



Wharton P. Hood, M.D. M.R.C.S.

Knocheneinrenken – Bonesetting

Manuelle Medizin im 19. Jahrhundert

Aus dem Englischen von Dr. Martin Pöttner



© 2008, JOLANDOS
Am Gasteig 6 – 82396 Pähl
info@jolandos.de

Bestellung

HEROLD Service und Lieferung GmbH
Raiffeisenallee 10 – 82041 Oberhaching
tel+49.8808.924.588, fax+49.8808.924.589
order@jolandos.de

Herausgegeben und bearbeitet von

Christian Hartmann

Bildrechte

Bilder mit freundlicher Genehmigung des Still National
Osteopathic Museum, Kirksville, Mo., [2006.41.02]

Übersetzung

Dr. Martin Pöttner

Umschlaggestaltung

Monika Reiter

Lektorat

Elisabeth Melachroinakes

Satz

post scriptum,
www.post-scriptum.biz

Druck, Binden

Buchproduktion Ebertin,
Uhldingen / Bodensee

Jede Verwertung von Auszügen dieser deutschen Ausgabe ist ohne Zustimmung von JOLANDOS unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Medien.

ISBN 978-3-936679-46-5

der Knocheneinrenker, aber auch ihrem Erstbeschreiber Wharton Hood, zuteil wird.

Auch muss kritisch erwähnt werden, dass die Adaption keineswegs aus Einsicht erfolgte. Erst als die vom amerikanischen Landarzt A. T. Stills (1828–1917) bereits 1874 der Öffentlichkeit vorgestellte osteopathische Philosophie und D. D. Palmers (1845–1917), nach einem Besuch der Familie Still im Jahr 1895, daraus abgeleitete Chiropraktik – beide basierend auf den Techniken der Knocheneinrenker – im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhundert in den Vereinigten Staaten fulminante Erfolge verzeichnete, begannen sich die Mediziner ernsthafter damit auseinanderzusetzen. Es sollte aber noch Jahrzehnte dauern, bis zumindest kleine Teile von Stills und vor allem Palmers Konzepte fester Bestandteil medizinischer Curricula werden sollten. Dies ist vor allem Cramer, Döring und Gutman zu verdanken, die in den 1950ern aus Beobachtungen stark strukturell orientierter Osteopathie, wie sie seinerzeit in England gelehrt wurde, vorrangig jedoch aus dem Konzept und den Techniken der amerikanischen Chiropraktiker, die sogenannte »Manuelle Medizin« entwickelten. Anders als von ihnen dargestellt, handelt es sich dabei jedoch keineswegs um ein neues oder eigenständiges Konzept. Sämtliche Techniken der Manuellen Medizin/Therapie gehörten sowohl in der Osteopathie, wie auch in der Chiropraktik bereits ein halbes Jahrhundert zuvor zum Grundwissen. Wer dies nicht glaubt, sollte insbesondere die Literatur von J. M. Littlejohn (1866–1947) studieren. Dort finden sich physiologische und pathophysiologische Zusammenhänge wesentlich ausführlicher beschrieben, als in jeder anderen bekannten Literatur über manuelle Medizin.

dass auch die erstmals in den 1890ern beschriebenen ganzheitlichen Aspekte insbesondere der Osteopathie bald Einzug in die etablierte Medizin finden werden. Selbstverständlich sollte dies nicht unkritisch und ohne eingehende Studien erfolgen; diese sollten jedoch in ihrem Design nicht darauf ausgelegt sein, die Osteopathie oder Chirotherapie rundweg zu diskreditieren, um Reputation, Einkommen oder persönliche Überzeugungen zu sichern, sondern offen und vorurteilsfrei die Grundlage der Erfolge jener Konzepte zum Vorteil der gesamten Medizin und damit letztlich zum Wohle der Menschheit erforschen.

In diesem Sinn hoffe ich, dass die Lektüre des vorliegenden Buches sie entsprechend inspiriert.

Viel Vergnügen beim Lesen!

Christian Hartmann

Pähl, 10. November 2008

Verzeichnis der Abbildungen

Bild 1: Manipulation des Handgelenks	77
Bild 2: Manipulation des Ellbogens	79
Bild 3: Manipulation der Schulter	80
Bild 4: Manipulation des Fußgelenks	80
Bild 5: Manipulation des Kniegelenks	83
Bild 6: Manipulation des Hüftgelenks	83
Bild 7: Manipulation der Wirbelsäule	127

standen. Wann immer ich also Zeit erübrigen konnte und Hutton in seinem Londoner Haus weilte, begab ich mich zu ihm. Meine Entscheidung entsprang aber nicht allein der Neugier, zu sehen, wie er seine Patienten behandelte. Vielmehr wollte ich jeden Einblick, den ich in das scheinbare Geheimnis von Huttons häufigem Erfolg gewinnen konnte, zu gegebener Zeit auch dem ärztlichen Berufsstand vermitteln. Ich fühlte mich jedoch nicht berechtigt, bereits zu Huttons Lebzeiten etwas zu veröffentlichen. Denn obwohl er an mich keinerlei Bedingungen stellte, teilte er mit mir freigebig das, was er – übrigens völlig zu Recht – für ein bedeutendes und wertvolles Geheimnis hielt. Ich zögerte allerdings nicht, seine Methoden im privaten Freundeskreis zu diskutieren. Und meine Skrupel in Bezug auf die Berechtigung, diese Methoden weithin bekannt zu machen, hat nun Huttons kürzlicher Tod beseitigt.

Als Hutton zum zweiten Mal erkrankt war, übernahm ich die gesamte Betreuung der mittellosen Patienten, die er gewöhnlich umsonst behandelte. Dabei stellte ich fest, dass ich alles umzusetzen konnte, was ich bei ihm beobachtet hatte. Ich verzichtete jedoch darauf, auch den einträglichen Teil seiner Praxis zu übernehmen, was zusammen mit anderen Gründen dazu führte, dass mein Kontakt zu ihm bereits zwei Jahre vor seinem Tod abbrach. Dennoch glaube ich, dass dieser Kontakt lange genug gedauert hat, um mir ein Wissen zu verschaffen, das eine gewöhnliche chirurgische Ausbildung nicht vermittelt und das – unter anatomischen Gesichtspunkten angewandt – sowohl bei präventiven als auch bei kurativen Behandlungen von höchstem praktischem Nutzen ist.

Was ich deshalb in der vorliegenden Arbeit kurz beschreiben möchte, sind die wichtigsten Charakteristika der Vorgehensweise

Nun aber ist, wie ich meine, der Zeitpunkt gekommen, wo sich die Mitglieder unserer Profession³ nicht länger durch das gewohnheitsmäßige Fehltrilteil »*Der Knochen ist draußen*« davon abhalten lassen sollten, sich selbst mit den Methoden vertraut zu machen, die derart falsch beschriebene Zustände heilen können. Auch kann es für sie durchaus vorteilhaft sein, einige jener durch mehrere Chirurgen-Generationen an sie weitergegebenen Bräuche in Bezug auf die Anwendung von Ruhe und Gegenreiz neu zu überdenken.

UPPER BERKELEY ST., PORTMAN SQ.

Juli 1871

³ Anm. d. Hrsg.: Wharton Hood war Arzt.

klinische Vorlesung, die allerdings den Nachteil hat, dass Paget sich bei seinen Anschauungen über die Behandlungsmethode der Knocheneinrenker lediglich auf Vermutungen oder auf mangelhafte Beschreibungen von Patienten stützt. Doch selbst wenn seine Annahmen in mancher Hinsicht falsch sein mögen: Seine Autorität zeigt ungeachtet dessen die große praktische Bedeutung der strittigen Fragen. Er sagt zu seinen Studenten: *»Wahrscheinlich werden nur wenige von Ihnen praktizieren, ohne einen Knocheneinrenker zum Feind zu haben. Und wenn dieser einen Fall heilt, den Sie selbst nicht heilen konnten, hat er sein Glück gemacht und Ihres ist ruiniert.«* Auf den ersten Blick könnte es so scheinen, als seien die von Paget festgestellten Zustände nur in der Praxis minder begabter Chirurgen und in den ärmeren und unwissenderen Gesellschaftsklassen Realität. Das trifft aber keineswegs zu, wie ich anhand von Beispielen zeigen werde, in denen Männer, die nicht weniger bedeutend sind als Herr Paget, bei prominenten Patienten versagt haben. Solche Fälle können nicht nur dem einzelnen Praktiker ernsthaft schaden, sondern auch die öffentliche Wertschätzung der gesamten chirurgischen Kunst mindern. Das macht es meines Erachtens erforderlich, dass jeder, der dazu im Stande ist, dem ärztlichen Berufsstand eine klare Beschreibung der Methoden, Fehlschläge und Erfolge des sogenannten Knocheneinrenkens liefert. Dieser Aufgabe habe ich mich, soweit ich es vermag, auf den folgenden Seiten gewidmet.

Das sogenannte Knocheneinrenken lässt sich kurz und prägnant als die Kunst definieren, bei der durch plötzliche Flexion oder Extension alle Behinderungen der freien Gelenkbewegung überwun-

Schlag oder eine andere direkte Gewalteinwendung. Die Antwort lautet dann wahrscheinlich, dass der Arm in der Tat gebrochen gewesen sei wie behauptet, dass dabei aber sowohl das Handgelenk als auch der Ellbogen rausgeschoben worden seien und die Doktoren diese Verletzungen übersehen hätten. Der Knocheneinrenker wird sodann durch eine (nachfolgend beschriebene) schnelle Manipulation die Steifheit der Finger unmittelbar überwinden und dem Patienten ermöglichen, sie wieder in gewohnter Weise hin und her zu bewegen. Diese unmittelbar erfahrene Wohltat wird alle Bedenken hinsichtlich einer Manipulation von Handgelenk und Ellbogen zerstreuen, sodass auch diese sich schließlich wieder frei drehen lassen. Der Mann geht, beugt und streckt problemlos seine vor Kurzem noch steifen Gelenke und ist völlig überzeugt, dass er in den Händen der legitimierten Ärzte großen Schaden erlitten hat.

