrachten, so liegt die Querachse nach unten und vorn schräg und demzufolge besteht die Neigung, nach vorn zu gleiten. Der Dornfortsatz wirkt aber wie ein Art Klammer dieser Tendenz entgegen; die Dornfortsätze, dachziegelartig übereinander liegend, verhindern, dass der 5. und 4. Lendenwirbel nach vorn ver-

rutschen können. Wenn der Halteapparat der Wirbelfortsätze schlaffer wird, kann es ein Abgleiten geben, und damit ist dann die Wirbelverschiebung da. In ihrer Lage gehalten werden die Wirbelknöchelchen durch die Zwischenwirbelscheiben; diese haben einen weichen Kern, während sie aussen herum durch das sogenannte Ringband geschützt sind.

Für die Erhaltung der Gleichgewichtslage der Wirbelsäule sind die vorderen und hinteren Verbindungsbänder der Wirbel wichtig. Die gelben Sehnenbänder, zur Verbindung der Zwischenscheiben untereinander, scheinen von weniger Bedeutung zu sein, als man ihnen bisher zugelegt hatte. Aber das Sehnenband, das sehr wichtig ist, ist das vom Hüftknochen zum Querfortsatz des 5. Lendenwirbels. Es verläuft horizontal oder schräg vom Steissbein zur Hüfte, entsprechend der Lage des 5. Lendenwirbels. Beim Beugen des Oberkörpers dürfte es eine zügelnde Wirkung ausüben gegenüber der Tendenz zur Verlagerung des 5. Lendenwirbels in Beziehung zum Kreuzbein. Sehr wichtig sind schliesslich noch für die Aufrechterhaltung des Rückens die Muskeln des Rückens und die inneren Bauchmuskeln.

De Seze hat erklärt: «Es gebe weniger Kreuz- und Lendenschmerzen, wenn jeder Mann — und auch jede Frau — mit einem festen, flachen und muskulösen Bauch versehen wäre, dem natürlichen Lendenhalter». Zuverlässige Feststellungen über die Frequenz unserer Erkrankungen sind schwierig zu bekommen. Wirbellockerungen können nämlich jahrelang, ja bis zum Tode unerkannt bleiben, ehe sie zufällig oder durch Schmerzen von dem Betroffenen bemerkt oder von einem Arzt festgestellt werden. 5 bis 10 Prozent aller Kreuz- und Rückenschmerzen dürften, nach vorliegenden Statistiken, auf die hier beschriebenen Erkrankungen zurückzuführen sein.

Wie die Lendenwirbellockerung entsteht

Viel ist und wird darüber diskutiert, wie es zur Erschlaffung der sehnigen Verbindungen zwischen den zwei Wirbelknochen, an den Dornfortsätzen des 5. Lendenwirbels, manchmal auch des 4., kommt. Ob angeborene oder erworbene Schädigung vorliegt, darüber herrscht unter den Wissenschaftlern bis zur Stunde keine Einigung. Dr. Batts hat an 200 ungeborenen Kindern keine einzige Erkrankung dieser Art feststellen können; aber Dr. Blume hat einen solchen Fall wohl gefunden und beschrieben.

Die Verfechter der Erbllichkeitstheorie sehen die Ursache des Leidens in einer Art Materialfehler des Knöchels zwischen zwei Verkalkungszonen oder sie erklären es als Missbildung, wo vor der Geburt beide Gelenkfortsätze fehlen oder auch nur einer angelegt ist. In letzter Zeit fragt man sich häufiger, ob die Bandlockerung im Isthmus nicht als Folge eines Knöchelbruchs zu erklären wäre, der entstehen kann bei Ueberdehnung der Wirbelsäule oder Ueberbeanspruchung der langen und dünnen Knöchelchen des betreffenden Dornfortsatzes. Tatsächlich hat diese Erklärung der Krankheitsentstehung viel für sich. Nur der Mensch ist ja damit behaftet, welcher von Natur aus mit seinem vielen Stehen und seinem aufrechten Gang sein Kreuzbein-Gelenk häufig überanstrengt, sowohl durch plötzliche als auch übertriebene Beanspruchungen und Bewegungen im Kreuz.

