V. Zur Massagetherapie.

Von **Dr. T. Cramer** in Frankfurt a. M.

Am 20. Mai 1885, auf dem Wege zum Bahnhof in Strassburg, that ich beim Herabsteigen von einer Treppe einen Fehltritt und knickte mit dem rechten Fuss lateralwärts um. Momentanes Hinsinken, heftigster Schmerz, Gefühl von Uebelkeit. Nach wenigen Augenblicken erhob ich mich und zwang mich trotz andauernd heftiger Schmerzen zu festem Auftreten und zu einigen Auf- und Abtoureuren im Geschwindsschritt vor dem Hause. Meine Absicht war, die Circulation möglichst zu reactiviren und so eine event. Schwellung in engeren Grenzen zu halten. Alsdann per Droschke zur Bahn. Extrazug nach Berlin, Nachtfahrt im dicht besetzten Coupé; daher keine Möglichkeit horizontaler Lagerung, vielmehr viel Schmerzen. Früh 8 Uhr in Halle folgender Status: Fussgelenkgegend etwas geschwollen; erheblicheres Oedem oberhalb des later. Knöchels,

hier dunkle haemorrh. Verfärbung. Medialer Knöchel sehr druckempfindlich. Absolute Unfähigkeit der Dorsal- und Plantarflexion im Talocrural-, wie der Drehungen im hinteren Sprunggelenk. Umgehend unternahm ich die schulgerechte Massirung des Falles. Die hohe Schmerzhaftigkeit auch leisester Eingriffe an den gezerzten Partien verlangte zunächst völliges Ausschliessen derselben von der Bearbeitung. Deshalb Anfang mit sogen. Eröffnungsmassage, welche in regelrechter Petrissage und Effleurage der unteren Hälfte des Oberschenkels bestand. Dann allmähliches Vorrücken der centripetalen Manipulationen bis zum Fussgelenk innerhalb 15 Minuten. Das Gelenk erst ganz leise, dann mit wachsender Intensität, doch ohne stärkeren Schmerz zu erzeugen, behandelt mittelst Massage à Friction und Effleurage. Zwischendurch Beuge- und Streckbewegungen im Kniegelenk. Priessnitz um's Fuss-Gelenk. Deutliche Abnahme der Schmerzen und Möglichkeit, die Fussspitze leicht zu heben und zu senken. Im Laufe des Tages noch 3 gleichartige Sitzungen à 10 Minuten. Vor der zweiten Sitzung fand sich die Gegend der Peronealsehnen stärker geschwellt und verfärbt. Die stetig abnehmenden Schmerzen verleiteten mich, keine dauernde Horizontallage einzunehmen, vielmehr zwischendurch mit Priessnitz und weitem Filzschuh versehen im Zimmer auf- und abzugehen. Priessnitz blieb auch Nachts liegen.

Am 2. Tage noch 3 Sitzungen à 10 Minuten. Nach den Sitzungen ein für alle Mal Priessnitzverband, nach der letzten nur Flanellbinde. Am 3. Tage im Stande, ohne Stock auf sehr schlechtem Strassenpflaster bei Anwendung einiger Vorsicht schmerzlos zu gehen.

Am 2. Juni empfand ich beim Schwimmen noch ganz unbedeutende Schmerzen beim Ausstossen des Beines, fünf Tage später konnte ich eine anstrengende Gebirgstour auf geröllbedecktem Wege in den Vogesen ohne Schmerzen und ohne unangenehme Folgen unternehmen. Nur auf Druck waren die beiden Malleolen am vorderen Rande noch wenig empfindlich, was sich bei täglichem Gebrauch des Fusses sehr bald von selbst verlor.