Das ist jedoch wie alle theoretischen Beispiele in gewissem Sinn ein idealer Fall. Und es mag der Mühe wert sein, ihm eine Reihe realer Begebenheiten hinzuzufügen. Bei einem Beispiel, wo man es mir erlaubt hat, so zu verfahren, habe ich den Patienten namentlich genannt, und zwar nicht nur als Garantie für Authentizität, sondern auch als zusätzlichen Beweis dafür, dass die Kunst des Knocheneinrenkens erfolgreich von Personen in Anspruch genommen wurde, die sich Hilfe von höchst angesehenen Londoner Chirurgen hätten holen können und diese auch erhielten. Die Tatsache, dass Letztere bei der Heilung der Patienten versagten, während ein Quacksalber sofort Erfolg hatte, bildet den Grund für meinen Glauben, dass die Praktik des Knocheneinrenkens nicht nur, wie die *Lancet* sagt, »in einer unbedeutenden Ecke der Chirurgie« verweilt, sondern auch auf gesunden, aus früherer Zeit überlieferten Bräuchen basiert. Ich

aufklären wird ihn die Erfahrung freilich über die Art dieses Unterschieds oder über die Beschaffenheit der Läsionen, die er gelindert hat. »*Der Knochen ist draußen*«, lautet im besagten Gewerbe die Überlieferung. Und seine Mitglieder bleiben stets bei dieser Aussage – wahrscheinlich weniger aus Falschheit als aus reiner Unwissenheit.

Ein Kranker kommt also mit einem steifen, schmerzenden und nicht funktionsfähigen Gelenk. Nun wird ein solches Gelenk wieder befreit und aktiviert durch Bewegungen, die einen vernehmbaren Laut hervorrufen und bei dem man leicht annehmen könnte, er sei durch die Rückkehr eines Knochens an seinen Platz verursacht worden. Dem Patienten und dem Knocheneinrenker (beide gleichermaßen unwissend in Bezug auf Anatomie und auf die Bedeutung und die Anzeichen einer Dislokation erscheint diese Erklärung völlig ausreichend. Wenn nun ein Chirurg behauptet, eine derartige Verletzung habe überhaupt nicht existiert, schenken der Patient, den er ja nicht hat heilen können, und die nicht professionellen Zeugen des Falles auf dieser Aussage keinerlei Beachtung.

Den Eindruck der Kunst des Knocheneinrenkens auf solche Personen, veranschaulicht folgender Brief in der Zeitschrift *Echo* aus dem Jahr 1870:

*»Verehrter Herr,
vor kurzer Zeit fiel ein Maler, der für mich arbeitete, von der Decke herab auf den Boden, verletzte sich dabei schwer und musste ins St.-Bartholomew-Krankenhaus, aus dem er nach dreiwöchigem Aufenthalt als geheilt entlassen wurde, obgleich er nicht ohne Krücken zu laufen vermochte. Nach 14 Tagen*

urgen, die wissen, dass diese Behauptung keinerlei Basis hat, haben sie vielleicht zu schnell mit einer betrügerischen Absicht in Verbindung gebracht und dabei wohl zu wenig die Unwissenheit derer berücksichtigt, von denen diese Feststellung stammt. Verärgert und empört über deren Falschheit sowie über das schlechte Licht, das dadurch auf sie selbst fiel, schrieben sie die Heilung einfach der Wirkung mentaler Einflüsse, dem verstrichenen Zeitraum oder einer vorhergegangenen Behandlung zu und versäumten es, nachzufragen, ob hinter dem »Draußen«-Konzept womöglich nicht doch ein plausibler Grund stehen könnte oder welche Veränderung die Manipulationen des Knocheneinrenkers tatsächlich zustande gebracht hatten.

Nach diesen Vorbemerkungen fahre ich nun mit dem Bericht jener Fälle fort, auf die ich mich bezogen habe:

Um einen Freund zu begrüßen, stieg ein Herr, den ich Herrn A nennen möchte, rasch von seinem Arbeitsstuhl im Büro herunter. Sobald seine Füße den Boden berührten, drehte er, ohne sie zu bewegen, seinen Körper und verdrehte oder zerrte dadurch sein linkes Knie. Sofort spürte er in dem Gelenk einen fulminanten Schmerz, der etwa eine oder zwei Stunden andauerte, im Laufe des Tages aber wieder abnahm, sodass Herr A das Gelenk weiterhin den Umständen entsprechend bewegte. In der Nacht wurde er durch zunehmenden Schmerz geweckt und bemerkte, dass das Gelenk stark geschwollen war. Herr A, Bruder des Professors für Geburtshilfe an einer der führenden medizinischen Schulen Londons, erhielt daraufhin die beste chirurgische Beratung, die London zu bieten hatte. Man wies ihn an, das Knie ruhig zu halten und Wärme

schloss ich, dass Ruhe und nicht Bewegung die hier angebrachte Behandlung sei. Nach Ablauf der Woche ging ich wieder zum Haus des Patienten und Herr Hutton kam kurz danach. »Wie geht es dem Knie?«, fragte er. »Es fühlt sich leichter an!« »Konnten Sie's bewegen?« »Nein!« »Geben Sie es mir!« Das Bein wurde ausgestreckt und Hutton stand vor dem Patienten. Dieser zögerte und senkte sein Bein wieder. »Sie sind sich ganz sicher, dass es draußen ist und Sie es wieder einrenken können?« Es entstand eine Pause. Dann: »Geben Sie mir das Bein, wie ich sage!« Der Patient gehorchte widerstrebend und hob das Bein langsam in Huttons Reichweite. Dieser ergriff es mit beiden Händen um die Wade, wobei der ausgestreckte Daumen seiner linken Hand auf den schmerzhaften Punkt an der Innenseite des Knies drückte. Zudem hielt er den Fuß fest, indem er dessen Ferse zwischen seine Knie klemmte. Der Patient, dem gesagt wurde, er solle im Stuhl sitzen bleiben, hätte in diesem Augenblick wohl viel dafür gegeben, wenn er die Kontrolle über sein Bein wiedererlangt hätte. Herr Hutton neigte seine Knie nach rechts, womit er die Rotation einleitete, die er mit seinen Händen am Bein des Patienten ausübte. Er hielt mit dem Daumen einen festen Druck auf den schmerzhaften Punkt aufrecht – und flektierte das Knie dann plötzlich. Der Patient schrie auf vor Schmerz. Hutton senkte das Bein und bat Herrn A, aufzustehen. Dieser gehorchte und erklärte sofort, er könne sein Bein nun besser bewegen und der bisher schmerzende Punkt sei schmerzfrei. Er wurde angewiesen, täglich sanfte Übungen zu machen, und seine Genesung vollzog sich rasch und vollständig. Nach wenigen Tagen ging er wieder seinem Geschäft nach. Und bis zu seinem Tod, der drei Jahre später eintrat, blieb sein Knie vollkommen in Ordnung.

rocnemius), und behandelten mich entsprechend. Gelegentlich besserte sich mein Bein, aber schon die leichteste Anspannung rief Schmerzen und Schwäche hervor.

Am 2. Mai untersuchte mich Herr C, der, soweit es die Verletzung betraf, seinen Kollegen zustimmte, jedoch der Ansicht war, ich sei konstitutionell nicht in Ordnung, und mir deshalb Eisen usf. verordnete – was allerdings keine Wirkung zeigte. Mein Bein wurde zudem in einer eisernen Maschine fixiert, um die Wadenmuskeln zu entlasten. Am 26. Juni wurde dann ein weiterer bedeutender Chirurg hinzugezogen. Er war sich mit Herrn C in puncto Ursache und Behandlung der Lahmheit einig wie auch Herr D, den ich bei meinem Besuch in Wildbad konsultierte.

14. August – Da keine Besserung eintrat, steckte Herr C. mein Bein für einen Monat in einen Gummiverband. Daraufhin ging ich segeln, um mich richtig zu erholen. Mein bis dato schlechter Gesundheitszustand verbesserte sich durch die Seeluft zwar, mein Bein jedoch nicht. Der an Bord der Jacht anwesende Chirurg Dr. E, der mich auch untersuchte und in Bezug auf die Ursache meiner Lahmheit mit seinen Kollegen übereinstimmte, meinte: ›Vielleicht kann sie ja eine kundiges Weiblein heilen, ein Doktor jedenfalls kann es nicht.‹

Am 7. September wurde der Verband entfernt und anschließend versuchte man es drei Wochen hindurch mit galvanischen Anwendungen. Danach trat ich für vier Monate eine Segeltour an und unterzog mich während dieser Zeit Seewasserduschen.

kam es zu einer deutlich spürbaren Rückmeldung – und von diesem Augenblick an verschwand der Schmerz. Herr Hutton wies mich an, maßvoll zu gehen, jedoch für lange Zeit keine heftigen Leibesübungen durchzuführen, und recht viel kaltes Wasser zu verwenden. Von da an ging es meinem Bein allmählich besser. Im September konnte ich wieder zur Jagd gehen und am 14. Oktober, als ich einen Zug verpasste, ging ich 24 km auf der Landstraße. Im folgenden Jahr fing ich mit Cricket, Tennis und anderen kräftigen Übungen an und das geht bis heute so.

