XXI.

AUS DEM PHYSIOTHERAPEUTISCHEN UND MEDIKO-MECHANISCHEN ZANDER-INSTITUT
ANTWERPEN (DR. I. GUNZBURG, DIR. ARZT).

Über Periarthritis scapulo-humeralis.

Von

Dr. I. Gunzburg, Antwerpen.

Mit 2 Abbildungen im Text.

In mehreren Arbeiten habe ich mich damit beschäftigt, die Wichtigkeit einer genauen Diagnose und die präzise Feststellung des Symptomenkomplexes der Periarthritis scapulo-humeralis darzutun¹⁾.

Während sich in der letzten Zeit eine mannigfaltige, methodenreiche Behandlung der Knochenbrüche herangebildet hat, blieben die scheinbar weniger wichtigen Luxationen und Verletzungen im Hintergrund, als ob die Folgen dieser Traumen meist unbedeutend und für den Verletzten ganz unwichtig wären. Dies ist aber keineswegs der Fall. Es ist vielmehr, wie wir durch sorgfältige anatomische und klinische Beweise in den genannten Arbeiten nachweisen konnten, eine restitutio ad integrum nach Verrenkungen fast ausgeschlossen, selbst wenn die Einrenkung unmittelbar nach dem Unfall vorgenommen wurde.

Der anatomische Bau des Schultergelenkes mit den zahlreichen Gefässen und Nervenästen, die sich hier befinden, mit dem ganz vorzüglichen Synovial- und Sehnenschatz, der dem Humeruskopf eine aussergewöhnliche Beweglichkeit verleiht, ist so anspruchsvoll gestaltet, dass die leiseste Beziehungsänderung der Bestandteile des Gliedes eine empfindliche Funktionsstörung zur Folge haben muss.

Theoretisch könnten alle möglichen Störungen besprochen und vorhergesehen werden. — In Wirklichkeit, wenn wir praktisch unsere von mehreren Hunderten von Schulterverletzungen zusammengestellte Statistik durchsehen, kommen folgende Fälle vor:

¹⁾ Over de doelmatige behandeling der ongevallen. Gent. A. Siffer. 1904. p. 133. — Traitement des traumatismes de l'épaule. Annales de Médec.-phys. d'Anvers. 1909. — Nouvelles observations de periarthrite scapulaire. Ann. Soc. med. chir. d'Anvers. 1910. Juli. — Bullet. Soc. des Accid. du Travail. 1910.

Bei den Luxationen: 1. Nach normaler Einrenkung Dislokationen, die bei jungen Patienten eine Nearthrose bilden und nach 3—4 Wochen mittelst Mobilisierung eine anscheinend mit der früheren Funktionsfähigkeit gleiche Beweglichkeit bieten. — Die manuelle Mobilisierung, wenn auch nicht unzweckmässig, ist besser durch maschinelle zu ersetzen, bei welcher das Schulterblatt besser fixiert werden kann und die Mobilisierung regelmässiger, genauer und schmerzloser ausgeführt wird.

Ältere Patienten (45—60 J.) werden durch manuelle Behandlung kaum gebessert; in vielen Fällen bleibt bei ihnen eine sogenannte Periarthritis zurück, die durchaus einer energischen physiotherapeutischen Kur unterworfen werden muss.

2. Sehr oft bleibt Muskelatrophie noch infolge der tiefen Nerven- oder Muskelquetschungen.

3. Manchmal können während der Einrenkung ganze Muskelteile durchrissen werden und dem Gelenk eine lange Untätigkeit verursachen.

Bei den Kontusionen kann 1. sehr oft durch die Verletzung der um das Gelenk befindlichen Gewebe eine sehr hartnäckige Periarthritis zustande kommen.

2. Bei einer kleineren Anzahl von Traumen zeigt sich Muskellähmung infolge von Neuritis, welche mit Degenerationserscheinungen nebenher geht und eine schlechte Prognose aufweist.

3. Manchmal erscheint eine trophische Erkrankung aller Gewebe — besonders der Knochen — und ist ausser der Periarthritis scapulo-humeralis auch Sudeck'sche Knochenatrophie vorhanden.

Die Periarthritis ist demnach als eine der häufigsten Begleiterscheinungen der Schultertraumen zu betrachten. Obwohl bereits von Duplay, Berne, Norström erwähnt, wurde diese Komplikation jedoch sehr wenig beachtet. Die schweren Unfallsrenten in der letzten Zeit haben die Wichtigkeit der Periarthritis für die Funktionsfähigkeit bestätigt und die Notwendigkeit bewiesen, das Krankheitsbild genau festzustellen.

Das Gelenk zeigt in der ersten Zeit von aussen keine merkliche Änderung — späterhin, wenn die Schultermuskulatur atrophisch geworden ist, erscheint die kranke Seite allerdings niedriger als die andere. — Meist bestehen keine spontane Schmerzen, aber zwei Druckpunkte sind als charakteristisch anzunehmen: der eine befindet sich oben am Gelenk, etwa an der Insertionsstelle der langen Bizepssehne, der andere an der Vorderfläche des Humeruskopfes.

