Aus der II. Medizinischen Klinik der Universität in Budapest.
(Vorstand: Hofrat Prof. Jendrassik.)

Zur Aetiologie und Therapie der Ischias.

Von Dr. Josef Csiky, Assistent, z. Z. Regimentsarzt.

Die Aetiologie der Ischias ist noch immer nicht klargestellt. In den meisten Lehrbüchern trifft man eine ganze Reihe von ätiologischen Momenten aufgezählt, wie das schon in der älteren Pathologie der Branch war. Die Erforschung der wahren Ursachen brachte es mit sich, daß in jedem Wissenszweige — wo diese Erkenntnis möglich wurde — die durch ungenügende Kritik der Empirie aufgestellten falschen und vielseitigen Angaben auf einmal verschwanden. Wie viele Ursachen der Tabes werden in unseren älteren Lehrbüchern aufgezählt! Aber auch in den vor einigen Jahrzehnten geschriebenen Abhandlungen über die Aetiologie der Tuberkulose, des Abdominaltyphus, der Malaria finden wir eine große Anzahl mit bestimmter Wahrscheinlichkeit, ja sogar mit dem Gefühl der Gewißheit aufgezählte, für gleichwertig erachtete ätiologische Faktoren. Mit dieser Richtung steht unser heutiges Denken im vollen Gegensatz, und auf Grund unserer heutigen Auffassung der Krankheitsursachen ist es nötig, sämtliche noch nicht aufgeklärten Krankheiten auf ihre Aetiologie und die Umstände ihrer Entstehung zu überprüfen.

Jene Grundlage unseres heutigen ätiologischen Denkens, daß jede echte Krankheit auf eine einzige und von den anderen verschiedene Ursache oder Gruppen von Ursachen zurückgeführt werden kann, bringt es mit sich, daß wir einzelne Symptomenkomplexe von echten, wirklichen Krankheiten unterscheiden können. Die exakte Definition der Krankheit ist auch heute noch kaum möglich; als echte Krankheit können wir nur jene bezeichnen, deren Aetiologie festgestellt ist. Jedenfalls hat der Satz, daß verschiedene Krankheitsursachen verschiedene Krankheiten verursachen, auch umgekehrt Geltung, und auf Grund unseres heutigen Denkens steht es über allem Zweifel, daß gut charakterisierte, von anderen Krankheitsbildern gut differenzierbare Krankheiten mit typischem Verlauf als echte Krankheiten betrachtet werden können und so ihre Ursache auf einheitliche, spezifische Momente zurückgeführt werden kann. Wenn wir daher die Ursache einer Krankheit suchen, so müssen wir in erster Linie konstatieren, ob die betreffende Krankheit in jeder Beziehung als echte Krankheit aufgefaßt werden kann.

Bei den infektiösen Erkrankungen ist die Entscheidung in dieser Beziehung nicht schwierig, auch dann nicht, wenn wir den Erreger nicht kennen. Die Variola, Scarlatina, Morbilli sind ohne Zweifel echte Krankheiten. Ein großer Teil der chemischen, also durch ein Gift verursachten Erkrankungen bildet ebenfalls sehr typische Krankheitsformen, obwohl der oberflächliche Beobachter sehr oft nur allgemeine Symptome findet. So verursachen z. B. die ätzenden Säuren und Laugen auf den ersten Blick nur allgemeine, nicht ganz charakteristische Symptome, aber auch in diesen Fällen bekommt die Krankheit dadurch, daß wir die krankheitserrregende Ursache nachweisen, eine ganz spezifisch-charakteristische Gestalt. Und so kommt es, daß trotz Ähnlichkeit der Veränderungen, die durch die Einwirkung verschiedener Giftarten entstehen, wir durch die Möglichkeit des Nachweises des betreffenden Giftes dennoch eine genaue Diagnose stellen können. Im Grunde ist es dasselbe wie bei der Differentialdiagnose zwischen Typhus abdominalis und Paratyphus oder anderen mit Fieber einhergehenden Erkrankungen, in denen wir die Krankheitserreger feststellen.

