Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1964)

Heft: 198

Artikel: Psoas- und Skalenus-Syndrom

Autor: Kohlrausch, W.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929893

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: 09.12.2025

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

Der Physiotherapeut
Le Physiothérapeute

Nr. 198 Oktober 1964

Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich anerkannter Physiotherapeuten
Bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes Erscheint 2-monatlich

Inhaltsverzeichnis:

Psoas- und Skalenus-Syndrom — Zehn Jahre Tätigkeit des Schweiz. Verbandes für die erweiterte Krankenversicherung — Education et Rééducation fonctionnelle de l'opéré cardo-vasculaire

Psoas- und Skalenus-Syndrom

Von Prof. Dr. med. *W. Kohlrausch*

Vortrag, gehalten in Zürich am 30. September 1964,
im Rahmen des Schweiz. Verbandes staatlich anerkannter Physiotherapeuten

Psoas und Skalenus können durch ihre reflektorischen Symptome ein besonderes Interesse beanspruchen. Das gilt in besonderem Masse vom Psoas.

Mit seiner Insertion am Trochanter minor ist er ein ausgesprochener Skelettmuskel. Mit seinen Insertionen an allen Lendenwirbeln und am XII. Brustwirbel ist er ein vielgelenkiger Muskel. Bezüglich der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ist er der Antagonist des M. erector trunci. Seine Lage in der Bauchhöle bringt ihn in enge Beziehung zu den inneren Organen. Die Wirkungen dieser Beziehungen gehen — wie noch gezeigt werden soll — über das erwartete Mass hinaus.

Der Psoas hat in der Therapie keineswegs die Rolle gespielt, die ihm zukommt. Man sollte meinen, dass er in der älteren Massageliteratur hervorgehoben wäre, aber die Angaben sind spärlich. Soweit ich sehe, ist er ernsthaft erst von uns in seiner Bedeutung für die Therapie hervorgehoben. Der Grund liegt wohl darin, dass er dem Griff in der Bauchhöhle weniger leicht zugänglich ist als die Skelettmuskulatur. Er ist aber keineswegs schwer erreichbar. Neuerdings hat der Chirurg *Moser*, Graz (Lit. 1, 2), sich durch die Beschreibung des Psoas-Syndroms ein besonderes Verdienst erworben. Auf seine Arbeit wird mehrfach einzugehen sein. Die tastbaren Veränderungen am Psoas sind Hypertonus und Gelose. Der Hypertonus entsteht überall da, wo ein Schmerz abzuwehren ist. Also ist er zu erwarten

I. bei allen entzündlichen Erkrankungen der Bauchhöhle,

II. bei den Spondylosen der Lendenwirbelsäule, den Diskopathien und ebenso bei Erkrankungen des Rückenmarkes,

III. bei Ueberbeanspruchung des Psoas selbst wie z. B. bei Tennisspielern, Ruderern, Speerwerfern usw.

Wenn der Hypertonus Schmerzen am Psoas selbst auslösen würde, wäre er viel häufiger Behandlungsobjekt. Das ist aber selten der Fall. Meist sind es Ausstrahlungen und reflektorische Fernwirkungen, über die geklagt wird. Deren Beziehungen zum Psoas sind keineswegs immer offensichtlich. So blieb seine Bedeutung unentdeckt. In zahlreichen Arbeiten (Lit.-Verz. 3, 4, 5, 6) habe ich diese Beziehungen beschrieben.

Am einleuchtendsten ist der Hypertonus zur Fixierung der lumbalen Gliederkette. Sowohl der M. erector trunci wie der M. Psoas können in schärfste Spannung geraten, wenn der Nucleus pulposus seine Lage verändert. Es entsteht ein Sperrtonus ähnlich wie bei der Einklemmung des Meniskus. Der Grad des Hypertonus ist von der Stärke des entstehenden Schmerzes abhängig. Er kann auch nach Aufhören der auslösenden Ursache lange bestehen blei-