Bald darauf nahm ich Unterricht im Bicyclefahren. Am 9. Juni aber begegnete es mir beim Abspringen von dem ca. 172 cm hohen Instrument nach links seitwärts, dass ich die Fusssohle verfehlte und mit dem gesammten Körpergewicht auf den lateralen Fussrand auffiel. Ich lag zunächst consternirt am Boden, ohne mich und den Fuss rühren zu können. Hochgradiger Schmerz trat im Fussgelenk auf, als ich mich durch den Lehrer und einen Mitlernenden auf einen Meilenstein setzen liess, um mich von dem Schreck zu erholen. Nach einigen Minuten trat ich dann beiderseitig gestützt den Heimweg nach meiner ca. 6 Minuten entfernten Wohnung an. Das linke Bein war gebrauchsunfähig, und ich empfand innerhalb des Stiefels eine zunehmende Spannung. Status im Hause: Starke Schwellung der Fussgelenkgegend, beide Knöchel im Oedem verschwunden. Gegend des Lig. cruciatum und der Extensorensehnen ödematös und druckschmerzhaft; die den unteren Hälften und dem vorderen Rande der Malleoli entsprechende Gegend auf Druck sehr schmerzhaft.

Der Versuch, aufzutreten rief einen heftigen Zerschlagenheitsschmerz im Gelenk hervor; dieser hinderte auch die geringste Bewegung des Fusses in irgend einem Sinne. Oberhalb des lateralen Knöchels bis handbreit über ihn ist die Haut dunkelblauoth verfärbt; diese Haemorrhagie greift auf die Hinterfläche des Unterschenkels über, und eine entsprechende, aber schmalere Verfärbung zieht unter dem Knöchel dem Fussrand parallel.

Meiner Ueberzeugung nach war das ein typischer Fall zur unverzüglichen Einleitung der Massage. Dieselbe brachte ich so zur Ausführung: Horizontallagerung des Beines und Eröffnungsmassage des Oberschenkels sowie besonders auch der Kniekehle und der unteren Hälfte seiner Hinterfläche. Unterbrechungen durch active Kniebewegungen. Alsdann allmähliches Vorrücken der centripetalen Knetungen und Streichungen auf die Waden und die Extensorenmasse, sowie zu allerletzt auf den locus laesionis, dessen geringste Bestatung anfangs heftig geschmerzt hatte. Hier zuerst leiseste Effleurage bis zu deutlichem Nachlassen des Schmerzes, dann geringe Verstärkung der Bearbeitung, doch ohne Hervorrufung bedeutenderer Schmerzen, dann Priessnitzbinde. Ueber diese weiter Schnürstiefel mit weit offen gelassener aber doch angezogener Schnürung. Die Erleichterung war erheblich, so dass ich den Versuch machte, meinen Pflichten in dem im gleichen Stock belegenen physiologischen Laboratorium nachzukommen. Thatsächlich war ich, wenn auch hinkend, den Vormittag bis 12 Uhr 30 Minuten fast ohne Unterbrechung auf den Beinen. Es schien der Schnürstiefel in Verbindung mit dem Priessnitz die durch die Massage geschaffene Erleichterung zu begünstigen. Indess fand ich nach Abnahme beider eine erneute Zunahme des Oedems und nahm sofort eine zweite gleichartige Behandlung von 10 Minuten Dauer vor. Danach Priessnitz. Im Laufe des Tages noch eine dritte ebensolche Behandlung. Dazwischen viel zu Fuss im Zimmer und im Laboratorium. Zwischendurch auch horizontale Lage des Beines. Nachts Priessnitz.