Viel schwerer steht die Sache bei den auf mechanisch-traumatischer Basis entstandenen Krankheitsbildern, obwohl wir auch hier genug charakteristische Formen kennen. Als häufigstes Beispiel sind hier die Herzklappenfehler zu nennen; die Trikuspidal- oder Aorteninsuffizienz oder die Stenose zählt zwar zu den echten Erkrankungen, aber nur dann, wenn wir auch den ätiologischen Faktor in Betracht ziehen. Dieser letztere Umstand wird von den Autoren noch nicht genug hervorgehoben, es ist aber klar, daß das Wesen und die Prognose eines geheilten, auf endokarditischer Basis entstandenen Klappenfehlers — sofern die Kompensation möglich ist — ganz anders ist als das weitere Schicksal eines auf arteriosklerotischer oder luetischer Basis entstandenen, fortschreitenden Klappenfehlers.

Geradeso steht es auch mit den anderen traumatischen Erkrankungen; neben den mechanischen Veränderungen muß zur richtigen Beurteilung der Erkrankung auch der ätiologische Faktor in Betracht gezogen werden. Ganz anders werden wir einen einfachen Knochenbruch beurteilen als einen, welcher die Folge einer Schußverletzung oder eines Tumors ist.

Dasselbe gilt von den auf mechanischem Wege entstandenen Nervenkrankheiten. Die durch den Druck eines Tumors entstandenen Symptome bedeuten nicht die Krankheit selbst, und die Natur der Erkrankung wird erst dann klar, wenn wir die Krankheitsursache oder die Natur des die Ursache bildenden Tumors festgestellt haben.

Auch bei den peripherischen Nerven finden wir dieselben Verhältnisse: die rheumatische Fazialislähmung unterscheiden wir ganz be-

stimmt von den Lähmungen anderen Ursprungs; der Ausdruck Fazialislähmung bedeutet nur einen Symptomenkomplex und wird erst dann dem Begriff einer echten Erkrankung entsprechen, wenn wir sie als eine rheumatische oder nach Verletzung entstandene oder durch Tumor etc. verursachte Lähmung bezeichnen.

Diese Denkweise ging so allgemein in unsere Praxis über, daß wir in den meisten Fällen schon aus den Umständen und Symptomen auf die Ursache folgern; das bedeutet ohne Zweifel soviel, daß die Ursache eines durch eine charakteristische, echte Erkrankung verursachten Symptomenkomplexes einheitlich ist. So erkennen wir bei der Infiltration der Lungenspitze die Tuberkulose, im plötzlich auftretenden, schnell wieder verschwindenden, am dritten Tage immer wiederkehrenden Fieber die Malaria, und wir zweifeln nicht daran, daß im ersten Falle der Kochsche Bazillus, im letzteren Falle das Malarialplasmodium die Ursache der Erkrankung bildet. Ebenso folgern wir aus dem Korsakowschen Symptomenkomplex, aus gewissen Formen der Leberzirrhose auf Alkoholintoxikation, aus gewissen Lähmungen auf Blei- oder Arsenvergiftung. Aber auch die meisten Symptomenkomplexe mechanischen Ursprungs sind genügend charakteristisch; die rheumatische Fazialislähmung, die als Folge von Plattfuß entstandenen Schmerzen im Fuß und andere Krankheitsformen sind so bekannt, daß wir aus den Symptomen auch den Ursprung bestimmen können.