ben. Röntgenbilder einer Lendenwirbelsäule mit aufgehobener Lordose weisen oft das gleiche Bild in verschiedenen Jahren auf. Der Sperrtonus lässt sich aber auch wieder lösen. Das kann geschehen durch Novocain(Impletol)-Injektionen an seine Sehne, wie *Moser* vorschlägt, oder in den Bauch, den *Plate*, Hamburg, (nach früherer mündl. Mitteilung) retroperitoneal durch Eingehen zwischen den lumbalen Querfortsätzen erreichte. Wir selbst haben mit der Vibration des Psoas gute Erfahrungen gemacht. Bei Kreuzschmerzen sind ja zunächst die hypertonen und gelotischen Härten in der Rückenmuskulatur auffälliger und werden meist durch auflockernde Griffe aus der hypertonen Lage gelöst. Wenn dadurch die Schmerzen nicht verschwinden oder gemildert werden, denke man an den Psoas. Fühlt man ihn hart und ist er gleichzeitig druckschmerzhaft, so besteht der Verdacht, dass er das «Ausrasten» des Nucleus verhindert. Der Behandlungserfolg kann fehlen, wenn seine Lösung aus der hypertonen Lage versäumt wird. Im allgemeinen hat uns die Vibration genügt. Nur, wenn inzwischen Gelosen entwickelt waren, musste die Knetung des Psoas angefügt werden. Sie ist unangenehm schmerzhaft und wird von mir nur angewandt, wenn ohne sie kein Erfolg eintritt. Der Psoasschmerz wird charakterisiert als ein diffus ausstrahlender Schmerz.

Die Technik ist folgendermassen: Die massierende rechte Hand legt sich mit den Fingern unter sanftem Druck so auf den M. rectus abd. der dem Massierenden abgewandten Seite, dass die Fingerendglieder ihn überragen. Durch Drehung der Hand um eine Achse, die durch die Grundgelenke der Finger gehend gedacht ist, werden die Fingerkuppen um den äusseren Rand des M. rectus herum in die Tiefe und leicht medial führend gesenkt, bis der M. Psoas gefühlt wird. Die linke Hand unterstützt — auf der rechten Hand liegend — den sanften sich langsam steigernden Druck.

Die Lösung des Hypertonus kann schlagartig zu einer Befreiung der Zwangshaltung führen. In den meisten Fällen allerdings kehrt die Zwangshaltung wieder und muss neu gelöst werden. Meist führt eine Behandlungsserie von ca. 10—15 Sitzungen (gelegentlich 1—6) zur Befreiung vom schmerzhaften Hypertonus, sofern nicht das fortbestehende Leiden zu immer neuen hypertonen Reizungen führt. Das würde z. B. bei einer Diskushernie oder bei unlösbarem Prolaps der Fall sein und zur Aenderung der Therapie zwingen.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse beim M. scalenus. Wenn bei cervikaler Diskopathie röntgenologisch eine Steilstellung der Halswirbelsäule gesehen wird, findet sich mit Regelmässigkeit eine starke Verspannung der oder eines der Scaleni. Auch hier besteht ein Antagonismus zwischen der Nackenmuskulatur und den Skalenen. Wir sahen häufig Fälle zervikaler Diskopathie, die erst gebessert wurden, nachdem auch die Skalenen mitbehandelt wurden.

Das gilt vor allem für die migraine cervicale. Unsere Behandlung besteht in der manuellen Auflockerung der Muskeln durch Vibration oder auflockernde Friktionen. Daneben wenden wir die sanfte Extension an. Wir legen besonderen Wert auf die geringen Zugkräfte. Bei Frauen genügen im allgemeinen 1—2 kg Gegengewicht an Rollenzügen, bei Männern 2—4, nur gelegentlich höhere Gewichte. Gerade der sanfte Zug detonisiert das kontrakte Bindegewebe der Bänder und anderer Weichteile. Die Zeit, die für die Detonisierung notwendig ist, pflegt zwischen 5 und 15 Minuten zu liegen. Zwischengeschaltete kraftvolle Spannungen mit folgender Entspannung pflegen die Detonisierung zu verstärken.

Es wurde schon erwähnt, dass Hypertonus und Gelosen nach sportlichen Anstrengungen auftreten können. Dafür pflegt beim Psoas das ruckhafte Vorziehen des Rumpfes z. B. beim Speerwerfen, beim Rudern und vor allem das rasante Vorreissen des Rumpfes beim Tennisaufschlag verantwortlich zu sein. Hierbei werden selten örtliche Muskelschmerzen angegeben, wie das bei Skeletmuskeln sonst üblich ist, sondern Schmerzen, die als dumpfe, gelegentlich auch als in krisenhaften Anfällen auftretend bezeichnet werden. Nur teilweise treten diese Schmerzen während der Sportausübung auf. Meist kommen sie einige Stunden später oder nachts. Bei Rechtshändern liegen sie in der rechten Bauchhälfte, bei Linkshändern oder bei Rude-

rern, die den linken Riemen betätigen, werden sie links angegeben.