Ich vergaß zu erwähnen, dass ich am 5. Juli 1866, also ungefähr eine Woche nach der ersten Behandlung, mein Bein durch Überanspannung erneut verletzte und wieder wie zuvor lahm war. Doch Herr Hutton wiederholte seine Behandlung und ich hatte danach keinen Rückfall mehr. Hutton sagte mir, dass dann, wenn das Knöchelgelenk disloziert sei, auch die Muskeln disloziert seien und nicht heilen würden.«

Die folgende Fallgeschichte wurde mir freundlicherweise teils vom Patienten selbst, teils von Herrn Keyser aus Norfolk, Crescent, erzählt, der sich in einer späten Phase damit befasste. Der Patient, Herr G, ein Mitglied des Parlaments, war bis zum Oktober 1866 völlig gesund. Während eines Landaufenthalts Anfang jenes Monats weckten ihn jedoch eines Morgens heftige Schmerzen in nahezu jedem Gelenk seines Körpers. Er blieb liegen, bis seine Diener auf waren, und versuchte dann, mit deren Unterstützung aufzustehen. Unter großer Anstrengung gelang ihm das zwar, aber nach kurzer Zeit schon musste er wieder ins Bett zurück. Im Verlauf

mäßig große Bewegungsfreiheit. Der Patient konnte das betroffene Knie unmittelbar darauf über das andere schlagen, was seit Beginn der Krankheit nicht mehr möglich gewesen war, und die normalen Gelenkbewegungen ließen sich nicht nur nahezu vollständig, sondern auch schmerzfrei durchführen. Herr G sagte, er spüre, dass sich das Bein nun wieder normal anfühle. Er erholte sich rasch und erlangte bald darauf wieder die volle Kontrolle über sein Knie, die bis heute anhält.

Der springende Punkt bestand in diesem Fall in der Tatsache, dass sich der Patient zuvor viele Wochen hindurch in einem unveränderten Zustand mit Empfindlichkeit an der Innenseite des Knies befunden hatte und dass sich die Wirkung der an ihm durchgeführten Manipulation sofort im Verschwinden jener Empfindlichkeit und im Beginn einer schnellen Wiederherstellung der normalen Funktion zeigte.

Der nächste Fall wurde mir freundlicherweise von Dr. Douglas Reid aus Penbroke berichtet: Frau X, die sich eine unglückliche Verletzung an einem Daumen zugezogen hatte, wurde von ihrem Vater zu einem sehr bekannten Chirurgen gebracht, der eine Schiene anbringen ließ und äußerliche Jodanwendungen verordnete.

Nach mehreren Wochen war das Daumengelenk immer noch steif, unbrauchbar und empfindlich, und die Patientin, die ihren Zustand und die erfolglose Behandlung gründlich satt hatte, entschied sich, einen Knocheneinrenker zu konsultieren. Dieser äußerte sich auf die typische Art zu ihrem Fall und stellte anschließend mit einer einzigen scharfen Flexion und Extension ihr Wohlbefinden und die Gebrauchsfähigkeit ihres Daumens wieder her.

besteht. Bei einer echten knöchernen Ankylose, bei denen Gelenke völlig fixiert sind und nicht schmerzen, sind auch Knocheneinrenker machtlos. Sie meiden auch Fälle, bei denen starke Erwärmung, Schwellung, Rötung oder akute allgemeine Schmerzen auftreten, und solche, bei denen es zu Abstoßung von totem Knochen oder Eiter kommt – ausgenommen wenige Beispiele, wo es sich um das handelt, was ein Chirurg als Sinusse bezeichnen würde, die sich in der Nachbarschaft eines Gelenks befinden, selbiges aber nicht mit in Leidenschaft gezogen ist. Freilich lassen sich die so beschriebenen positiven und negativen Zustände nun unterschiedlich darstellen. Ich würde die von Knocheneinrenkern tatsächlich erfolgreich behandelten Krankheitszustände folgendermaßen klassifizieren:

- (1) Steifheit und Schmerz von Gelenken, verursacht durch Bruch eines ihrer Knochen. Diese Fälle bilden wiederum zwei Klassen:
 - a) steife Gelenke infolge von Bewegungsmangel aufgrund der Anwendung von Schienen beim Behandeln des Bruchs sowie
 - b) steife und geschwollene Gelenke, die mehr oder weniger mit der ursprünglichen Verletzung zusammenhängen.
- (2) Verstauchungen jüngeren oder älteren Datums, welche durch strikte Ruhigstellung behandelt wurden.
- (3) Gelenke, nach einer Verletzung der Gelenke selbst oder der sie umgebenden Weichteile oder aber bei einer schmerzhaften Erkrankung, die beides betrifft, freiwillig ruhig gehalten werden, um Schmerz zu vermeiden. Beispiele: ein steifes Schultergelenk infolge einer Entzündung und Vereiterung der Bursa unterhalb des Musculus deltoideus oder ein steifes Hüftgelenk nach

Bildung zusätzlicher äußerer oder innerer fibröser Bänder bzw. zu Muskelverkürzungen kommen, oder aber eine Effusion verfestigt sich und beeinträchtigt die Bewegung, sodass ein Zustand herrscht, der mit einer rostigen Angel vergleichbar ist. Wahrscheinlich bewirkt die Ruhigstellung auch eine Verminderung der Sekretion in den Gelenkverbindungen selbst sowie in den Sehnenscheiden, weil der durch Bewegung gelieferte natürliche Stimulus fehlt. Auf diese Weise entsteht dann eine unnatürliche Trockenheit. In allen Fällen wird jedoch das Bewegungshindernis bei jedem Bewegungsversuch zu einer Quelle von Schmerz, den man dann oft irrtümlich als Indikation für weitere Ruhigstellung deutet. Ganz unabsichtlich führt der Patient seinen Chirurgen in die Irre, indem er sagt, das betroffene Gelenk fühle sich »schwach« an – eine Äußerung, die natürlicherweise das Verwenden einer mechanischen Stütze angebracht erscheinen lässt. Diese bringt dann, während sie getragen wird, sogar einen leichten Kraftzuwachs. Entfernt man sie jedoch, zeigt sich der frühere Zustand unverändert. »Schwäche« bedeutet in solchen Fällen, dass das Gelenk nicht schmerzfrei bewegt werden kann. Und die Menschen benutzen dieses Wort nur, weil sie nicht wissen, wie sie den bestehenden Zustand anders beschreiben sollen. Jeder, der einmal an Lumbago gelitten hat, wird das verstehen. Eine Person, die derart leidet, empfindet »Schwäche« in dem Sinn, dass die Kraft, aus dem Liegen aufzustehen, scheinbar verschwunden ist. Sie ist natürlich nicht wirklich verschwunden, aber es besteht eine instinktive Angst, die betroffenen Muskeln in Aktion zu versetzen. Und diese Angst suggeriert dem Verstand Bewegungsunfähigkeit, was nur durch eine äußerst entschlossene Willensanstrengung überwunden werden kann.

aufgrund der Vielfalt seiner Strukturen viele Krankheiten ausdrückt, die andere Teile des Körpers betreffen, wobei es durch seine Transparenz ermöglicht, diese Krankheiten mit einer sonst unerreichbaren Präzision zu studieren, und sich deshalb bestens als Schlüssel zu vielen ungelösten Fragen in der Pathologie eignet. Ich glaube, dass es uns auch zur Veranschaulichung des hier behandelten Themas dienen kann.

Es ist wohlbekannt, dass in mäßig kontrahierten Zuständen der Pupille die Rückseite der Iris ganzflächig die Vorderseite der Kristalllinse berührt, dass aber dann, wenn die Pupille vollständig geweitet ist, eine Schicht aus wässriger Flüssigkeit diese beiden Strukturen voneinander trennt.

Ist die Iris entzündet und dabei weiter in Kontakt mit der Linse, bilden sich, wie wir feststellen, schnell Adhäsionen. Ist hingegen die Pupille gut geweitet und berührt ihr Rand die Linse nicht mehr, verbleibt die Lymphe, die sonst eine Adhäsion gebildet hätte, als harmloses Knötchen oder vermischt sich mit der wässrigen Flüssigkeit.

Dies zeigt uns, dass eine Entzündung in einem geschlossenen, Flüssigkeit enthaltenden Hohlraum eine schnelle Verklebung der in Kontakt befindlichen Flächen bewirkt. Bei einer Iritis entstehende Adhäsionen lassen sich in einem frühen Entstehungsstadium durch Bewegung dehnen. Die Anwendung von Atropin wird die Pupille weiten und, falls sie rechtzeitig erfolgt, die bandartige Adhäsion umwandeln oder sie sogar ablösen oder zerreißen. Zögert man da-

ans. Watson's Schriften über die Prinzipien der Physik in der Medizin galten insbesondere Mitte des 19. Jahrhundert als Standardwerke und stellen somit frühe Literaturquellen der modernen Biomechanik dar.