Entstehung der Wirbelverlagerung

Lange war die Meinung vorherrschend, dass diese Erkrankung nur das zweite Stadium der ersteren wäre und dass das Gleiten des Wirbels nach vorn infolge einer Verletzung eintritt zufolge einer Erweichung der Knochensubstanz der Dornfortsätze. Wie schon gesagt, hatte Dr. Blume in einem Falle die Erbllichkeit des Leidens nachgewiesen, obschon für die überwiegende Mehrheit der Autoren das Leiden als erworben gilt und nicht als ererbt. Der betreffende Autor hat sich auch ge-

fragt, ob nicht die Verlagerung des Wirbelkörperchens primär gegeben wäre und die Lockerung erst sekundär am Isthmus auftritt. Man hätte somit zwischen angeborenen und nach der Geburt entstandenen Erkrankungen zu unterscheiden. In der grossen Mehrzahl der Fälle müssen aber nach meiner Meinung angeborene Ursachen ausgeschlossen werden. Viele Faktoren können bei der Entstehung des Leidens beteiligt sein: Angeborene Missbildungen oder schlaffe Bänder, Fehlen der Gelenkfortsätze gänzlich oder teilweise. Ein Bruch der Wirbelknöchel kann die Lockerung der Bänder zur Folge haben. Beim Röntgen bekommt man das gleiche Bild entsprechend der Veränderungen der festen Knochensubstanz im Sinne von Entkalkung oder Erweichung. Die genannten Erscheinungen können selbstverständlich als gegeben schon vorliegen, einzeln oder in ihrer Gesamtheit; wie es auch wahrscheinlich ist, dass ein Knochenbruch da entstehen wird, wo die Knochensubstanz infolge einer Verletzung oder Schädigung schon angegriffen war.

Feststellung der Erkrankungen

Wie schon erwähnt, können Patienten oft viele Jahre die Kreuzbeinwirbel-Lockerung und Kreuzbeinwirbel-Verlagerung mit sich herumtragen, ohne dass das Leiden erkannt wird durch irgendwelche Beschwerden oder klinische Erscheinungen. Häufig bekommen die Betroffenen erst dann Schmerzen im Kreuz, wenn sie sich hintereinander körperlich heftig überanstrengt haben, wenn sie sich übertrieben stark plötzlich gebückt haben oder gar aufs Kreuz gefallen sind, erst dann bekommen sie heftige Schmerzen.

Man hat oft in solchen Fällen ein Krankheitsbild, wie es zur Bandscheibenentzündung der Lendenwirbelsäule gehört, charakterisiert durch Lenden- und Hüftschmerzen. Die Lendenschmerzen sind ganz deutlich in den unteren Lenden und stärker beim Stehen und Tragen von schweren Lasten, während sie mehr oder weniger aufhören, wenn der Patient lang liegt.