Tastet man den Psoas ab, so fühlt man eine Verhärtung unterhalb des Nabels in ca. 2 Querfinger Breite. Sie pflegt sehr druckschmerzhaft zu sein. Dieser Punkt liegt dem *McBurney*'schen Punkt sehr nahe. Somit muss die Differentialdiagnose einer Appendizitis immer einbezogen werden.

Es muss betont werden, dass jede Appendizitis den M. psoas in die défense musculaire einbezieht. Wie auch *Moser* betont, kann die Fehlspannung des M. psoas nach Abklingen der Appendizitis erhalten bleiben. Dann können appendizitis-ähnliche Beschwerden bestehen bleiben. Ja, sie können sogar nach Entfernung des Wurmfortsatzes neu auftreten. Dafür folgt weiter unten ein eindrucksvolles Beispiel.

Meine wesentlichen Erfahrungen mit dem Psoas-Syndrom bei Sportleuten konnte ich in meiner Berliner Zeit sammeln. Zunächst waren die Befunde zufällig. Medial vom *McBurney* im Psoas unterhalb des Nabels fanden sich hypertone schmerzhafte Bezirke, die von mir nach gründlicher Ausschaltung entzündlicher Vorgänge an der Appendix mit Vibrationen angegangen wurden. Die Massage des M. psoas war damals praktisch unbekannt. So ging ich mit einigem Zögern an diese Behandlung und vibrierte in der Entspannung des warmen Wasserbades. Später zeigte sich, dass die Vibration in entspannter Rückenlage ohne Schwierigkeiten ausführbar ist.

Die Erfolge übertrafen die Erwartungen. Meist hörten die krisenhaften Schmerzen bereits nach der 3. bis 4. Massage, gelegentlich schon nach einer einzigen detonisierenden Vibration auf.

Mein Chef, Geheimrat *Bier*, dem ich berichtete, beauftragte mich, das an Pat. der Poliklinik nachzuprüfen. Das stiess zunächst auf Schwierigkeiten, weil der damalige Leiter der Poliklinik sich meinen Gedankengängen nicht anschliessen konnte. Erst als ich ihm einen Ruderer mit linksseitiger Psoalgie zeigte mit den Worten: «Hier kann ich Ihnen etwas Hochinteressantes zeigen, eine chronische Appendizitis bei einem situs inversus», war er gewonnen. Wir haben 15 Fälle, die die Poliklinik wegen appendizitis-verdächtiger Bauchbeschwerden aufsuchten, bei denen sich aber nach gründlicher Untersuchung zeitlich entzündliche Vorgänge ausschalten liessen, der Psoasvibration unterzogen. Es waren auch mehrere Pat. darunter, bei denen eine akute Appendizitis in der Vorgeschichte mit Sicherheit zu erkennen war. In allen Fällen waren ausser den periodisch auftretenden Bauchbeschwerden Psoasdruckpunkte deutlicher als der *McBurney*'sche. 13 dieser von mir persönlich zwischen 5- und 8mal massierten Pat. blieben nach unseren katamnestischen Nachuntersuchungen beschwerdefrei. Einer, der bei Abschluss der Behandlungsserie beschwerdefrei war, beantwortete die Nachfrage nicht, und einer hatte sich nach der ersten Massage der Behandlung entzogen.

Ich berichte das nicht, um dieses Verfahren anzuregen, sondern um die recht deutlich vegetativen Beeinflussungen über reflektorische Wege aufzuzeigen. Soweit der Verdacht der chronischen Appendizitis nicht sicher widerlegt werden kann, wird die Appendektomie die Methode der Wahl bleiben. Kann die Erkrankung der Appendix dagegen mit grosser Wahrscheinlichkeit abgelehnt werden und ist die Psoalgie als auslösende Ursache der Beschwerden anzuerkennen, so kann dem massagegeübten und kritischen Arzt die Vibration des Psoas empfohlen werden. Im übrigen steht auch das Vorgehen von *Moser* zur Verfügung. Er umspritzt die Endsehne des Psoas am Trochanter minor mit Novocain und berichtet über ähnliche Erfolge dieser Therapie.