Außer diesen Erkrankungen mit mehr oder weniger bekannter Aetiologie gibt es aber noch andere ganz bestimmte, echte Erkrankungen, die ohne Zweifel nicht infektiösen Ursprungs sind und über deren Aetiologie die meisten Autoren sich damit begnügen, alte Wahrscheinlichkeitsgründe aufzuzählen. Zu dieser Gruppe gehören von den Nervenkrankheiten die multiple Sklerose, die Paralysis agitata, die Syringomyelie und noch viele andere Erkrankungen, deren Symptome, Ablauf und Natur ganz klar darauf hinweisen, daß alle diese Erkrankungen ihre spezifische, bis jetzt unbekannte Ursache haben. Die Ursache bedeutet nichts anderes als diejenigen Verhältnisse, unter denen eine Erkrankung zustandekommt, und wenn wir der gegenwärtigen philosophischen Terminologie treu bleiben wollen, so müssen wir diesen Ausdruck gebrauchen.

Untersuchen wir nun auf Grund dieses Gedankenganges, ob wir die Ischias als echte Erkrankung auffassen können. Nach unserer Meinung können wir auf diese Frage mit Ja antworten, sind doch die Symptome dieses Leidens ganz besonders charakteristisch, und obwohl die Lehrbücher sehr verschiedene Gründe als ihre ätiologischen Momente anführen, wird doch jeder es für eine falsche Ischiasdiagnose halten, wenn sich als Ursache der ischiasähnlichen Schmerzen ein im Becken sitzender Tumor, eine Entzündung oder Diabetes herausstellt. In diesen Fällen hat der Kranke zwar Schmerzen, aber keine Ischias. Es hat nicht viel Sinn, wenn einzelne Autoren einen luetischen, gonorrhoeischen, tuberkulösen Ursprung für möglich oder für annehmbar halten. Das sind eben jene kritiklosen Behauptungen, die aus einem Buch ins andere wandern, ohne daß für ihr Vorhandensein irgendein ernster, stichhaltiger Grund vorhanden wäre. Dahin gehört auch der Ausdruck Statique variqueuse; der Umstand, daß der betreffende Kranke außer seiner Erkrankung noch eine Tuberkulose, Lues, Retroflexio uteri oder Venenerweiterungen hatte, ist bei weitem kein Argument für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen beiden Erkrankungen.

Die Erkrankung selbst gibt in diesem Falle nicht genug Stütze zur Begründung der Aetiologie. Ueber die durch die Ischias verursachten anatomischen Veränderungen wissen wir kaum etwas. Die meisten Autoren wissen überhaupt gar nicht, wohin sie diese Krankheit einreihen sollen: unter die Neuralgien oder unter die Neuritisformen. Oppenheim bringt sie sogar mit dem Muskelrheumatismus in Beziehung („im Gefolge eines Muskelrheumatismus“ . . . „echt myositisches Prozesse können einen auf den Ischiadicus übergehenden Entzündungsprozeß anfangen“). Andere meinen wieder, daß sie einen Uebergang bildet zwischen Neuralgie und typischer Neuritis. Diese Gedanken basieren noch immer auf der alten Organozellularpathologie; sie beherrschen die einzelnen Kapitel mit noch unbekannter Aetiologie, ebenso wie in früheren Zeiten sie in der Lehre von der Tuberkulose, vom Typhus eine Rolle spielten, als die Autoren die verschiedensten „Uebergänge“ für möglich hielten und beschrieben. „Der Katarrh ging in eine Entzündung, die Entzündung in Tuberkulose über.“ Unser heutiges pathologisches Denken geht aus dem Gedanken einer spezifischen Ursache aus, nur dieselben Umstände erzeugen dieselben Veränderungen und vice versa. Je bekannter der ätiologische Faktor einer Krankheit ist, um so weniger müssen die „Ursachen“ werden.

Von diesem Grundprinzip ausgehend, müssen wir fragen, ob im Krankheitsbilde der Ischias solche Umstände nachweisbar sind, die uns zur Einsicht in die Ursache der Erkrankung bringen können. Solche Umstände gibt es sogar zwei: der eine ist, daß wir die Analogie dieses Leidens auf einem anderen Nervengebiet nicht finden, der andere, daß es einseitig auftritt.