Tags darauf (10. Juni) fand ich beim Erwachen nicht die gehoffte Besserung. Viel Schmerzen und keine erhebliche Schwellungsabnahme, dagegen weitere Ausbreitung der Hämorrhagie und grünliche Verfärbung des Dorsum pedis. Ich lagerte nunmehr das Bein horizontal und nahm tagüber 4 Sitzungen von 8–10 Min. vor mit jedesmaliger Einschaltung eines comprimierenden Priessnitzverbandes. Nach jeder Sitzung mehr Erleichterung. Nach der letzten konnte ich ohne Stiefel ohne erhebliche Schmerzen im Zimmer auf- und abgehen. Nachts Priessnitz. Am andern Morgen auffällige Abnahme der Schwellung. Sofort eine weitere Sitzung, die wieder bedeutende Erleichterung in Bezug auf Schmerzen und Functionsfähigkeit zur Folge hatte. Alsdann im Laboratorium stehend beschäftigt. Zwischen 10 und 11 Uhr konnte ich eine zweite Sitzung vornehmen, und weitere folgte unter Mittag — immer in der beschriebenen Weise. Jetzt gewannen die beiden Knöchel, besonders der laterale, wieder deutliches Relief. Gehfähigkeit auf glattem Boden fast normal. Der Fuss konnte wieder in kleinen Excursionen innerhalb des Talocruralgelenkes, dagegen nicht im Sprunggelenk bewegt werden; die Plantarflexion rief speciell über dem Lig. cruciatum noch heftige Schmerzen hervor.

Von jetzt ab konnte keine dauernde Horizontallage mehr innegehalten werden; um 5 Uhr Nachmittags die vierte Tagessitzung. Nachts Priessnitz.

Am 12. Juni nahm ich früh 8 Uhr die im Ganzen elfte Sitzung vor; danach Priessnitz und Schnürstiefel. Den Vormittag war ich im Laboratorium auf den Beinen und ersetzte um 11½ Uhr den Priessnitz durch eine Flanellbinde behufs besserer Festigung des Gelenks. Gehen sehr gut möglich, actives Heben und Senken des Fusses in kleinen Excursionen schmerzlos, in grösseren unter erträglichen Schmerzen ausführbar. Schwellung kaum noch bemerkbar.

Nachmittags 4 Uhr Status: Mediale Fläche des inneren Knöchels leicht druckschmerzhaft, sowie das von derselben zum Fussrand ziehende Lig. laciniatum und die Bandmassen zwischen Tibia, Schiff- und Fersenbein, sowie zwischen Talus und Calcaneus in der Gegend des Sinus tarsi. Ebenso waren die Sehnen des Extensor halluc. long., die der Extensores digg. longg., das Lig. cruciatum und die kurzen Extens. digg., die Sehnen der Peronei wie auch das Retinaculum peroneorum, die laterale Fläche des äusseren Knöchels, das Lig. fibulo-calcaneum auf Druck in verschiedenen Graden schmerzhaft.

Wegen des fast völligen Schwundes des Oedems wurde am nächsten Tage nichts am Fuss vorgenommen, derselbe dagegen im Hause wie der andere benutzt. Infolge dessen traten am 14. Juni wieder geringe Schwellung über dem Schnürstiefelrand und spontane Schmerzen auf, speciell über den Sehnen der langen Zehenstrecker. Abends eine Sitzung von 15 Minuten, Priessnitz für die Nacht.

15. Juni. Oedem fast wieder verschwunden, Schmerzen viel geringer. Priessnitz erneuert. 11½ Uhr Massage und Priessnitz. Schnürstiefel darüber. Keine Schonung im Hause.

16. Juni konnte ich wieder zur Stadt gehen und habe keinen Rückfall erlebt.

Zur Erzielung dieses Resultats hatten sich 13 Sitzungen als nöthig erwiesen innerhalb 7 Tagen. Es ist aber nicht zweifelhaft, dass die Herstellung der normalen Function in noch geringerer Zeit erfolgt wäre, wenn die entsprechende Schonung in Form permanenter Horizontallage des Beines der Massage und dem Priessnitz hätte zu Hülfe kommen können.