Eindeutiger kann die Entscheidung getroffen werden, wenn nach der Appendektomie Beschwerden entstehen, die dem Appendizitisschmerz ähnlich sind und vielfach als Narbenschmerz gedeutet werden. Findet sich der Psoas hyperton, so wird man nicht zögern, ihn mit einer der zur Verfügung stehenden Methoden zu detonisieren. Wir selbst ziehen die Vibration des Psoas vor.

Gelegentlich findet sich auch ein Hypertonus oder Gelose des Psoas, für den ein Grund nicht ersichtlich ist und kann zur Täuschung führen. Mir selbst ist einmal ein solcher Irrtum unterlaufen.

Eine Schülerin meiner Berliner Krankengymnastikschule wand sich in heftigen

Schmerzen der rechten Unterbauchseite. Diese war bretthart gespannt, kalter Schweiss stand auf der Stirn, die Partie um den Mund weiss. Das typische Bild eines appendizistischen Anfalls. Da sie sich vom Hauschirurgen ihrer Familie operieren lassen wollte und der Anfall abklang, schickte ich sie ihm. Er schickte sie mir nach 14 Tagen unoperiert zurück, da er sich von einer Appendizitis nicht überzeugen konnte. Etwa 4 Wochen später das gleiche Ereignis. Die Chirurgen der *Bier*'schen Klinik bestätigten die Diagnose und sie fuhr abermals. Nun operierte der Chirurg und schrieb: «Da Sie sie mir zum zweiten Male schickten, habe ich sie operiert, obgleich ich wiederum keinen sicheren Anhalt für eine Appendizitis hatte. Die Appendix war frei». 6 Wochen später der völlig gleiche Anfall. Nunmehr habe ich den stark hypertonen Psoas vibriert. Heilung. Nie wieder Beschwerden.

Seither achten wir auch bei anderen abdominellen Erkrankungen auf das Verhalten des Psoas.

Bei akuten und chronischen Appendizitiden fand sich immer ein deutlicher und gleichzeitig druckschmerzhafter Hypertonus von etwa 2 Querfinger Breite im Psoas unterhalb des Nabels in Höhe des *McBurney*.

Bei Galle-Lebererkrankung dagegen befand sich ein solcher Hypertonus oberhalb des Nabels. Diese Unterscheidung kann zur Differentialdiagnose dieser beiden Leiden herangezogen werden.

Bei Nierenerkrankungen lag ein gleicher Hypertonus etwas tiefer und mehr dorsal tastbar. Bei Nierensteinen wurde der Psoas in Höhe des Ureterübertrittes über den Psoas hart gefunden. *Kirchberg* beschreibt zur Bekämpfung derselben eine Vibrationsmassage entlang dem Ureter. Wieweit dabei die Vibration des Psoas mitentscheidend für den Erfolg war, kann ich nicht beurteilen, halte es aber für möglich. *Dittmar* beschreibt bei Nierensteinen eine Skoliose mit der Steinseite zugekehrter Konvexität. Es ist wahrscheinlich, dass diese durch den beteiligten Psoas mitbedingt ist.

Auch bei chronischen Bronchitiden und Asthma sahen wir hochsitzenden Hypertonus des Psoas und haben den Eindruck, dass die dabei ausgeführte Vibrationsmassage des Psoas in jenen Fällen, in denen die Krampflösung der Bronchialgefässe durch die Detonisierung des Diaphragma und der Mm. intercostales allein nicht gelang, den Verlauf der Krankheit günstig beeinflusste. Wir müssen nach unseren Erfahrungen annehmen, dass der Hypertonus des cranialen Teils des Psoas reflektorisch zur Auslösung von bronchialen Spasmen führt. Es ist möglich, dass die nahe räumliche Verbindung des Psoas mit dem Diaphragma dabei eine Rolle spielt, doch bleibt das einstweilen Hypothese.