Diese zwei Umstände müssen noch mit ein paar Worten erläutert werden. Einzelne Autoren besprechen als Ischias anterior einen auf

der vorderen Fläche des Oberschenkels auftretenden Schmerz; die klinische Beobachtung lehrt aber, daß in diesen Fällen eine ganz andere Erkrankung zugrundeliegt, weder nach den Symptomen, noch nach dem Verlauf deckt sich das Krankheitsbild mit dem der Ischias, so daß man diese Fälle garnicht als echte Erkrankungen auffassen kann; nach mehrfacher, gründlicher Untersuchung stellt sich bald eine ganz andere Erkrankung heraus. Einzelne Autoren befassen sich mit der Ischias unter dem Kapitel der Neuralgien; davon aber kann überhaupt keine Rede sein, daß wir diese Erkrankung mit irgendeiner Form der Neuralgie identifizieren, und die neueren Arbeiten neigen zu der Ansicht hin, sie eher als eine Neuritis als Neuralgie aufzufassen. Obwohl es noch niemandem einfällt, die Erkrankung unter die übrigen Neuritisformen einzureihen. Das ist der Grund, warum die Ischias in jedem Lehrbuche ganz separat, in nicht entsprechender Umgebung beschrieben wird.

Die Einseitigkeit der Ischias wird von jedem Autor anerkannt; zweiseitig auftretende Schmerzen sind nach unseren heutigen Kenntnissen keine echte Ischias, und nach gründlicher, mehrmaliger Untersuchung findet man auch meistens die wahre Ursache dieser Schmerzen in einem ganz anderen pathologischen Prozeß.

Bei den akuten Erkrankungen ist die Halbseitigkeit der Symptome ein Spiel des Zufalls, bei chronischen Erkrankungen muß man diesem Umstand größere Wichtigkeit beilegen.

Unter den gegebenen Verhältnissen ist der erste Umstand nur so zu erklären, daß mit dem N. ischiadicus etwas geschehen muß, was mit einem anderen Nerv nicht geschehen kann, der zweite Umstand zeugt wieder dafür, daß der schädliche Einfluß nur eine Seite berührt, oder, was viel wahrscheinlicher ist, daß er dann viel schädlicher wirkt, wenn er nur halbseitig ist. Diese Verhältnisse sind kaum anders zu erklären, als daß die einzige Ursache der Ischias das schlechte Sitzen ist. Diese Annahme erklärt es einzig und allein, daß die Erkrankung nur am N. ischiadicus entsteht (oder eventuell am N. cutaneus femoris posterior); es ist auch selbstverständlich, daß das Körpergewicht viel stärkere Wirkung ausübt, wenn es nur auf den einen N. ischiadicus einen Druck ausübt, als wenn es auf beide Seiten verteilt wird. Wenn wir außerdem den Verlauf des Nerven und dessen Verhältnis zum Sitzen in Betracht ziehen, so wird es sofort verständlich, daß bei symmetrischem Sitzen das Os ischii keinen Druck auf den Nerv ausüben kann, weil dieser außerhalb des Tuber ischii verläuft und ein Druck auf diesen nur dann wirken kann, wenn das Becken nach einer Seite gebeugt ist; und, wie die beigegebene Abbildung zeigt, ist hierbei eine Druckrichtung nötig, die besonders durch die Sitzkante ermöglicht wird. Es ist wahrscheinlich, daß auch individuelle Momente eine Rolle spielen, und es gibt einzelne Menschen, bei denen der Nerv leichter zwischen dem harten Sitz und dem Tuber ischii gedrückt wird.