Diese Sichtweise bestätigt Sir B. Brodie⁹ in seiner Arbeit *Pathological and Surgical Observations on the Diseases of the Joints*:

»Ich habe etliche Fälle erlebt, bei denen das Aussehen des Gelenks und andere Umstände allen Grund zu der Vermutung gaben, dass die Entzündung zu mehr oder weniger großflächigen Verklebungen zwischen den aufgeworfenen Falten der Synovia geführt hatte. Gelegentlich habe ich bei der Sektion derartige partielle Adhäsionen beobachtet, von denen anzunehmen war, dass sie einer früheren Entzündungsphase entstammten.«

Abgesehen von diesen Betrachtungen gibt es keine Frage in Bezug auf das Ausmaß des mechanischen Bewegungshindernisses, welches durch eine extraartikuläre Entzündung hervorgerufen werden kann. Sehen wir uns Ausmaß und Art der Effusion an, zu der es nach Stauchungen und Verletzungen, bei einigen Gicht- und Rheumaerkrankungen oder in manchen Fällen von Bursavereiterung oder unterhalb der tief liegenden Faszie kommt, können wir nicht bezweifeln, dass eine solche Effusion leicht Formen annehmen kann, in denen sie Muskeln, Sehnen oder sogar ganze Gliedmaßen lahmlegen kann.

Auf die Beobachtungen der Iritis-Phänomene bezogen stellen wir fest, dass sich Adhäsionen des Pupillenrands gelegentlich durch anhaltende Anwendung von Atropin lösen oder zumindest solchermaßen dehnen lassen, dass sie unschädlich werden. Widerstehen

⁹ Sir Benjamin Brodie (1783–1862), englischer Physiologie und Chirurg wurde mit seinen Abhandlungen zum Pionier der Knochen- und Gelenkerkrankungen.

wegungseinschränkung aus Furcht vor Schmerz oft eine Art von Adhäsion. Manipulation erfüllt dann einen doppelten Zweck: Aufbrechen der Verklebung und Korrigieren der Verschiebung.

Ganglienschwellungen über dem Carpus werden gewöhnlich von Schmerz und Schwäche des Gelenks begleitet. Ihre gelegentliche Steinhärte führt Knocheneinrenker dazu, sie als dislozierte Knochen zu missdeuten. Selbst wenn man sie eines Besseren belehrt, können sie sich nicht vorstellen, dass ein Flüssigkeitsbeutel sich so anfühlt. Und freilich kann man, wenn durch Anwendung von Druck und Flexion Ganglien unter dem Daumen verschwinden, leicht glauben, ein Knochen sei an seinen Platz zurückgeglitten.

Zu Subluxationen carpaler und tarsaler Knochen muss es meiner Ansicht nach ziemlich häufig kommen. Unter Subluxation verstehe ich die Beeinträchtigung der Verbindungen eines Knochens, ohne dass dieser vollständig disloziert wird. Und ich glaube, dass eine solche Beeinträchtigung entweder durch den Zug eines Adhäsionsbandes über die Gelenke oder durch eine Verdrehung oder eine andere direkte Gewalteinwirkung hervorgerufen werden kann. So sehe ich beispielsweise keine andere Erklärung für den Unfall, den Herr Ponsonby seinem Bericht zufolge kurz nach der ersten Manipulation erlitt. Es scheint klar zu sein, dass sich im ersten Fall aufgrund der so lange aufrechterhaltenen künstlichen Position eine Art von Adhäsion über dem Tarsus gebildet hatte, wobei der genaue Punkt des Akutschmerzes sich über dem oberen Teil des unteren Sprunggelenks befand. Die Adhäsion wurde durchbrochen und der Fuß wieder frei. Die kurz danach durch Überanstrengung hervorgerufene und durch Manipulation sofort behobene Lahmheit ist jedoch höchstwahrscheinlich auf irgendeine Veränderung

zu sein: etwas stärker hervorstehend als gewöhnlich. Das Korkpolster wurde wieder angebracht und durch eine Bandage fixiert. Gehen wurde verboten. Nach ein paar Wochen verpasste ich ihm eine aufschnürbare Knöchelunterstützung mit einem Polster, welches hinter die Fibula passte. Der Patient durfte sich dann auch wieder bewegen und kehrte bald aufs Land zurück. Er besuchte mich sieben Monate nach dem Unfall im Dezember und berichtete, dass die Sehne zwar an ihrem Platz geblieben sei, er aber in diesem Bereich gelegentlich Schwäche empfinde und – vor allem beim Gehen auf rauem Grund – ein Unsicherheitsgefühl in der Sehne. Er war dabei, nach Australien auszuwandern und ich empfahl ihm, die gepolsterte Unterstützung noch einige Jahre lang zu tragen.

Eine Dislokation des *Musculus peroneus longus* ist ein derart seltener Unfall, dass die Einzelheiten eines solchen Falles es wert sind, berichtet zu werden. Zwei oder drei meiner Berufskollegen behaupten, dass ihnen so etwas schon begegnet ist, aber ich kann mich nicht erinnern, darüber irgendeinen Bericht in Büchern gelesen zu haben. Diese Art von Verletzung ist jedenfalls leicht zu erkennen und die Sehne lässt sich problemlos wieder hinter die Fibula zurückschieben. Die große Schwierigkeit besteht allerdings darin, sie dort zu halten, sobald die Scheide gerissen ist, denn die Sehne rutscht bei der Fußbewegung sehr leicht nach vorne, was sofort Lahmheit hervorruft. Dieser Umstand hat derart viele Beschwerden verursacht, dass man vorgeschlagen hat, die Sehne unter der Haut zu teilen. Im oben geschilderten Fall wurde die Sehne mehrere Monate hindurch an ihrem Platz gehalten – dank hoher Achtsamkeit seitens des Patienten, der sich

kommen. Das Knie ist leicht geschwollen. Wenn sie mit dem Fall konfrontiert werden, nachdem die übliche Behandlung – also die wiederholte Anwendung von Aderlass, Zugpflaster, Jodtinktur (die nahezu universell eingesetzten Mittel gegen dieses Problem) – schon begonnen hat, ist die Schwellung palpierbar und die Kontur des Gelenks hat bereits eine Veränderung erfahren.»

Derselbe Autor schreibt weiter:

»Im Verlauf des letzten Jahres wurde ich von der Familie einer 18-jährigen Mädchens konsultiert, welches bereits seit 10 Monaten an einer Knierkrankung litt. Sie bewegte sich auf Krücken, das Gelenk war steif und schmerzhaft, hatte aber keine merklich erhöhte Temperatur. Die Veränderungen in Form und Umriss des Knies ließen sich auf die vorausgegangene Behandlung zurückführen. Die Gewebe hatten ihre natürliche Weichheit und Flexibilität verloren. Das Gelenk war wiederholt mit Blutegeln behandelt, mit Zugplastern versehen und mehrfach Einreibungen von unterschiedlicher Farbe und Zusammensetzung unterzogen worden. Auf der Innenseite der Patella hatte man eine – der zurückgebliebenen Narbe nach zu schließen keine kleine – Öffnung vorgenommen, deren Heilwirkung sich jedoch auch nach Ablauf von vier Monaten, die man der Natur zur Heilung gegeben hatte, nicht feststellen ließ.«

Betrachten wir uns diese Beschreibung eingehend, müssen wir wohl zugeben, dass unzählige Beispiele sie bestätigen. Dies treibt uns meiner Meinung nach auch zu der Schlussfolgerung, dass die Ursache für eine adhäsive Entzündung in einem Gelenk oder des-

durch Steinmassen, die von der Decke des Stollens, in dem er arbeitete, herabstürzten, einen Schlag auf das linke Knie. Ungeachtet ernster Schmerzen setzte er die Arbeit bis zum regulären Schichtende fort und ging dann noch 2,5 km bis nach Hause. Dort legte er sich ins Bett und umwickelte das verletzte Gelenk mit Senfspackungen. Am nächsten Tag wurde ich zu ihm gerufen.

Dass ein derart verletztes und danach derart falsch behandeltes Gelenk eine Entzündung entwickelte, ist ebenso wenig verwunderlich wie die Tatsache, dass die Gelenkhöhle, nachdem die Entzündung etwas abgeklungen war, eine durch Flüssigkeitsansammlung verursachte, starke Schwellung aufwies. Eine zur rechten Zeit vorgenommene Punktion zeigte, dass es sich bei der Flüssigkeit um Eiter handelte, den man dann durch einen freien, in Richtung der Gliedachse und genau neben dem äußeren Rand der Patella vorgenommenen Schnitt in das Gelenk absaugte. Da der Druck des derart angeschwollenen Gelenks auf die Venen ein beachtliches Ödem am Bein hervorgerufen hatte, erschien es angezeigt, dem Bein eine feste und exakte mechanische Stütze zu verpassen um damit die Gelenkverbindung ruhig zu stellen.

Zu diesen Zwecken wurde folgende Vorrichtung verwendet: Aus einem flachen Stück Kiefernholz schnitt man eine Schiene, die ausreichend stark und doch leicht und dünn war und in ihrer Länge vom Tuber ischiadicum bis zum Os calcaneus reichte. Am oberen Ende acht Zentimeter breit, verjüngte sich sie nach unten allmählich auf vier Zentimeter, sodass sie, in Stützposition gebracht, überall vom Bein überragt wurde. Man polsterte sie mit zwei oder drei Streifen Wolldeckenmaterial sowie mit einem kleinen Kissen, um die Gesäßbacke aufzufüllen, und be-

Der zunächst reichliche eitrige Abfluss aus dem Gelenk ließ allmählich nach und wurde serös. Nach einiger Zeit bildete er eine Kruste, die die Wunde vollständig versiegelte. Ich erwartete kein besseres Ergebnis als eine Ankylose. Und sobald die Kruste abfiel und eine feste Narbe zum Vorschein kam, entfernte ich Schiene und Bandage und ließ den Patienten im Bett. Als ich ihn am nächsten Tag besuchte, war er aufgestanden und angezogen. Er saß in einem Stuhl, wobei seine beiden Knie ganz normal abgewinkelt waren. Ein steifes Bein, sagte er, würde ihn als Bergmann zum Invaliden machen, und deshalb habe er sich entschlossen, zu versuchen, sein Knie zu beugen, und der Versuch sei gelungen. Es folgten keine schlimmen Symptome und er kehrte bald an seine Arbeit zurück. Ich beobachtete ihn dann noch zwei Jahre lang: Das ehemals vereiterte Gelenk war in jeder Hinsicht so stark, flexibel und gebrauchsfähig wie das andere.