Eine Steifheit in der Lendengegend besteht oft und die Untersuchung zeigt oft sehr deutlich eine Unterbrechung in der Wirbelsäule, als ob eine Verkrümmung übertrieben an einem Punkt eingetreten wäre. Beim Abtasten konstatiert man einen Bruch in der Linie der Dornfortsätze. Wenn die Schmerzen in Beziehung gesetzt werden müssen mit Störungen der Wirbelsäule zufolge Bandlockerung oder Wirbelverschiebung, muss man daran denken, dass die Schmerzen auch herkommen können von einer Veränderung der Bandscheibe am Ort einer Verletzung oder einer Veränderung der benachbarten Bandscheibe. Manchmal können auch chronische Gelenkveränderungen in der Wirbelsäule Schmerzen veranlassen. Das Hüftweh entsteht aus einem Druck des 5. Lendennerven oder 1. Kreuzbeinnerven. Diese Kompression steht in Beziehung mit Formveränderungen der knöchig knorpeligen Gewebe. Hier wiederum darf man nicht eine andere Quetschung übersehen aus anderen Gründen, meistens infolge einer Bandscheibenverlagerung. Es ist im allgemeinen möglich zwischen Bandscheiben- und Hüftschmerzen genau zu unterscheiden. Wenn man irren würde in der richtigen Erkennung der vorliegenden Ursachen der Schmerzen, so würden doch die gleichen Symptome bestehen bleiben. In gewissen Fällen plötzlicher Wirbelverlagerung würde die Nervenquetschung viel wichtiger sein, meistens doppelseitig und mit Störungen des Schliessmuskels am After. Bei genauem Ausfragen des Kranken und beim Untersuchen im Stehen und Liegen und in Betrachtziehen der nervösen und krankhaften Erscheinungen ist es im allgemeinen nicht schwer die genaue Unterscheidung zwischen Wirbellockerung oder Wirbelverschiebung zu treffen. Die Bestätigung des ärztlichen Urteils gibt dann das Röntgenbild. Der Arzt weiss natürlich, dass eine einzige Aufnahme nur von vorn ungenügend Aufklärung gibt und dass er auch eine Aufnahme von der Seite und von unten machen muss, um ein zuverlässiges Bild zu haben; nicht nur die gelenkigen Verbindungen zwischen den einzelnen

Wirbeln, sondern auch vor allem derjenigen der Dornfortsätze. Gerade im Bereich der letzteren finden sich ja die Schädigungen, welche die Lockerung oder die Verlagerung der Lendenwirbelkörperchen zur Folge haben. Die Röntgenaufnahmen zeigen uns ausserdem auch etwaige angeborene Missbildungen, welche sehr oft bei unseren Krankheitsbildern vorkommen, z. B. Nichtanlage der Dornfortsätze. Wenn wir den Patienten vor uns haben mit seinen Klagen über Hüftweh und Lendenschmerzen, müssen wir die Merkmale der ungleichen Krankheitsbilder unterscheiden können. Es darf nicht vorkommen, dass die Kranken nach unterschiedlichen Methoden behandelt werden: Massagen, Streckungen, Bewegungsübungen, ohne dass eine genaue Krankheitsfeststellung vorausgegangen ist. Zweifellos können forcierte Bewegungen bei gewissen Leiden ausserordentlich schwere Folgen haben, sogar den Tod verursachen. Eine genaue und systematische Untersuchung durch einen Arzt muss jeder Patient mit Lenden- oder Hüftschmerzen bekommen. Und er muss im Verlauf seines Rückenleidens auch zum Facharzt für Nervenleiden, zum Fachchirurgen und zum Facharzt für Orthopädie geschickt werden. Es muss von vorn, von der Seite und schräg aus der Kreuzbein- gegend geröntgt werden und auch mit einem zuverlässigen Apparat, der genaue und deutliche Bilder liefert. Bei den Leiden am unteren Rücken muss der Behandelnde eine sehr grosse Anzahl von verschiedenen Krankheiten auseinanderhalten ganz genau, die alle ähnliche Beschwerden machen.

Abgesehen von den Leiden an den Bandscheiben, welche von einer äusseren Verletzung herrühren können oder häufiger auch Alterserscheinungen sind, finden sich andere: Die Bandlockerung, die Wirbelverschiebung, die chronische Gelenkentzündung, bösartige Geschwülste, tuberkulöse Entzündungen, schlecht verheilte Brüche usw.

Sie werden nun leicht einsehen, warum es so sehr wichtig ist, dass der Arzt zunächst sich ein ganz genaues Bild macht

von den verschiedenen vorliegenden Schädigungen, bevor er anfängt zu behandeln; denn jedes Krankheitsbild braucht seine ihm eigene Behandlung.

*Behandlung der Wirbellockerung
und der Wirbelverlagerung im Kreuz*

Wie wir gesehen haben, kann dieses Leiden lange Zeit bestehen und sogar das ganze Leben hindurch, ohne dass die Notwendigkeit einer Behandlung sich ergibt. Wenn auf der Röntgenplatte bei einem Patienten eine Wirbelbandlockerung konstatiert ist, der über Hüftweh oder Kreuzschmerzen klagt, müssen wir uns vergewissern, ob nicht evtl. eine andere Schädigung vorliegt. z. B. Bandscheibenverletzung, schlecht verheilte Knöchelbruch, Geschwulst etc. Wenn der Arzt sicher ist, dass die vorliegenden Erscheinungen beim Kranken von der Wirbelbändererschlagung herkommen, so wird die Heilung nur mit absoluter Ruhigstellung des erkrankten Gebietes möglich werden.