Das symmetrische Sitzen wird aber nicht bei jeder Beschäftigung eingehalten. So biegen sich die meisten Menschen beim Schreiben nach vorn und auf die Seite, und wenn dazu noch der Rand des Stuhles, auf dem der Betreffende sitzt, hart und kantig ist, so ist es sehr leicht begreiflich, daß auf den N. ischiadicus ein Druck ausgeübt wird. Es

gibt aber noch einen anderen Umstand, bei welchem dieser Druck noch intensiver ist, und das ist das Sitzen während des Stuhlganges auf harter, enger Basis nach vorn und meistens auch stärker auf eine Seite gebeugt. Es ist auch nicht so selten, daß das bekannte Kribbelgefühl im betreffenden Bein (das sogenannte Einschlafen des Beines) durch diesen Druck verursacht wird. Dieser Zustand ist vorübergehend, wie eine akute Ischias, es ist aber wahrscheinlich, daß die echte Ischias durch den öfters wiederkehrenden, aber nicht so intensiven Druck verursacht wird. Die auf die Nerven einen Druck ausübenden Tumoren verursachen bekanntlich einen sich auf den ganzen Nerv ausbreitenden Schmerz, und diese Analogie wirft etwas Licht auf die Erkrankung. Das häufig wiederkehrende Trauma verursacht höchstwahrscheinlich einen neuritischen Prozeß in Nerven.

Diese Erkenntnis hat auch praktische Folgen. In erster Reihe die, daß man solche Kranke auf diese Umstände aufmerksam machen muß; sie müssen ihren gewöhnlichen Schreibstuhl austauschen und dürfen nur auf einem Stuhl sitzen, auf welchem sie einem solchen Druck nicht ausgesetzt sind. Patient soll auf das symmetrische Sitzen acht geben, weil der Nerv gerade hierdurch am besten vom Druck bewahrt bleibt. Man muß ferner den Kranken auch auf den richtigen Sitz am Klosett aufmerksam machen. Dies alles ist deshalb so wichtig, weil nicht jener Druck gefährlich ist, der einen sofortigen Schmerz verursacht, sondern besonders derjenige, der innerhalb dieser Grenze bleibt; gegen den stär-

keren Druck verhält sich ohnedies jeder. Auch an anderen Körperstellen entstehen infolge regelmäßiger wiederholten Drucks schmerzhaftes Anschwellungen.

Auf dieser Grundlage müssen wir natürlich in Abrede stellen, daß die Ischias an verschiedenen Stellen des Nerven entstehen kann; unserer Meinung nach ist der Ausgangspunkt immer jene Stelle, welche in der Nachbarschaft des Tuber ischiadicus ist. Diese Stelle findet man am besten, wenn sich der Kranke beim Liegen auf die gesunde Seite dreht, das kranke Bein etwas anzieht und man dabei nun neben dem Trochanter major mit senkrecht gehaltenen Fingern eingetht und hierbei einen Druck gegen den Tuber ischiadicus ausübt. Dies ist die beste Methode zur Bestimmung des Druckpunktes am Ischiadicus. Es gibt auch keinen ersten Grund dafür, daß in gewissen Fällen der Ausgangspunkt der Erkrankung in die Rückenmarkswurzeln zu lokalisieren wäre; ebensowenig kann als Ursache die Obstipation gelten (wie das früher besonders Gussenbauer behauptete); dieser letztere Umstand könnte höchstens insoweit einen Einfluß haben, daß bei Obstipation ein längeres Sitzen nötig ist auf dem ohnehin schädlichen Klosettsitz. Unsere Kranken werden seit Jahren nach dieser Richtung ausgefragt, und unsere Erfahrung ist, daß die Obstipation bei diesem Leiden nicht so häufig vorkommt und daß Abführmittel keinen nennenswerten Einfluß auf die Erkrankung haben. Hingegen gelang es mehrmals, eine im Anfangsstadium befindliche Ischias dadurch zum Stillstand zu bringen, daß wir dem Kranken ein entsprechendes Sitzen empfahlen. Auf Grund unserer Erfahrung ist es zweifellos, daß viele Kranke deshalb ihr Leiden nicht los werden, weil sie auf diesen wichtigen Umstand nicht aufmerksam gemacht werden.