Auch die Scaleni sind am reflektorisch auslösenden Spiel beim Asthma beteiligt. Wir finden immer wieder beim Asthma, beim chronischen Emphysem und der chronischen Bronchitis die Scaleni stark hyperton. Das erklärt sich allein schon durch den stärkeren Einsatz als Atemhilfsmuskulatur. Bleibt aber der Hypertonus und eine daraus sich entwickelnde Gelose bestehen, so wirkt das rückläufig als Reflexzone. Mit der Lösung des Hypertonus oder der Beseitigung der Gelose durch Friktion hören die reflektorischen Auslösungen der Asthmaanfälle bzw. die Störungen der Bronchitis auf. Technisch wichtig ist dabei die Mitbearbeitung der Skalenusansätze an den Rippen und die muskulär-sehnigen Anteile dicht oberhalb der Clavikula.

Vom Psoas-Syndrom ist weiter zu berichten.

Auch bei gynkologischen Störungen muss begreiflicherweise der Psoas in Hypertonus geraten. Wir finden diesen dicht oberhalb der sehnigen Verbindung von Psoas und Ilicus. Das gilt sowohl von nichtentzündlichen wie von entzündlichen Erkrankungen des Genitale. Soweit nach Abklingen der Krankheitszeichen der Hypertonus nicht verschwindet, kommt es nach der üblichen Zwischenpause von 8-10 Wochen zu funktionellen Störungen am Genitale. Wir sind in der Lage, über eine Reihe von Fällen zu berichten, in denen trotz deutlicher genitaler Beschwerden ein gynäkologischer Grund für diese nicht zu finden war und in denen sie nach Lösung der hypertonen Starre des Psoas verschwanden.

Aehnliches ist von der Obstipation zu berichten. In einer Reihe von Fällen, in denen mit der üblichen physikalischen Behandlung Erfolge nicht zu erreichen wa-

ren, setzten diese ein, nachdem der hypertone Psoas bearbeitet war.

Dass auch Stasen der unteren Extremitäten durch Psoashärten unterhalten werden können, ist nicht abwegig. Liegt doch die Vena femoralis in der Furche zwischen den Endsehnen des Psoas einerseits und des M. ilicus andererseits. Dass die Starre des Psoas damit eine mechanische Abflussbehinderung bedingt, ist einleuchtend.

So sahen wir bei einer Patientin, bei der eine hochsitzende Beckenvenenthrombose bestand, eine Stauung des ganzen linken Beines mit einer Umfangsdifferenz von 6 cm. Bei ihr war der Psoas bretthart verspannt und zwar in ganzer Länge. Es war anzunehmen, dass der harte Psoas einen ständigen Druck auf die Venen ausübte und seine Entspannung dringende causale Therapie darstellte. Man wird verstehen, dass einiger Mut dazu gehörte, trotz der Nähe der thromosierten Gefässe den Psoas zu vibrieren. Aber der Erfolg der persönlich durchgeführten Vibration des Psoas war über Erwarten gross. Obgleich seit über zwei Jahren keine Aenderung in der Schwellung des Beines eingetreten war, verschwand sie in vier Wochen regelmässiger Behandlung völlig. Die Vibration wurde durch Gefässturnen, Lockerungsübungen und allmählich zunehmende Spaziergänge unterstützt.

Man denke auch bei statischen Fussbeschwerden daran, dass die Beckenstatik verändert ist und der Psoas der Störenfried sein kann. Wir sahen mehrfach crampi der Füsse, die auf die übliche Behandlung mit Regulierung der Beckenstatik, örtlich auflockernden Massagen und Einlagen nicht ansprachen, nach der zusätzlichen Vibration des Psoas jedoch verschwanden.

Während bei den Erkrankungen der Lendenwirbelsäule — wie oben beschrieben — der Psoas mitbeteiligt ist, pflegt es bei den Hüfterkrankungen der Ilicus zu sein. Hinter dem Beckenkamm (bauchseitig) tastet man ihn als harten druckempfindlichen Wulst. Schmerzen werden teils in ihm, teils am Ansatz der Sehne am Trochanter minor angegeben. Häufiger noch wird der Schmerz oberhalb des Leistenbandes empfunden. Das hat mehrfach zu Verwechslungen mit einer Schenkelhernie geführt. Man fühlt aber nur eine starke Spannung der Ilikussehne. Diese Erscheinung habe ich besonders häufig bei Schenkelhalsfrakturen gefunden, auch als Spätfolge. Die Auflockerung der Sehne und des M. ilicus bringt oft eine rasche Besserung. Nur bei den nicht konsolidierten Schenkelhalsbrüchen kam es infolge des wieder auftretenden Hypertonusreizes zu erneuten Schmerzen, die schwer beeinflussbar waren.