In Bezug auf Lendenwirbelkörperchenverlagerung ist man heute allgemein der Ansicht, dass dem Patienten nicht zugemutet werden kann, ein ganzes Leben lang einen Stützapparat zu tragen.

Bei der Lendenwirbelverschiebung wird gegenwärtig allgemein eine chirurgische Behandlung statt einer orthopädischen der Vorzug gegeben. Früher wurde die Kreuzbeingegend in einem Gipsverband mehrere Wochen lang ruhiggestellt bevor man an die operative Behandlung heranging. In dieser Vorbereitungszeit gewöhnt der Patient sich an die horizontale Lagerung, die manchmal schon von selbst eine teilweise Besserung seines Leidens zur Folge hat. Lange Jahre hindurch war die Operationstechnik die gleiche, wie die für tuberkulöse Wirbelkörperentzündungen, also Unbeweglichmachen mit Hilfe einer Knochenspanne. Gegenwärtig kommen die Chirurgen mehr und mehr dazu statt einer Spanne aus harten äusseren Knochen den inneren Knochen anzusetzen. Dies ergibt eine bessere Fixierung und eine bessere knöchernerne Ausheilung. Wenigstens 6 Wochen

bekommt der Kranke Bettruhe. Ferner wird ungefähr 6 Monate lang ein lederner Lendenhalter oder ein Stützkorsett getragen. —

Zum Schluss möchte ich Ihnen noch einige Krankengeschichten bieten:

Fall 1, Schüler, geb. 1943,

hat niemals einen Unfall gehabt und ist immer gesund gewesen. Bei einer ärztlichen Untersuchung wurde eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule gemacht, wobei eine Wirbelkörperverschiebung zwischen L. 5 und S. 1 von ungefähr 2 mm Umfang konstatiert wurde. Der Knabe hat niemals Beschwerden von seinem Zustand gehabt, der nur zufällig entdeckt wurde. Eine 2. Röntgendarstellung nach einem Jahr zeigte keine weitere Verschiebung. Der Knabe trägt einen Lendenhalter und in einigen Jahren wird wahrscheinlich auch ein operativer Eingriff nötig werden.

Fall 2, kaufm. Angestellter, geb. 1926

Vorgeschichte ohne Bedeutung. 1951 bekommt er Kreuzschmerzen, wenn er längere Zeit steht oder sitzt. Er ist viel behandelt worden, bis eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule eine Bandlockerung zwischen L. 4 und L. 5 an den Tag gebracht hat. Bei der Untersuchung zeigt die untere Wirbelsäule eine starke Eindellung und einen leichten Riss. Kein Hinken und keine Nervenschädigungen. Am 9. Juli 1952 ist er operiert worden nach der Technik von Bosworth. Seit einer Kontrolle vor einiger Zeit klagt der Patient über keinerlei Schmerzen mehr. Er trägt auch keinen Lendenhalter und auch röntgenologisch ist nach der Operation alles erfolgreich ausgeheilt.

Fall 3, Röntgen-Technikerin, geb. 1928

1950 klagt die Patientin über Kreuzschmerzen und späterhin bemerkt sie eine Ausbuchtung an der unteren Wirbelsäule. Aus Neugierde lässt sie sich eine Röntgenaufnahme in dieser Gegend machen und man findet eine schwere Wirbelverschiebung von L. 5 nach S. 1. mit Bandlocke-

rung der gelenkigen Dornfortsatzverbindung m L. 5. Keinerlei Symptome als Nervenbeschädigung. Die Lendenwirbelsäule ist ganz und gar nicht steif, nur eine leichte Eindellung des Dornfortsatzes von S. 1. Operation am 8. März 1951. Es geht ihr gegenwärtig gut, sie trägt keinen Stützapparat mehr, fährt Motorrad und klagt nicht mehr über Schmerzen.