Zuletzt will ich noch bemerken, daß wir auf der Klinik seit Jahren die Erkrankungen mit dem Plätteisen behandeln. Die Mehrzahl unserer Kranken versuchte vergebens die verschiedenen Thermalkuren und Bäder. Die Heilung solcher Kranken gelang in den meisten Fällen ohne heiße Bäder, nur durch Plätten. Die Technik dieses Verfahrens, das, wie es scheint, in der häuslichen Behandlung schon länger bekannt ist, ist folgende. Der Kranke liegt auf dem Bauche oder — wie wir es als eine für die Untersuchung des schmerzhaften Nerven günstigste Lage beschrieben — auf der gesunden Seite, wobei er sein Knie anzieht. In solcher Lage können wir dem erkrankten Nerven noch näher als in Bauchlage. Der Oberschenkel wird nun mit einem einfachen oder doppelten Leintuch zugedeckt. Wir nehmen dann zwei stärkere Decken und legen sie derart auf den Kranken, daß die eine von oben bis zum Oberschenkel, die zweite hingegen von hier nach abwärts das Bein warm hält. Die zwei Decken kommen an der Austrittsstelle des N. ischiadicus zusammen. Da beginnen wir das Plätten, indem wir das warme Eisen zwischen den beiden Decken auf das Leintuch über der kranken Stelle anbringen. Wichtig ist bei diesem Verfahren, daß das Eisen die richtige Temperatur hat; zu diesem Zwecke ist am geeignetsten ein elektrisches Plätteisen, weil wir dessen Temperatur durch einen dazwischen geschalteten Widerstand beliebig einstellen können. Auch mit gewöhnlichem Eisen gelingt die Kur natürlich. Diejenige Temperatur ist am zweckmäßigsten, bei welcher es möglich ist, das Eisen eine halbe bis ganze Minute an einer Stelle zu halten: das Wärmegefühl muß aber sehr intensiv und zuletzt schon unerträglich sein. Dann rückt man mit einer Plätteisenbreite weiter, richtet aber die Decken immer so, daß der Kranke an den übrigen Stellen überall zugedeckt sein soll und der soeben bestrahlte Teil sofort unter die Decke kommt, damit es noch längere Zeit unter der Wirkung der Wärme bleibe. Die Wärme des Eisens ist eine sehr intensiv strahlende, und wenn wir die Temperatur gut wählen, so dringt die Wärmewirkung sehr tief ein. Gewiß steigert das Resultat des Verfahrens, daß der Kranke auf kleiner Fläche auf diese Art viel mehr Wärme aushält, als wenn die Wärme im Bad auf den ganzen Körper einwirkt.

Auf diese Weise behandeln wir die ganze schmerzhaftige Gegend entlang des Beines, was ungefähr zehn Minuten erfordert, obwohl es vielleicht überflüssig ist, den ganzen Nerv zu behandeln, da der Ort der Veränderung an der Gegend der Glutälfalte ist. Diese Behandlung verträgt der Kranke meistens recht gut, man wiederholt sie täglich, ausgenommen, wenn sich die Empfindlichkeit des Kranken gegen die Wärme steigert. In solchen Fällen macht man ein bis zwei Tage Pause. Im allgemeinen muß man im Anfang vorsichtiger sein, da der Nerv empfindlicher ist und auf mildere Behandlung die Besserung eher eintritt, als wenn wir zu starke Hitze anwenden.

Zusammenfassung. Die Ischias wird dadurch hervorgerufen, daß man beim Sitzen — besonders auf ungeeigneter Sitzfläche — den Nerven an den Knochen andrückt. Der Druckpunkt läßt sich am genauesten in der Seitenlage feststellen, wenn man um den Trochanter den leicht palpablen Verlauf des Nerven folgt. Zur Behandlung eignet sich sehr gut das Verfahren mit dem Plätteisen.

Das Becken beim Sitzen; Verhältnis des N. ischiadicus zum Sitzknorren.