Zum Schluss muss noch über die Beziehung des Psoas zu einem Leiden berichtet werden, für die eine einleuchtende Erklärung fehlt. Es sei denn, man wollte die nahe räumliche Verbindung des Psoas mit den vegetativen Zentren des Bauchraumes dafür verantwortlich machen.

Es handelt sich um Fälle der latenten und larvierten Tetanie bzw. tetanoider Zustände. In den von uns beobachteten Fällen fehlte die Erniedrigung des Calciumspiegels. Ob das zufällig oder signifikant ist, kann ich bisher nicht entscheiden, weil die Zahl der Fälle für eine statistische Erfassung noch zu gering ist. Da unter den ca. 20 Fällen aber nur einmal eine verwertbare Erniedrigung des Calciumspiegels gefunden wurde, in diesem Fall aber der therapeutische Erfolg, über den noch zu berichten sein wird, undeutlich war, möchte ich fast annehmen, dass mehr die latenten bzw. larvierten als die Tetaniefälle mit deutlicher Mineralstoffwechselstörung reagieren.

Bei unseren Fällen standen im Vordergrund vegetative Störungen mit Uebelkeit, Erbrechen, anfallsweiser Atemnot ohne Asthma, Zittern, Hyperventilationserscheinungen, Migränen, Absterben der Finger — ohne dass ein Reynaud sicher zu diagnostizieren war — und ähnliche weitere Zeichen. Wie bei der larvierten Form üblich wechselten in der Mehrzahl der Fälle solche Symptome im Lauf der Zeiten. Die Patientinnen (ich habe nur 2 männl. Pat. beobachtet) waren teils als latente Tetanie, teils als vegetative Dystonie, teils als Neurosen diagnostiziert zu uns gekommen.

Bei der ersten Patientin, die als «vegetative Dystonie bei neurotischer Labilität» zugewiesen war, fiel zufällig der druckempfindliche und sehr harte Psoas auf. Beim untersuchenden Druck auf den Psoas kam es zu Pfötchenstellung und zu typi-

scher Gesichtskrampfung. Auf Befragen gab sie an, dass diese Erscheinung auch sonst gelegentlich aufträte. Ca-spiegel 9,1. Ich hielt diese tetanoide Erscheinung für psychogen überlagert, setzte aber die sowieso notwendig erscheinende Psoasmassage fort, ohne an einen anderen Effekt als den der Beseitigung des Psoashypertonus zu denken. Ich wurde aber überrascht, als die Pat. nach wenigen Massagen angab, dass alle bisher geklagten vegetativen Störungen wie Kopfschmerzen, Depressionen, Uebelkeit, Schlafstörungen, Migränen u. a. m. völlig verschwunden seien. Der Mann bestätigte das hocherfreut. Aehnlich ging es mit einer Patientin, die von dem etwas egozentrisch-brutalen Mann mit der Bemerkung gebracht wurde, dies sei der letzte Versuch, den er mit der lebensuntüchtigen Frau mache. Auch hier ein ähnlicher Befund, der noch dadurch ergänzt wurde, dass beim Druck auf den Psoas Gesichtskrampfungen und Pfötchenstellung gesehen wurden. Nach der dritten Psoasvibration deutliche Besserung der subjektiven Beschwerden, nach 15 Massagen unterstützt durch roborierende Gymnastik und Spaziergänge, völlige Heilung von allen vegetativen Störungen. Der Haushalt konnte ohne Schwierigkeiten bewältigt werden.

Von den ca. 20 larvierten tetanischen Zuständen verdient noch einer beschrieben zu werden.