An dritter Stelle erwähne ich nun noch folgenden Fall:

Am 2. April 1886 unternahm ich mit einem Freunde eine Bicycletour von Frankfurt nach Darmstadt. Kurz vor D. 6⁴⁰ Abends überschlug sich in Folge Umsehens bei sehr schneller Fahrt mein „Safety-Instrument“, und ich fiel vornüber auf den R. Trochanter und das R. Handgelenk. Sofort von mir selbst mit der Linken ausgeführte Massage des letzteren, verbunden mit activ und passiv forcirten Bewegungen dämpfte die anfänglich ziemlich heftigen Schmerzen, so dass es mir relativ leicht gelang, diese wie die geringe Schwellung zu überwinden und die R. Hand mit zur Dirigierung der transversalen Leitstange zu benutzen.

Während der Eisenbahnrückfahrt nach F. führte ich eine den Umständen entsprechende Effleurage des Gelenks und des Unterarms aus. Auf der Fahrt von der Bahn zur Wohnung fuhr ich auf der schlecht beleuchteten, übrigens glatten Chaussée auf einen freiliegenden grossen Pflasterstein auf und überschlug mich abermals mit dem Instrument. Der Sturz war diesmal heftiger als der 4 Stunden früher erfolgte und traf wiederum R. Trochanter und R. Handgelenk. Um nun möglichst schnell lege artis eingreifen zu können, brachte ich das Instrument nach Hause (40 Schritt weit) und trug es unter heftigen Schmerzen im Gelenk in meine im ersten Stock gelegene Wohnung.

Sofort Pétrissage und Effleurage — nicht des sehr schmerzhaften und immer mehr versteifenden Handgelenkes sondern — des

Ober- und des Unterarms. Allmähliches Uebergehen auf jenes mit ganz leiser Effleurage. Priessnitz für die Nacht.

3. April. Morgens Schwellung des R. Handgelenks unter der „tabatière“ zwischen den beiden Extensorensehnen des Daumens sehr, weniger auffallend an anderen Stellen. Active Bewegung der Hand nur andeutungsweise unter Schmerzen, active Streckung wegen äusserster Schmerzen unmöglich. Active Ab- und Adduction sehr schmerzhaft. Das Gelenk zwischen Metacarpus poll. und multang. maj. spontan- und besonders äusserst druckempfindlich; bei activen und passiven Bewegungsversuchen stechende, bohrende, reissende Schmerzen besonders an dieser Stelle.

Das ganze Dorsum manus gleichmässig ödematös, auch die Finger anscheinend etwas verdickt und steifbeweglich.

Ich nahm sofort wiederum Massage des ganzen Armes, am Oberarm beginnend, vor und liess alsdann an Stelle einer entsprechenden Bearbeitung des Handgelenks eine Reihe abwechselnd heisser und kalter Handbäder folgen. Dabei liess ich die Hand stets so lange im Wasser, bis das Gefühl von heiss resp. kalt verschwunden war, und wiederholte diesen drei- bis viermaligen Wechsel von heiss und kalt den Tag über vier bis sechs Mal. Danach Flanellbinde und absolute Schonung der Hand. Mitella.

Am 4. April, einem Sonntag, behandelte ich nur einen dringenden Klienten, konnte daher die rechte Hand schonen und liess ihr die gestrige Therapie wieder zu Theil werden.

Am 5. April konnte ich dieselbe bereits bei der typischen Bauch- und bei einer Nackenmuskelmassage in geringem Grade mit eingreifen lassen, wandte aber die beschriebene Behandlung tagüber noch 3—4 Mal an. Am Abend war das Gelenk nahezu schmerzfrei. Nur gewisse Bewegungen in der Amphiarthrose Daumen-Multangulum waren noch recht empfindlich. Ich konnte aber heute wieder leichte Gegenstände heben. Bei den neun Massagesitzungen, die ich den Tag über vorzunehmen hatte, arbeitete vornehmlich die Linke, während die flanellverbundene Rechte nur hie und da mit half, soweit mit den Manipulationen keine Anstrengung für das Handgelenk verbunden war, dieselben also mehr die Fingergelenke in Anspruch nahmen.