Im folgenden Fall, der in meiner Erinnerung noch frisch ist, wurde ich von dem verstorbenen Herrn Fox, Nottingham, gebeten, eine arme Patientin aufzusuchen, die nahe bei meinem Haus wohnte. Ich traf eine junge Frau an, Tochter von gut situierten Eltern, die jedoch verführt worden war und aus diesen Gründen ihr Zuhause verlassen hatte. Sie verdiente sich einen kärglichen Unterhalt durch Nähen. Und als ich sie traf, war sie von einem schwächlichen Kind entbunden worden, das kurz danach starb. Ein paar Tage nach ihrer Entbindung entzündete sich ihr rechtes Kniegelenk. Ich stellte fest, dass ihr Gelenk stark vergrößert und unförmig war. Sie hatte hohes Reizfieber, war halb verhungert und insgesamt in elendem Zustand. Herr Fox

sie das ehemals kranke Gelenk vom anderen hätte unterscheiden können. Ich sah sie noch ungefähr drei Jahre lang von Zeit zu Zeit – und ihr Zustand blieb unverändert.«

Betrachte ich diese beiden Fallgeschichten im Licht meiner eigenen Erfahrung, komme ich zwangsläufig zu dem Schluss, dass im ersten Fall eine andauernde und wahrscheinlich unheilbare Ankylose durch feste Adhäsion der gegenüberliegenden Gelenkflächen hervorgerufen worden wäre, wenn der Patient sein gestrecktes Glied weiterhin ruhig gehalten hätte. Durch sein vollständiges und entschlossenes Anheben und Beugen des Knies zerriss er jedoch jede Bewegungseinschränkung und wurde sofort geheilt. Der zweite Fall hätte wahrscheinlich zu einem ähnlichen Ergebnis geführt, wenn Herr Carter so vorgegangen wäre wie im ersten. Stattdessen machte er sich aber hier, wie er glaubte, behutsamer ans Werk. Anstatt die Adhäsionen sofort zu zerreißen, dehnte er sie, als sie noch nachgiebig waren, ein wenig und erzeugte durch den Zug auf ihre Befestigungen Schmerz und Hitze. Nachdem diese beiden Symptome abgeklungen waren, wurde der gleiche Prozess mit der gleichen Folge wiederholt. Und glücklicherweise wurden die Adhäsionen dadurch rechtzeitig entweder durchgebrochen oder so gedehnt, dass sie die Bewegung nicht länger behinderten. Jeder dieser sanften Versuche mit passiver Bewegung war mindestens ebenso gefährlich, zugleich aber weniger wirkungsvoll als eine einzige vollständige Flexion, die das Problem im Nu überwunden hätte. Gesteht man dies zu, ist sogar der erfolgreiche Ausgang des zweiten Falls von großem Interesse und kann uns durchaus zu der Frage führen, wie viele Glieder man durch rechtzeitiges Bewegen vor Ankylose bewahren hätte können.

zu lösen. Die Hauptlehre, die wir aus diesen Fällen ziehen sollten, ist jedoch, danach zu streben, das ursprüngliche Leiden so zu behandeln, dass eine Bildung von Adhäsionen schon von vornherein verhindert wird. Auf diesen Aspekt des Themas werde ich in einem späteren Kapitel noch eingehen.

Nicht weniger wichtig als die Pathologie der Zustände, bei denen sich Bewegung bewährt hat, ist jene bei Fällen, bei denen selbige mit ziemlicher Sicherheit zu Verletzungen führen würde. Jeder Chirurg, der versucht, Fälle von partieller Adhäsion so zu behandeln, wie ich es beschreibe, kann kaum vorsichtig genug sein beim Auswählen solcher Fälle und beim Ausschließen jener, in denen es wahrscheinlich zu einer Schädigung kommen würde.

Es ist durchaus bekannt, dass Knocheneinrenker ihren Patienten oft ernste Verletzungen zufügen, doch glaube ich, dass dies nur dann geschehen kann, wenn sie bestehende Zustände übersehen, die ein Chirurg sofort erkennen sollte.

Herr Paget führt in seiner schon zitierten Vorlesung einen Fall an, bei dem ein frischer Unterarmbruch von einem Knocheneinrenker bewegt wurde. Dr. Prall aus West Malling berichtet im *Lancet* über zwei Fälle – ein entzündetes Knöchelgelenk sowie die Affektion des Hüftgelenks –, in denen von einem Knocheneinrenker durchgeführte Bewegungen Vereiterung und schließlich Tod zur Folge hatten. Herrn Pralls Bericht wäre jedoch wertvoller gewesen, hätte er die ursprünglichen Beschwerden der Patienten präziser beschrieben – und vor allem wäre es hilfreich gewesen, hätte er uns mitgeteilt, ob die Symptome in diesen Fällen so geartet waren, dass sie keine sichere Diagnose zuließen. Denn obgleich bei der Behandlung durch einen Quacksalber zwangsläufig Fehler begangen

handelt zu haben. Die von Knocheneinrenkern erzielten Heilungen sind viel zu eindeutig und zu bemerkenswert, um ignoriert werden zu können. Und wenn ein Praktiker davor seine Augen verschließt oder meint, er könne diese Erfolge durch ein Aufrechnen von Fehlern ungeschehen machen, wird er auf seine Kosten feststellen müssen, dass er nicht nur hier und da einen wichtigen Patienten verliert, dessen Heilung durch das direkte Gegenteil jeder zuvor an ihm erfolgten chirurgischen Behandlung bewirkt wurde, sondern dass er zudem ganz allgemein an seinem Standort oder in der Gesellschaftsklasse, zu der sein Patient gehört, sehr ernstlich an Vertrauen verliert. Ein Fall wie der von Herrn Ponsonby fördert nicht nur die Praktik des Knocheneinrenkens im ganzen Königreich, sondern begünstigt auch den Erfolg jeder Art von Quacksalberei in den Kreisen, in denen er sich bewegt. Diagnose- und Behandlungsfehler, begangen von qualifizierten und hoch angesehenen Chirurgen, macht dieser Fall nur allzu deutlich. Unweigerlich wird er all jene, die keine gründlichen Denker sind, glauben lassen, dass in anderen Bereichen der Praxis ebenso schwere Irrtümer begangen werden.

Sich nun lang und breit mit dem Anzeichen jener Gelenkerkrankungen zu beschäftigen, bei denen Bewegungen entweder kontraindiziert oder besonders riskant sind, würde nun allerdings völlig vom eigentlichen Zweck dieser Abhandlung wegführen. Die Symptome, die auf eine akute Synovitis oder Ulzeration des Knorpels hinweisen, sind im Allgemeinen ebenso unverkennbar wie die einer Fraktur. Und sie müssen, wie schon dargelegt, in jedem Fall zuvor geklärt werden.

Die Notwendigkeit, große Vorsicht walten zu lassen, liegt vor allem dann auf der Hand, wenn es irgendeinen Hinweis auf eine lo-

John Denham ausrief: »Bringt mir einen Knocheneinrenker! In Spanien rangiert der Knocheneinrenker unter der aufschlussreichen Bezeichnung Algebrista. Hier in England hat jedoch die zunehmende Anzahl von Praktikern in der Kunst der Chirurgie den nach alter Manier arbeitenden Knocheneinrenker anscheinend in den Schatten gestellt. Ich selbst habe schon oft gehört, wie dieses höchst nützliche Mitglied der Gesellschaft als bloßer Quacksalber bezeichnet wurde, was jedoch völlig ungerechtfertigt ist, denn ein Quacksalber wird im Allgemeinen als bar jeder professionellen Ausbildung betrachtet und als jemand, der mit unechten Arzneimitteln behandelt. Doch das gilt nicht für den Knocheneinrenker, dessen umfassende und nahezu ununterbrochene Praxis einen hinreichenden Ausgleich für das Fehlen all jenes Wissens darstellt, das er erworben haben könnte, hätte er reguläre Vorlesungen besucht oder aus schwer verständlichen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen das Wesentliche herausgezogen. Ihm erscheint die Theorie als reine Bagatelle. Praxis – tägliche und eifrige Praxis – ist es, was ihn bei den kompliziertesten Fällen so erfolgreich macht. Allein aus der Art, wie Sie Ihren Fuß auf den Boden setzen und wie Sie mit einem Gegenstand hantieren, wird Ihnen der Knocheneinrenker durch bloßes Hinsehen, oft ohne Berührung des verletzten Teils, sagen können, wo das Problem liegt. Nur jene, die die Kunstfertigkeit des Knocheneinrenkers persönlich erlebt haben, sind in der Lage, sein Verdienst beim Behandeln von Brüchen und beim Einrenken von Dislokationen einzuschätzen. Darüber hinaus würde man seine Dienste in der Kunst des Heilens und Wiederherstellens nie in Anspruch nehmen. Letztere ist ganz und gar der