Ein junges 17jähriges Mädchen, bisher sportlich gewandt, Primanerin, behält nach einer Pneumonie eine Hyperventilationstetanie mit stärkster Fehlatmung zurück. Zittern am ganzen Körper, das periodisch auftritt, Uebelkeit, Erbrechen, Ohnmachten, intestinale Ueberempfindlichkeitsreaktionen. Ca = 8,9. Alle internistischen Behandlungen, hohe Calciumgaben bleiben ohne Einfluss auf das Leiden. Druck auf das «Hysteron», hier den Psoas, führt zur Pfötchenstellung. Es ist nachzutragen, dass nach Appendektomie mit 6 Jahren erstmalig Kreislaufstörungen auftraten, die mit Ohnmachten verbunden waren, aber wieder abklangen. Vielleicht ist das wegen der Nähe des Psoas bei der Appendix nicht unwichtig zu vermerken. Jetzt stand im Vordergrund die Fehlatmung, die sich bereits bei geringer Anstrengung mit Anreissen der Atmung und Verkrampfung der Scaleni und der Gesichtsmuskulatur manifestierte. Die Behandlung war dadurch erschwert, dass die Patientin seit Jahren von einer Behandlung in die nächste gebracht wurde und bisher niemals Erfolg gehabt hatte. So war sie jeder Behandlung gegenüber skeptisch.

Es zeigte sich aber, dass bereits nach der sechsten Vibrationsbehandlung des Psoas diese Fehlatmungen bedeutend geringer wurden, dass Pat. unter einer vorsichtigen Trainierung und weiteren Vibrationen des Psoas die genannten Erscheinungen völlig verlor. Sie wurde wieder schulreif und hat inzwischen ihr Abitur bestanden.

Später stellten sich *Reynaud*'artige Kälteempfindlichkeit der Finger mit Absterben auch im sommerwarmen Bad ein. Diese Beschwerden konnten in einer zweiten Kur ebenfalls beseitigt werden. Damit scheint der Erfolg der Kuren befestigt. Sie schreibt 1½ Jahre später: «Es geht mir prima, ich bin ganz gesund».

Wie schon gesagt, können über die Entstehung dieser tetanoiden Erscheinungen nur Vermutungen angestellt werden. Am ersten wird man daran denken, dass durch die räumliche Nähe des Psoas mit dem Vegetativum eine Erregung des Parasympathikus ausgelöst wird. Die entscheidende Rolle der Störungen des Mineralstoffwechsels als einzige Ursache bei den Auslösungen der Tetanie wird schon seit einiger Zeit nicht mehr anerkannt, so von *Jesserer* (7) und *Parade* (8). Jedoch scheint die Reizung des Parasympathikus über den Psoas nicht aufgefallen zu sein. Auch Dr. Elisabeth *Fischer* (9), die die Beteiligung der spastisch reagierenden Bauchorgane betont und auch krampfartige Schmerzen unterhalb des Nabels kennt, erwähnt ihn nicht.

Vielleicht erklärt sich durch unsere Beobachtung die bisher nicht gedeutete Häufung der larvierten Tetanie bei einzelnen Berufen wie Schneidern und Schustern, deren Sitzhaltung durchaus psoasbelastend sein kann.

Jedenfalls zeigen die mitgeteilten Beobachtungen, dass dem Psoas und in gewissem Masse auch den Skalenen mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte, als das bisher geschieht. Das war auch der Zweck dieser Veröffentlichung.

Zusammenfassung: Der Reflexhypertonus des Psoas wird ausgelöst durch a) entzündliche Erkrankungen der Bauchorgane b) Erkrankungen der Lendenwirbelsäule c) Ueberanstrengung bei bestimmten sportlichen Bewegungen.

Durch rückläufige Reflexe kommt es zu Beschwerden im Bauchraum bzw. an der LWS. Dadurch können Krankheiten vorgetäuscht werden wie z. B. eine Appendizitis oder Adnexerkrankungen usw. Durch Beseitigung des Reflexhypertonus kommt es vielfach zu eindrucksvollen Verbesserungen des Krankheitsbildes oder zu Heilungen. Der Sitz des Hypertonus ist organgebunden. Bei der Appendizitis wird er unterhalb des Nabels in Höhe des McBurney'schen Punktes, bei Leber-Gallenkrankkungen oberhalb des Nabels, bei Asthma zwerchfellnah gefunden. Auf ein Sonderbild wird aufmerksam gemacht, nämlich die Auslösung einer larvierten Tetanie durch Psoashypertonus und deren Bekämpfung durch Beseitigung des Hypertonus. Die Skaleni spielen bei der cervikalen Diskopathie, bei der Migraine cervicale und beim Asthma eine ähnliche Rolle.