Am 6. April dieselbe Behandlung von ca. 3 Massagesitzungen mit alternirend heissen und kalten Bädern, Flanellbinde und dieselbe Thätigkeit.

Am 7. April konnte ich wieder sämtliche Massage-Handgriffe, auch das Tapotement, ausführen, ausgenommen die Bauchschüttelung, welche das Aufheben eines guten Theils des Körpergewichts involvirt.

Es trat allerdings infolge der erneuten Inanspruchnahme der R. Hand am Nachmittag wieder etwas mehr Schmerz auf; indessen konnte ich doch am nächsten Tage 10 Sitzungen bewältigen, die z. Thl. kräftige Eingriffe erforderten. Das Kraftgefühl im Gelenk nahm dann schnell zu, die Schmerzen im Carpo-Metacarpalgelenk des Daumens ebenso ab. Verschlimmerung trat nicht ein, und ich konnte meinen Massagepatienten ohne weitere Störung gerecht werden.

Aus dem Mitgetheilten ergeben sich nun einige Gesichtspunkte für die Praxis:

In dem ersten Fall (leichtere Distorsion des R. Fussgelenks) war der Schmerz anfangs so stark, dass ein momentanes Hinsinken des Körpers erfolgte, jener klang aber so schnell zu einer weit geringeren Stärke ab, dass ich mit etwas Ueberwindung einige Touren fest auftretend vor dem Hause auf- und nieder machen konnte. Die nach der höchst unbequemen Eisenbahnfahrt von ca. 20 Stunden aufgetretene Schwellung war gering, trotz Hämorrhagie und erheblicher Functionsstörung. Ich glaube diesen Umstand auf den sofort eingeleiteten Gebrauch des Fusses in dem Sinne beziehen zu dürfen, dass man in leichteren Fällen, d. h. wenn der Schmerz nicht unüberwindlich ist, alsbald nach dem Umknicken das Anschwellen des Fusses durch forcierte Gehbewegungen in möglichst engen Grenzen zu halten suchen soll. Da nun wohl kaum je der Arzt in die Lage kommen wird, dieses Recept in flagranti zu ertheilen, so erlaube ich mir zunächst die Collegen auf diese alsbaldige Selbsthilfe aufmerksam zu machen.

Wo letztere wegen unüberwindlichen Schmerzes und stärkerer Schwellung unmöglich ist, da trete die möglichst sofortige Hilfe in Gestalt der Massage ein, wie in dem zweiten Fall (L. Fussgelenks-distorsion). Es ist klar, dass diese hier das nächstliegende, und zu dem ein im schlimmsten Falle wenigstens auch diagnostisch verwertbares Mittel ist. Fracturen und Knöchelabreissungen werden nach Beseitigung des Oedems leichter erkannt werden.

Von wie eminentem Erfolge die Massage in diesen Fällen ist, beweist die zweite Mittheilung. Bereits nach 24 Stunden war der Fuss, der von bedeutender Schwellung und heftigem Zerschlagenheitsschmerz eingenommen und absolut functionsunfähig war, in einem gewissen Grade gebrauchsfähig.

Ohne Zweifel ist bis heute der hochgradige Schmerz des Patienten das Motiv, welches den Arzt so vielfach veranlasst, zunächst mit

kalten oder Eisaufschlägen die Zeit zu verlieren und die Massage noch fernzuhalten. Wenn man aber weiss, dass distortirte Gelenke, anfangs kaum leise Berührung vertragend, unter kunstgerechter, ev. wiederholter Massirung binnen Kurzem soweit widerstandsfähig werden, dass sie kräftigere Effleurage aushalten, ohne wesentlich weh zu thun, und weiter, dass solche Gelenke auch ihre Anschwellung unter dieser Behandlung in kurzer Zeit verlieren, namentlich, wenn man das Glied permanent hoch lagert, so ist das dilatorische Verhalten solchen Fällen gegenüber auch dann nicht zu rechtfertigen, wenn man die Absicht hat, einen festen Verband anzulegen; denn in diesem Falle ermöglicht die Massage eine baldigere Bandagierung und somit schnellere Heilung.