weise Gehirnerschütterung erlitten hatte. Zudem fühlte sich die eine Seite vom Fuß bis zur Schulter so an, als sei sie durch eine Mühle gedreht worden. Im Verlauf des Nachmittags entnahm ich meinem Arm etwa 30 Quäntchen¹² Blut und am nächsten Tag ging ich den Fall mit einem starken Abführmittel an. Ich glaube, dass aufgrund dieser Vorsichtsmaßnahmen alles gut gegangen wäre (sieht man vom Arm ab), wäre diesem ersten Unfall nicht sofort ein zweiter gefolgt, der von so besorgniserregender Art war, dass ich mir mit der Lanzette weitere dreißig Quäntchen Blut entnahm. Mit Rücksicht auf meinen verletzten Arm hatte ich anstelle meines Mantels ein schottisches Plaid¹³ angezogen und erschien so zum Dinner. Eines Tages verrutschte das Plaid auf der Schulter, ich erhob mich, um es zu richten, und der Diener, der meinte, ich wolle mich zurückziehen, zog unglücklicherweise den Stuhl hinter mir weg. Ich bemerkte das nicht und fiel mit einem schrecklichen Schock rücklings auf den Boden. Dies verursachte zweifellos eine Gehirnerschütterung beachtlichen Ausmaßes und bald zeigten sich Symptome eines langsam fortschreitenden Dahinscheidens. Nachdem ich alle Angelegenheiten zwischen mir und der Welt mit meinem Anwalt und alle zwischen mir und meinem Schöpfer mit meinem Beichtvater geregelt hatte, blieb mir nichts anderes übrig, als mit christlicher Ergebenheit die letzte Katastrophe hinzunehmen. Doch obgleich ich 15 lange Stunden mit Schluckauf

¹² Anm. d. Hrsg.: im Englischen Original *ounce* = ca. 30 Gramm. Im o. a. Fall handelte es sich demnach um ca. 900 ml Blut.

¹³ Anm. d. Hrsg.: Schottischer Umhang mit gewöhnlich kariertem Muster

sen Familie die Kunst über Generationen vom Vater an den Sohn weitergegeben worden war. Als er meinen armseligen Rest von Arm sah, sagte er: ›Ihr Handgelenk ist schmerzhaft verletzt. Zwischen Hand und Arm hat sich ein Kallus gebildet. Der Ellbogen ist aus dem Gelenk raus und die Schulter ist etwas nach vorne gedrückt. Letzteres verhindert, dass Sie Ihren Arm zum Kopf anheben können. Sieht düster aus!‹

›Aber können Sie mich heilen, Doktor?‹, fragte ich.

›Ja, antwortete er bestimmt. ›Lassen Sie es mich nur auf meine Art tun.‹

›Dann nehmen Sie meinen Arm und mit ihm auch Ellbogen, Handgelenk und Schulter. Ich übergebe sie Ihnen hiermit. Machen Sie damit, was Ihnen gefällt, Schmerz spielt in diesem Fall keine Rolle. Und ich nehme an, dass ich davon bis zur Genüge haben werde.‹

›Ja, das werden Sie, meinte er nachdrücklich.

Dieser energische Knocheneinrenker, den ich wegen seiner Wissenschaft und Stärke stets mit Cheiron, dem Kentauren, verglich, ging wie ein Geschäftsmann zu Werke. Nach 14 Tagen zwang er die Schulter und das Handgelenk durch starke Einreibungen sowie durch Dehnen, Ziehen, Drehen und Stoßen, ihm zu gehorchen und wieder ihre früheren, gesunden Bewegungen auszuführen. Der Ellbogen erwies sich allerdings als komplizierte Angelegenheit und erforderte umfangreichere Anwendungen und mehr Aufmerksamkeit. Das war in der Tat eine Aufgabe für einen Herkules.

beschlossen, während der Behandlung weder meinen Mund zu öffnen, noch irgendeine Bewegung zu machen, und blieb daher passiv und still, während der grimmige Ellbogenkampf tobte.

Was Kraft und Kunstfertigkeit leisten konnten, war nun vollbracht, der Rest war nur eine Frage der Zeit. Für ein Zusatzhonorar in Form einer Fünf-Pfund-Note in seine kräftige Arbeiterhand band der Knocheneinrenker das jetzt gerichtete Ellbogengelenk mit einer wirklich erstaunlichen Feinfühligkeit und Fachkenntnis hoch. Bald nahm die Gesundheit wieder ihr altes Recht wahr und der Schlaf kam Hand in Hand mit einem ruhigen Geist. Das Leben war wieder lebenswert und jetzt bin ich wieder so gesund wie eine Eiche.«

Nach dieser anschaulichen und dennoch etwas vagen und dabei auch besorgniserregenden Schilderung wird sich die Beschreibung der tatsächlichen Vorgänge sicher prosaisch anhören. Nachdem man sich durch Untersuchung und Befragung hinreichend davon überzeugt hat, dass der jeweilige Fall für die Behandlung geeignet ist, besteht der erste Schritt darin, am betroffenen Gelenk nach einem Punkt zu suchen, der bei Druck schmerzt. Dieser schmerzhafte Punkt muss bei allen folgenden Manipulationen durch festen Druck mit einem Daumen fixiert werden. Er kann sich überall an einem Gelenk befinden, tritt jedoch häufiger an der Innen- als an der Außenseite auf und hat in jedem Gelenk eine bevorzugten Sitz: bei der Hüfte oberhalb des Femurs, über dem Zentrum der Leiste¹⁶; beim Knie am unteren Rand der inneren Kondyle, beim Ellbogen

¹⁶ Anm. d. Hrsg.: Also genau im Bereich des Hüftgelenks

Alle schon angeführten Fälle sind Beispiele, bei denen die Bewegungsfreiheit durch eine einzige Behandlung wiederhergestellt wurde. So etwas lässt sich jedoch nicht immer erreichen. Manchmal muss die Manipulation wieder und wieder durchgeführt werden. In solchen Fällen legte Herr Hutton großen Wert auf das Erzeugen kribbelnder Sinnesempfindungen im Verlauf des betroffenen Glieds. Und er war so lange nicht zufrieden, bis er alles in seiner Macht Stehende getan hatte, damit das Kribbeln sich ganz bis in die Finger- oder Zehenspitzen ausbreitete. Fälle dieser Art, an die ich mich erinnern kann, waren meist von langer Dauer und infolge einer Verletzung oder Krankheit von beachtlicher ursprünglicher Schwere entstanden.

Wahrscheinlich ist die bemerkenswerteste Besonderheit des Knocheneinrenkens die Genialität, mit der der Hebel der Glieder nutzbar gemacht wird, um die für das Erreichen des Ziels erforderliche Kraft zu erlangen, wodurch mechanische Vorrichtungen gänzlich überflüssig werden. Zwischen diesen Methoden und jenen, die man für gewöhnlich bei Ankylose anwendet, besteht der gleiche Zusammenhang wie zwischen dem Zurückführen einer dislozierten Hüfte¹⁷ durch einfache Manipulation und dem Zurückführen mit Hilfe von Flaschenzügen. Hieraus ergeben sich, wie ich glaube, für die Chirurgie wertvolle Hinweise. Bemerkenswert ist auch, dass nur wenig oder gar keine Extension angewendet wird. Herr Hutton sagte gewöhnlich: *»Ziehen hilft nicht viel: Auf die Drehung kommt*

¹⁷ Anm. d. Hrsg.: Tatsächlich gehörten die Repositionen von luxierten Hüftgelenken zum Praxisalltag der Mediziner, was sich ganz einfach aus der Tatsache erklärt, dass Hüftdysplasien noch nicht behandelt wurden und entsprechend der Dysplasieausprägung mehr oder weniger häufig luxierten.

ein konstantes Fulkrum. Die Phalanx auf der distalen Gelenkseite wird dann mit Zeigefinger und Daumen der rechten Hand ergriffen, das Gelenk wird scharf in dem vollen Ausmaß flektiert, das der Fulkrumfinger zulässt, und danach mit einer kontinuierlichen Bewegung in den Zustand einer halben Flexion zurückgeführt. In dieser Position wird es dann abduziert und adduziert bis zur Grenze des natürlichen Bewegungsspielraums eines gesunden Gelenks. Es wird dann gerade ausgerichtet und die momentane Arbeit ist damit vollbracht. Der Patient wird, wenn der Fall richtig ausgewählt war, sofort in der Lage sein, das Gelenk schmerzfrei zu flektieren und zu dehnen. Und er muss ermutigt werden, es gleich in Maßen zu gebrauchen. Es ist ziemlich klar, dass weitere Ruhe oder das Anlegen einer Schiene den Adhäsionen ermöglichen würde, sich wieder zu vereinigen. Und dadurch würden alle früheren Probleme wieder auftreten.

Die metacarpophalangealen Gelenkverbindungen werden gleichermaßen behandelt wie die phalangealen, wobei der einzige Unterschied darin besteht, dass die größere Form des proximalen Knochens es dem Behandler ermöglicht, ihn mit zwei Fingerspitzen am palmaren Aspekt zu ergreifen, wobei der Zeigefinger aufgrund seiner Beziehungen zu den Nachbarn nicht als schräges Fulkrum fungieren kann. Die natürlichen Bewegungen der Abduktion und Adduktion sind ebenfalls umfangreicher. In manchen Fällen können wir den linken Daumen auf dem palmaren Aspekt des Kopfs des betroffenen Os metacarpale platzieren, den gesamten Metacarpus mit den Fingern festhalten und dann den Finger extrem flektieren, indem der rechte Daumen auf dem dorsalen Aspekt der ersten Phalanx platziert und die erforderliche Kraft eingesetzt wird. Bei

ten Hand, übt einen stetigen Zug aus, wendet an der Hand leichte Rotation an, indem er eine ihrer Kanten nach unten dreht, während er den Radius fixiert hält, drückt sehr fest mit seinem linken Daumen und flektiert schließlich das Handgelenk scharf in vollem Ausmaß. Ebenso scharf wird die Hand dann wieder in vollständige Extension gebracht. Der Unterarm verbleibt während der gesamten Prozedur unbewegt.