Fall 4, Landmann, geb. 1902

Niemals Unfall gehabt und niemals Rückenschmerzen. Am 2. September 1952 hatte er einen schweren Unfall und spürte danach ein Knirschen am unteren Rücken mit Schmerzen, die bis zum rechten Fuss ausstrahlen. Es handelt sich gemäss der Untersuchung um eine Wirbelverlagerung von L. 1 zu S. 1 mit Nervenquetschungen auf der linken Seite. Man erkennt am Röntgenbild auch die Erschlaffung des gelenkigen Systems von L. 5. Entsprechend dem allgemeinen Zustand wurde von einer Operation abgesehen und der Kranke bekam nur einen Lendenhalter aus Leder. Seit einer letzten Kontrolle ist alles unverändert. In diesem Falle ist man berechtigt zu fragen, ob es sich nicht um einen doppelten Bruch der Dornfortsätze des L. 5 handelt, von welchem der Patient niemals Schmerzen gehabt hat, trotzdem er gewohnheitsmässig schwere Arbeit zu verrichten hatte.

Fall 5, Glasbläser, geb. 1920

Die Feststellung einer Verschiebung des L. 5 zu S. 1. geschah schon 1936, als der Patient 16 Jahre alt war. Eine nicht chirurgische Behandlung wurde ihm angeboten und als ich den Kranken im Oktober 1953 gesehen hatte, klagte er über Schmerzen im linken Gesäss, ausstrahlend zu den

Waden, vor allem bei längerem Stehen. Die Untersuchung ergab ausser leichtem Hinken links, dass die Wirbelsäule eine doppelte Verkrümmung aufweist. In der linken unteren Gegend ist eine leichte Unterempfindlichkeit an der äusseren Seite des Schenkels. Die Röntgenaufnahme bestätigte die Diagnose der Wirbelverlagerung L. 5 bis S. 1 und einer sehr schweren Verkrümmung der Lendenwirbelsäule. 2. Dezember 1953 Operation. Späterhin musste der Patient einen Lendenhalter tragen. Seit der letzten Kontrolle erklärte der Patient, sich wie verwandelt zu fühlen. Er spürt überhaupt keine Schmerzen mehr. Röntgenologisch hat sich eine wunde, knöcherne Verdickung gebildet an der unteren Partie der Wirbelsäule.

Fall 6, Landmann, geb. 1930

Patient hat sich stets ausgezeichneter Gesundheit erfreut, als plötzlich im Juni 1952 Nervenschmerzen auftraten. Als ich im August 1952 den Kranken sah, hatte er eine Nervenlähmung mit schweren Afterschliessmuskelstörungen. Mit Hilfe der Röntgenplatte wurde eine ausserordentlich starke Verlagerung des L. 5 auf S. 1 festgestellt, zugleich mit einer Bandlockerung des entsprechenden gelenkigen Systems. Nach Versuch einer orthopädischen Behandlung ist er operiert worden am 11. Oktober 1952. Glatter Heilungsverlauf und mit der Zeit verschwanden mehr und mehr die Lähmungserscheinungen und zwar vollständig in Bezug auf Afterschluss und teilweise auch Besserung des Gebrauchs der unteren Gliedmassen. Er behauptet, gegenwärtig überhaupt keine Schmerzen mehr zu haben und konnte wieder als Landmann arbeiten.

Z u v e r k a u f e n

an bester Lage in Bern

Pedicure-Praxis

passend für Masseur/pédicure

Grosse, helle Räume, moderne Wasseranlage, neuzeitlichste Einrichtung,

ausbaufähig auf 5 Kabinen, Küche und 1 Wohnraum. Grosse Schaukasten mit bereits gutem orthopäd. Schuhverkauf. Lift im Hause. Zins günstigst. — Anfragen erbeten von nur kapitalkräftigen Interessenten unter Chiffre 359 an die Administration Thalwil.