Freilich kommt es hier noch mehr an auf das Wie der Ausführung als auf das Was der Verordnung. Lieber sehe ich ein distortirtes Gelenk mit Wasserglas-Verband behandelt als von der Hand eines sogenannten Masseurs misshandelt. Dass ein solches schmerzhaftes Gelenk zunächst ein Noli me tangere für den Masseur sein muss, geht aus dem Obigen hervor, wenn auch in anderem als dem landläufigen Sinne. Man hat ihm nämlich zunächst seine Ruhe zu lassen und mit einer „Eröffnungsmassage“ oberhalb des nächst oberen Gelenkes zu beginnen, um alsdann mit den centripetalen Manipulationen in einer dem Fall entsprechenden Geschwindigkeit peripherwärts vorzudringen, bis man zuletzt sich mit dem lädirten Theil befasst. Diese Geschwindigkeit hat im Allgemeinen zur Schwellung und zum Schmerz im umgekehrten Verhältniss zu stehen.

Dass man durch diese Methode von oben her eine Beschleunigung der centripetalen Strömungen, eine Ausgleichung der zwischen diesen und der centrifugalen Strömung gesetzten Stockung und damit eine Erleichterung der zum grossen Theil durch jene bedingten subjectiven und functionellen Beschwerden erzielt, ist durch die Praxis bewiesen und theoretisch plausibel. Dass dieser Kunstgriff trotzdem so wenig allgemein bekannt ist, dürfte an sich ein Grund zur wiederholten Betonung und Empfehlung desselben sein.

Allerdings ist es wünschenswerth, dass nicht Autodidacten, sondern Aerzte, die in dieser Disciplin geschult, ein höheres Interesse an der legitimen Ausführung derselben haben, die Behandlung übernehmen.

Die nöthige Geschicklichkeit kann jeder Arzt, der eine weiche, geschmeidige Hand und Ausdauer besitzt, sich heutzutage unter Anleitung eines der Schüler von Mezger erwerben.

Den Unterschied zwischen einer autodidactischen und einer schulgerechten Massage habe ich an mir selbst erprobt, nachdem ich $\frac{5}{4}$ Jahre als Landpraktiker nach „eigener Methode“ massirt und danach bei Prof. v. Mosengeil in Bonn in das Mezger'sche System mich hatte einführen lassen.

Zur Unterstützung der Massagebehandlung bei Distorsionen möchte ich die beschriebene Methode der abwechselnd heissen und kalten Bäder empfehlen. Ihre Wirkung darf man sich wohl als die einer vasomotorischen Saug- und Druckpumpe vorstellen. Ich lasse das heisse (40—50° R) und kalte (bis 8° R) Wasser nur so lange mit dem lädirten Theil in Berührung, als dasselbe noch als heiss resp. kalt empfunden wird, und wiederhole den Wechsel von 3—4 Bädern 4—6 Male am Tage mit nachfolgender Massage.

Die kurze zur Herstellung normaler Function nothwendige Zeit, nämlich zwei, sieben und fünf Tage, ist so in die Augen fallend, dass sie keiner weiteren Hervorhebung bedarf. Im ersten Falle waren 7, im zweiten 13, im dritten ca. 19 Sitzungen vonnöthen. In dem einen wurde der Fuss am 2. Tage, im anderen die Hand am 3. Tage zur theilweisen Function herangezogen. Das hatte im einen Falle eine heftigere, im anderen eine gelindere Verschlimmerung zur Folge. So kam hier eine Verzögerung der Ausheilung zu Stande, welche letztere, wenn es möglich gewesen wäre, die Gelenke gänzlich zu schonen, zweifellos in noch kürzerer Zeit erfolgt sein würde.