Bei diesem Manöver ist die Bedeutung des Daumendrucks offensichtlich, denn da die proximale Befestigung einer Adhäsion sich an einem der Knochen des Carpus befinden kann, ist es gut möglich, dass der Knochen ohne Unterstützung von außen durch die eingesetzte Kraft aus seiner Position gebracht wird. Mit der Hilfe von Druck dürfte so etwas jedoch kaum passieren und die zusätzlich gebildete Struktur wird zum Nachgeben gezwungen.

Beim Ellbogengelenk muss der Behandler zuallererst feststellen, in welcher Richtung die Bewegung am schmerzhaftesten ist. Zu diesem Zweck versucht er – Arm und Unterarm jeweils fest im Griff – eine Flexion, wobei er die Hand zur Mittellinie bringt, und geht dann wieder in die entgegengesetzte Richtung, wobei er die Hand nach außen bringt. Er fragt, welche Bewegung am schmerzhaftesten ist und wo der Schmerz empfunden wird. Behandler und Patient setzen sich dann an einer Tischecke gegenüber. Der Behandler, dessen linker Handrücken auf dem Tisch liegt, empfängt das Ellbogengelenk des Patienten in seiner Handfläche und ergreift es fest (siehe Bild 2), während er gleichzeitig den linken Daumen stetig auf dem Sitz des Schmerzes platziert. Sodann erfasst er das Handgelenk mit seiner rechten Hand. Handelt es sich bei der schmerzhaftesten



Bild 3: Manipulation der Schulter

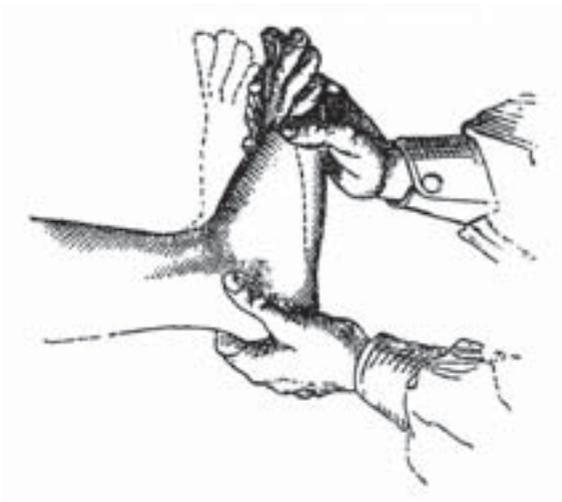


Bild 4: Manipulation des Fußgelenks

Malleoli ruhen, und empfängt den Fuß zwischen den Musculi adductores der Oberschenkel, um ihn so in seiner ganzen Länge erfassen zu können. In dieser Position dient der Fuß als Hebel, durch welchen das Bein rotiert werden kann – und zwar nahezu ohne Unterstützung der Hände, die es nur unterhalb des Kniegelenks ergreifen, wobei wie gewöhnlich ein Daumen auf dem schmerzhaften Punkt platziert wird. Der Behandler rotiert sodann durch eine laterale Bewegung seiner Oberschenkel das Bein und flektiert es im nächsten Moment durch eine aufeinander abgestimmte Bewegung von Oberschenkeln und Händen. Es ist klar, dass diese Bewegung nur bis zu einem gewissen Punkt Flexion bewirken kann, und sobald diese Grenze erreicht ist, gibt der Behandler seinen ursprünglichen Griff auf, platziert seinen rechten Unterarm (nahe am Handgelenk) als ein Fulkrum unter dem Knie, ergreift das Bein mit der linken Hand nahe am Knöchel und flektiert es voll. Der erste Teil des Verfahrens dient dazu, den wichtigsten Widerstand zu überwinden, während der letzte die so begonnene Befreiung vervollständigt.

Beim Behandeln des Hüftgelenks wird der Hebel, den die Länge des Glieds ermöglicht, vom Knocheneinrenker mit großer Genialität genutzt wie in Bild 6 dargestellt. Während der Griff seiner Hände die Drehung vollbringt, führt der Behandler mit nahezu unwiderstehlicher Kraft die Flexion durch, indem er seinen Körper erhebt, um das Glied des Patienten in die Position der gestrichelten Linien zu bringen. Ist diese Position erreicht, verschiebt er – je nach Extremität – seine rechte oder seine linke Hand nach unten, um Druck auf jeden schmerzhaften Punkt in der Leiste auszuüben,

während er die Flexion vollendet. Auf diese Weise wird das Becken des Patienten auf der Liege fixiert und jedes Aufwärtsskippen des Körpers verhindert. Wie bei anderen Gelenken sollte die Drehung in die Richtung des größten Schmerzes erfolgen. Ein verlängertes Glied sollte beim Flektieren von der Mittellinie aus nach außen, ein verkürztes von der Mittellinie aus nach innen gebracht werden.

Beim Durchführen der unterschiedlichen Manipulationen muss der Behandler vor allem Selbstvertrauen besitzen und die gesamte Hebelkraft, die ihm die Glieder ermöglichen, scharf und augenblicklich einsetzen. Bemüht er sich, sie langsam zu bewegen, wird er wahrscheinlich in vielen Fällen nicht viel Gutes, also kein Zerreißen der Adhäsionen, erreichen. Er wird dann entweder von dem Widerstand abgeschreckt, den er spürt, oder von dem Schmerz, über den sich der Patient beklagt.

Man muss nicht besonders darauf beweisen, dass ein ängstlicher Behandler leicht Schaden anrichten kann durch Zug auf ein Gelenk, das er letzten Endes doch nicht erleichtern kann, während eine kräftigere und schnellere Bewegung den Patienten sofort befreit hätte. Ich neige zu der Annahme, dass die von den Chirurgen geschürte Furcht vor einer Gelenkentzündung, wenn überhaupt auf klinischen Tatsachen, dann größtenteils auf den Ergebnissen einer unwirksamen Art von passiver Bewegung beruht, die zwar ausreicht, um den schmerzhaften Zug einer Adhäsion zu verstärken, diese aber nicht zu zerstören vermag.

Die Methoden der Knocheneinrenker beim Behandeln des Knie- und des Hüftgelenks veranschaulichen in bester Weise das, was ich bereits über die Genialität jener Mittel gesagt habe, durch die alle mechanischen Hilfen unnötig werden.

An diesem Punkt mag es interessant sein, die oben beschriebenen Methoden mit jenen zu vergleichen, welche die Profession zum Zerbrechen von Adhäsionen verwendet. Die Beschaffenheit Letzterer ist solider als jene – wesentlich häufigere – bei denen im Allgemeinen die Hilfe der Knocheneinrenker in Anspruch genommen wird.

Herr Barwell²⁰ hat in seiner äußerst praxisnahen und hilfreichen Untersuchung *Gelenkerkrankungen* ein ganzes Kapitel der Wiederherstellung der Beweglichkeit von verkrüppelten Gelenken gewidmet. Und er stellt Regeln auf, die, wenn sie allgemein befolgt worden wären, einer Menge Patienten viel Leid erspart hätten. Soweit ich weiß, hat aber weder er noch ein anderer Chirurg jemals klar dargelegt, dass leichte bzw. partielle Bewegungseinschränkungen nach einer Erkrankung oder Verletzung auf Bänder zurückgehen, die sich problemlos zerreißen lassen. Die Bildung und Behandlung von Adhäsionen in ernsten Fällen wurde hingegen vielfach erkannt. Das Manipulieren von Schulter und Ellbogen beschreibt Herr Barwell folgendermaßen:

»Lassen Sie mich den Chirurgen in aller Entschiedenheit davor warnen, den Arm gleich zu Beginn gewaltsam von der Seite weg in die oben beschriebene Richtung zu bewegen, denn ein solches Vorgehen wird höchstwahrscheinlich eine axilläre Dislokation hervorrufen. Die erste Bewegung muss eine einfache

²⁰ Richard Barwell (1826–1916), Londoner Chirurg galt zu Lebzeiten als führender Experte auf dem Gebiet der Gelenkbehandlung.

zulassen, dass der Humerus von der Seite direkt nach oben gezwungen wird, da sonst eine große Dislokationsgefahr besteht. Während all dieser Manöver sollte starke Extension durchgeführt werden, um das Risiko so weit wie möglich zu vermindern. Durch seine Hand an der Axilla wird der Behandler sehr genau die hervorgerufenen Auswirkungen beurteilen können.

Ein mehr oder weniger hoher Grad an Unbeweglichkeit des Ellbogengelenks ist häufig das Ergebnis einer Entzündung. Hat der Chirurg sich davon überzeugt, dass keine echte Ankylose vorliegt, muss er als Nächstes feststellen, welche Teile kontrahiert sind. Äußerst selten war die Haltung während einer Entzündungskrankheit dieses Gelenks derart, dass der Arm in gestreckter Position fixiert wurde. Oft zeigt er sich dennoch so stark gestreckt, dass dadurch die Gebrauchsfähigkeit der Hand erheblich vermindert wird. In einem so gearteten Fall stellt sich die Frage, ob es nicht besser ist, den Trizeps zu teilen. Die Antwort muss drei Umstände berücksichtigen: das Alter des Patienten, das Ausmaß der Fehlhaltung und deren Dauer. Geht es um eine männliche Person, die jünger als 14 Jahre, oder um eine weibliche Person, die jünger als 12 Jahre ist, dann muss der Muskel geteilt werden, vorausgesetzt es handelt sich um keine schwerwiegende Fehlstellung. Beim Erwachsenen, dessen Arm sich in einem Winkel von mehr als 120° fixiert zeigt, sollte die Myotomie dann angewendet werden, wenn die Kontraktur nicht älter als sechs Monate besteht und die ursprüngliche Krankheit nicht nur ein leichter Anfall war.