Die Bewegungen müssen passiv und aktiv untersucht und stets mit der anderen Seite verglichen werden. Im normalen Zustand kann der Oberarm bis zur horizontalen Linie gehoben werden ohne Begleitung des Schulterblattes — und mit demselben bis zur vertikalen Linie. Bei Vorhandensein von Periarthritis bleibt der Arm bereits nach 30°—40° feststehen; jede weitere Bewegung ist schmerzhaft und nicht ohne gleichzeitige Schulterblattbewegung möglich.

Die aktiven Bewegungen, die der Patient selbst ausführt, müssen nach allen Richtungen untersucht werden — nach vorne, hinten, nach oben und seitwärts. Zwei Faktoren können die aktive Beweglichkeit herabsetzen: Gelenksteifheit oder Muskelatrophie. — Man bedient sich am besten des Goniometers, den wir dazu hergestellt haben, um mit der grössten Genauigkeit den Winkel zu messen (Fig. 1).

Das Gelenk selbst ist weder entzündet noch schmerzhaft, alle Erscheinungen lokalisieren sich in den Nachbargeweben.

Die Röntgenbestrahlung bietet gewöhnlich nichts Besonderes — wir haben die meisten Fälle radiographisch untersucht und nie Knochenveränderungen konstatiert. Da, wo der Knochen angegriffen war, bestand gleichzeitig Sudeck'sche Atrophie.

Kienböck¹⁾ hat kürzlich in seiner Sammlung 12 Fälle von Periarthritis analysiert und glaubt aus der Untersuchung dieser Bilder schliessen zu können dass sich meist ein Exsudat der Bursa subacromialis oder subdeltoidea erkennen lässt. — Es schien uns nach der Beschreibung der Fälle jedoch, als ob nicht reine Periarthritis vorgelegen hätte, und wir haben bei unseren Aufnahmen bisher keinen derartigen Schatten wiedergefunden. — Es sind eben die fibrösen Gewebe bei der Periarthritis ebenso mit beteiligt wie die Synovialsäcke und es muss demnach noch untersucht werden, in welchen Fällen die beschriebenen Flecken zu finden sind.

Fig. 1.

Ein charakteristisches Symptom finden wir auch in dem Auftreten von nächtlichem Schmerz in der Schulter, der sich bis in den Rücken und Arm erstreckt, vermutlich als Folge der Unbeweglichkeit während des Schlafes.

Differential-diagnostisch scheinen diese Symptome genügend klar zu sein.

Es kann auch wohl zugleich mit der Periarthritis Rheumatismus bestehen. — Das klinische Bild ist alsdann weniger deutlich, jedoch nicht total verwischt.

Arthritis sicca muss ganz hievon getrennt werden. Wenn z. B. nach Fechtübungen ein deutliches Knacken im Gelenk entsteht und der Patient nach einigen Bewegungen gezwungen ist, still zu bleiben, so kann keinem genauen Beobachter die trockene Gelenkentzündung entgehen. — Bei Jägern bemerkt man gleichartige Erscheinungen: die Bewegungen nach oben und nach vorne bleiben meist normal — aber die Bewegungen, den Arm zu heben und zu supinieren, werden schmerzhaft. Das Gelenk knackt und ist nicht druckempfindlich.

¹⁾ Arch. f. phys. Mediz. 1910. H. 2.

Manchmal begleitet die Periarthritis eine Schulterankylose nach Knochenbruch.

So kommt es auch vor, dass Periarthritis und Sudeck's Atrophie zusammengehen. Wir haben drei derartige Fälle gesehen: in allen waren jedoch die Symptome deutlich zu trennen, dabei waren die übrigen Teile der oberen Extremität meist ödematös geschwollen, blau gefärbt, kalt. Jedoch genügt eine Luxation oder Kontusion selten, um eine Sudeck'sche Atrophie zu verursachen. Meist sind noch andere Faktoren vorhanden, Phlegmone, Knochenbruch u. a.

Endlich wird auch manchmal die lokalisierte Entzündung des subdeltoidealen Synovialsackes als Periarthritis beschrieben¹⁾. Diese Synovitis kommt meist infolge von direktem Trauma vor und muss als eine gewöhnliche Entzündung behandelt werden (Eisbeutel, Blutegel etc.), kann aber nicht als wirkliche Periarthritis betrachtet werden.

Ursachen: Die allgemeinen Ursachen der Periarthritis sind vorerst in der anatomischen Eigenart des Schultergelenkes zu suchen. Bei den Verletzungen sind meist alle rings um das Gelenk sich befindlichen, weichen Gewebe verletzt und von den beiden, ineinander geschobenen Gelenken, die um sozusagen die Schulter bilden, ist die äussere Höhle diejenige, die das Bild der Periarthritis aufweist. — Nicht wenig tragen die sehr empfindlichen Schleimsäcke aller am Schultergelenk sich befestigenden Sehnen dazu bei, die Symptome der Periarthritis hervorzubringen.