Literatur:

1. *Moser*, H., Graz: Die Krankheit und Operation des Psoas. Verhandl. Orthopäd. Ges. 1959 Verl. Enke, Stuttgart. — 2. *Moser*, H., Graz: Das Psoas-Syndrom. Med. Kli., Nr. 19, S. 835, 1960. — 3. *Kohlrausch*, W., Freudenstadt: Die reflektorischen Wechselbeziehungen zwischen den inneren Organen und Skelettmuskulatur und ihre therapeutische Nutzbarkeit. Zschr. Nerv. heilk. Bd. 144/205, 1937. — 4. *Kohlrausch*, W.: Massage und Gymnastik reflektorischer Zonen. Aerztl. Mo. schr. f. berufl. Fortb./Schweiz. Jg. 5H 3./214, 1949. — 5. *Kohlrausch*, W.: in Krankengymn. i. d. Chirurgie. S. 57. Verl. de Gruyter, Berlin, 1954. — 6. *Kohlrausch*, W.: in Reflexzonenmassage i. Muskul. u. Bindegewebe, S. 137, II. Aufl., Hippokratesverlag Stuttgart 1959. — 7. *Jesserer*, H.: Die Tetanie. G. Thieme Verl. Stuttgart, 1958. — 8. *Parade*, G. W.: Dtsch. Med. Wschr. 74, 495, 1949. — 9 *Fischer*, Elisabeth: Latente und larvierte Tetanie beim Erwachsenen. Colloquium medicum, Jg. 6, Nr. 15, 1960.

Anschr. d. Verf.: Sanatorium Hohenfreudenstadt

Zehn Jahre Tätigkeit des Schweiz. Verbandes für die erweiterte Krankenversicherung

von Josef Schurtenberger

(Auszug aus der Schweiz. Krankenkassenzeitung Nr. 18)

Die Delegiertenversammlung des Schweizerischen Verbandes für die erweiterte Krankenkassenversicherung, bot Gelegenheit zu einem kurzen Rückblick nicht nur auf das letzte Jahr der Verbandstätigkeit, sondern auf das Entstehen und das nun zehnjährige Wirken des SVK.

Der Start

Am *3. Dezember* 1953 fand in Olten die Gründungsversammlung des Schweizerischen Verbandes für die erweiterte Krankenversicherung statt.

Das war der Ausgangspunkt einer Tätigkeit, von der man wohl sagen darf, dass sie im Laufe der vergangenen zehn Jahre zu einem nicht mehr wegzudenkenden Bestandteil der schweizerischen Krankenversicherung geworden ist und dass sie sich in jeder Beziehung zum Wohle sowohl der Krankenkassen selber als auch der ihnen angeschlossenen Mitglieder ausgewirkt hat. Zehn Jahre sind im Laufe der Geschichte eine kurze Zeit. Sie erscheinen uns in der schnellebigen heutigen Zeit wohl noch kürzer und unbedeutender, als dies vielleicht in früheren Tagen der Fall gewesen sein mag. Sie stellen aber gerade in dieser an Entwicklungen so überreichen Zeit eine Periode dar, die an Ereignissen und Veränderungen so reich ist, dass es wohl die Mühe lohnt, hier einen kurzen Rückblick auf diese zehn Jahre zu werfen.

Am 9. April 1954 trat der Vorstand erstmals zusammen und wählte zu Mitarbeitern des neugegründeten Verbandes: Dr. med. E. Le Grand, Langenthal, als Vertrauensarzt und J. Schurtenberger, Luzern, als Verwalter.

Damals ahnte wohl niemand, in welch kurzer Zeit der SVK bzw. sein Haupttätigkeitsgebiet, die Lähmungsversicherung, im Mittelpunkt des Interesses der schweizerischen Krankenkassen stehen würde. Grund dafür war die ungewöhnlich harte Poliomyelitisepidemie, die in der zweiten Hälfte des Jahres 1954 die Schweiz heimsuchte und die zur zweitgrössten werden sollte, die unser Land je erlebt hat und wohl je erleben wird. Als am 1. Juli 1954 die provisorische Verwaltung, die in verdankenswerter Weise von E. Hänggi und F. von Schroeder vom Konkordatssekretariat geführt worden war, und der provisorische vertrauensärztliche Dienst, für den sich Dr. med. V. Louis von der Krankenkasse Helvetia zur Verfügung gestellt hatte, von