Arthritische Konstitution wird als ein prädisponierendes Moment betrachtet, das Alter hat einen merklichen Einfluss: die meisten unserer Patienten waren über die vierzig.

Um die Ätiologie und die Prognose einer Krankheit genau beurteilen zu können, bedienen wir uns eines besonderen von uns eingeführten Schemas. (Fig. 2). Auf einer vertikalen Linie befindet sich die graphische Beschreibung eines jeden einzelnen Falles. Von oben nach unten erkennen wir das Alter, die Dauer der ersten Behandlung, die Dauer der nachfolgenden Behandlung in unserem Institut und schliesslich das Endresultat, ausgedrückt in Invaliditätsprozenten. Das letztere könnte eventuell auch ausgedrückt werden, indem man die ungeheilten Symptome prozentual abschätzt. Wenn eine gewisse Zahl von einzelnen Fällen derartig nebeneinander gereiht sind, dann gibt das Gesamtbild so deutliche Indikationen betreffs Behandlung, Prognose etc., dass es uns als sehr zweckmässig erscheint, dass diese Methode auf alle Krankheiten angewandt wird.

Die Prognose der Periarthritis kann nun sehr leicht gestellt werden. Wir bemerken, dass sie häufiger vorkommt nach Luxation und Kontusionen als nach Knochenbrüchen, wir sehen auch, dass die meisten Fälle zwischen 40 und 60 Jahren vorkommen, und dass der Erfolg der Behandlung abhängt von Alter, von der frühzeitigen Diagnose und von der Dauer der physiotherapeutischen Behandlung.

¹⁾ Hannecart. *Bullet. medic. des Acc. du Travail* 1908. 15 févr

Fig. 2.

Man vergleiche nur die vertikalen Linien z. B. 939. Ein jugendlicher Patient, der spät zur Behandlung kam, gibt ein mittelmässiges Resultat, wohingegen 898, ein Mann von 49 Jahren, sofort behandelt, in kurzer Zeit als geheilt entlassen werden konnte.

Wenn die Periarthritis sich selbst überlassen wird, führt sie meist zur Ankylose und das Endresultat hängt von der Dauer und der Energie der physikalischen Behandlung ab. Wenige Krankheiten sind so sicher in die Hände des Arztes gegeben.

Die Behandlung muss selbstverständlich die Ursachen und die anatomischen Verletzungen berücksichtigen. Massage wird nur dann den Zweck erreichen, wenn sie richtig ausgeführt wird. Nicht allgemeine, klassische Schultermassage führt zum Ziel, es muss vor allem an die periarthritischen Weichteile gedacht werden. Jede Synovialis muss durch Kneten und Reiben bearbeitet werden. Die Bizepssehnen, Deltoideus und Trapezius müssen malaxiert werden, und die zwei oben angedeuteten Druckpunkte werden vibriert.

Die Hauptsache der Behandlung ist Bewegung, *Mechanotherapie*. Diese lindert alsbald die Schmerzen und kann sehr regelmässig und graduell fortschreiten. Die Drehbewegung A_{7a} und die Armvibration F_1 setzen vorerst ein. Alsdann wird auch mit der grossen Pelotte von F_1 vibriert; nun kommen A_{1a} passiv mit schwerem Gewicht und A_3 , um die Schulter zu recken. Schliesslich werden die meisten übrigen Armbewegungen: Abduktion, Supination usw. angeschlossen.

Im Laufe des Tages wird der Arm auch mehrere Male wie ein Pendel geschwungen, dabei muss eine kräftige Hand jedesmal das Schulterblatt tüchtig festhalten.

Um diese Behandlung zu vervollständigen, muss oft Heissluft benutzt werden, oft sind auch Wassermassagen, wie sie in Vichy oder Aachen gebraucht werden, sehr nützlich. — Die Elektrisierung des Gelenkes ist nicht immer nützlich — im Gegenteil wirkt Galvanisation oft schädlich. Faradisation der gelähmten Muskel ist manchmal anzuraten.

In dieser Weise behandelt, wird die Periarthritis fast ausnahmslos zur Heilung geführt werden, was wohl von nicht unbedeutender Wichtigkeit ist, da laut dem neuen einheimischen Unfallgesetz oft dergleichen Invaliditäten mit 100% bewertet wurden. Es scheint uns, dass die Periarthritis scapulo-humeralis nicht immer richtig beschrieben und beurteilt worden ist, und dass es sich wohl lohnt, diese als wichtiges Krankheitsbild in unsere Lehrbücher aufzunehmen und die Therapie dieses Leidens genau zu beschreiben.