Nehmen wir zunächst einmal an, dass der Muskel nicht durchgeschnitten werden muss. Der Patient bekommt Chloroform.

doch sicherstellen, dass der ausgeübte Druck Gefäße und Nerven nicht gefährdet. Für gewöhnlich reicht aber gewöhnlich die Kraft seiner Hände aus. Die Flexion sollte so weit geführt werden, dass die Hand des flektierten Arms auf dem Musculus pectoralis liegt.»²²

Es bleiben noch bestimmte Erwägungen, die Aufmerksamkeit erfordern. Einige sind von allgemeiner Art, andere beziehen sich auf einzelne Gelenkverbindungen.

Unter den ersteren ist am wichtigsten wahrscheinlich die Frage, welche Phase sich am besten zum Durchführen der Bewegung eignet. Und das hängt natürlich jeweils von der Art des ursprünglichen Leidens ab. Bei Erkrankungsfällen ist es angebracht, zu warten, bis alle akuten Schäden abgeklungen sind. Und das gilt vor allem, wenn es sich um strumöse Zustände handelt. Bei Verletzungsfällen müssen wir uns hingegen sofort oder binnen einiger Tage auf Bewegung verlegen. Mein Vater, Dr. Peter Hood, hat dies beim Behandeln eines verstauchten Knöchels lange Zeit beherzigt und konnte so wie andere, die dieser Praktik gefolgt sind, alle Probleme vermeiden, die ein derartiger Unfall oft nach sich zieht.

Die wichtigste Lehre aus dem Knocheneinrenken ist möglicherweise tatsächlich, wie man Adhäsionen verhindern kann. Und dazu

²² Anm. d. Hrsg.: Gerade aus der ersten Hälfte der Beschreibung lässt sich vermuten, dass Dr. Barwell sich die Manipulationen von den Knocheneinrenkern »abgeschaut« hat, ohne jedoch die funktionellen Komponenten in ähnlich prägnanter Weise durchdrungen zu haben, wie dies dem Autor des vorliegenden Werkes offensichtlich gelungen ist – was die Bedeutung von Hoods Beobachtungen aus historischer Sicht umso bedeutender macht.

Brot-und-Wasser-Breipackung und wickelte schließlich eine lockere Bandage um das Gelenk. Für den Rest des Tages ließ ich meinen Fuß auf einem Stuhl rasten. Um abends ins Bett zu gelangen, war ich gezwungen, auf Händen und Knien nach oben zu krabbeln.

Am nächsten Tag hatte der Schmerz in meinem Knöchelgelenk zwar stark nachgelassen, wurde aber sofort unerträglich, sobald ich es belastete. Ich brachte einen in kaltem Wasser angefeuchteten Mullumschlag an, darüber geölte Seide und fixierte das Ganze mit einer Bandage, die so festgezogen wurde, wie ich es aushalten konnte. Zu meiner Überraschung stellte ich fest, dass es mir diese Bandage sofort erlaubte, meinen Fuß auf den Boden zu setzen, und den Schmerz beträchtlich erleichterte, so dass ich sogar vorsichtig gehen und einige meiner Patienten aufsuchen konnte. Gegen Abend kehrte freilich die alte Qual zurück, was ich jedoch der übermäßigen Bewegung des Gelenks während des Tages zuschrieb, weshalb ich es rasten ließ und den Wasserverband fortsetzte.

Als ich am folgenden Morgen aus dem Bett aufstand, war der Schmerz so heftig wie zuvor. Ich hatte ein Gefühl, als ob jeder Muskel und jedes Ligament zerrissen wäre und die Befestigung des Fußes an den Bein Knochen sich gelockert hätte. Ich beschloss deshalb, folgende Behandlung vorzunehmen – nämlich den gesamten Fuß und Knöchel mit Heftpflaster zu verbinden und mit einer Bandage zu bedecken. Um das bewerkstelligen zu können, holte ich mir Hilfe bei einem in der Nähe wohnenden Militärchirurgen, der zunächst freundlich meiner Bitte entsprach. Als er jedoch meinen Fuß sah und ich ihm die Verletzungsgeschichte

Fünf Jahre später verstauchte ich mir denselben Knöchel ein zweites Mal, während ich über einen Zaun kletterte. Und obwohl ich nur eine Stunde wartete, bis ich den Stiefel auszuziehen versuchte, war der Fuß in dieser Zeit so angeschwollen, dass ich schon befürchtete, ich würde es nicht mehr schaffen, mich des Schuhs zu entledigen. Nur dank der Hilfe eines einfallsreichen Freundes, der bei mir war, gelang es mir schließlich doch.

Zurück in London applizierte ich die oben beschriebene Behandlung: Aderlass, Breipackung, warme Umschläge, Pflasterverbände und Bandagen. Dadurch wurde die Erleichterung so wirkungsvoll und unmittelbar erzielt, dass ich es für unnötig befand, den ganzen Tag im Haus zu bleiben, sondern wie gewöhnlich meine Patienten besuchte. Natürlich schonte ich dabei meinen Fuß so weit, wie das bequem möglich war. Nach fünf Tagen konnte ich wieder einen Wellingtonstiefel tragen. Ich trug die Bandage länger als beim ersten Mal, weil Schwellung und Blässe stärker waren – mutmaßlich aufgrund der früheren Verletzung, die das Gelenk bereits erlitten hatte. Seitdem fühlte sich das Gelenk aber niemals mehr kraftlos an oder schmerzte. Nur ein leichtes Hautjucken dort, wo der Aderlass vorgenommen wurde, erinnert mich manchmal noch an jenen Unfall.

Ich muss wohl nicht ausdrücklich betonen, dass die hier empfohlenen, bei Verstauchungen des Knöchelgelenks geeigneten Praktiken gleichermaßen für die Behandlung von Verstauchungen anderer Körpergelenke zu empfehlen sind.

Bei ernsten Verstauchungen des Knies etwa ist diese Behandlung meiner eigenen Erfahrung nach ebenso wirksam, wie ich es für das Knöchelgelenk beschrieben habe.«

ser Art von Unfällen. Als sein Pferd stürzte, wurde er nicht abgeworfen, sondern fiel mit ihm. Sein Fuß berührte den Boden und rutschte in eine der Spurrinnen. Bevor er ihn wieder herausziehen konnte, überschlug sich das Pferd und quetschte und verletzte das Glied schrecklich. Als Herr H. den Fuß inspizierte zeigte sich dieser immer noch stark geschwollen und durchweg ausgesprochen steif. Die Diagnose lautete, es seien »*fünf Knochen draußen*«, und es erfolgten die üblichen Manipulationen, um diesen Zustand zu beheben. Drei Behandlungen in Abständen von je einer Woche waren notwendig, um die Steifheit des Fußes zu beseitigen. Doch nach diesen drei Wochen ging Herr G – der bei der ersten Behandlung seinen damals völlig unbrauchbaren Fuß noch in einer vom Halse herabhängenden Schlinge getragen hatte – wieder so gut wie immer in seinem Leben.

Wie vorteilhaft es ist, ein paar Tage nach dem Auftreten einer Verletzung Bewegung anzuwenden, zeigt sehr anschaulich eine Fallgeschichte, die ich bei Herrn H. miterlebte:

I. F. (Stanmore) wurde, weil das Zugpferd stolperte, von einem Wagen geschleudert, als dieser einen Hügel hinunterfuhr. Er schlug mit der rechten Schulter und der rechten Kopfseite auf und war für etwa eine Stunde betäubt. Als er zu sich kam und mit Hilfe des rechten Arms aufzustehen versuchte, konnte er ihn nicht anheben, geschweige denn mit Gewicht belasten. Es gelang ihm unter großen Schwierigkeiten, in seinen Wagen zu kommen (das Pferd schien nicht gänzlich gestürzt zu sein und wartete ruhig an der Straßenseite) um nach Hause zu fahren. Die ganze Nacht hindurch litt er an Schmerzen, der Arm war vollkommen gebrauchsunfähig und der Bereich um die Schulter stark geschwollen. Am folgenden Tag

Fall sollte man dem Patienten nach einer Verletzung erlauben, die Teile wie gewöhnlich zu bewegen, bis sämtlicher Schmerz aufgehört und der betroffene Teil seine ursprüngliche Form wiedererlangt hat.« Dieser Rat hat sich hierzulande dem chirurgischen Verstand eingeprägt. Und man befolgte ihn, wobei die Zustände, in denen er anwendbar ist, nicht immer hinreichend unterschieden wurden.

Es ist offensichtlich, dass es bestimmte Zustände akuter Gelenkerkrankungen gibt, bei denen eine kurze Phase vollständiger Ruhe erforderlich sein kann, um den Verlauf destruktiver Prozesse zu stoppen. Gleiches gilt offensichtlich, wenn der Chirurg eine dauerhafte Ankylosierung zum Ziel hat.

Jedoch erscheint es paradox, zu behaupten, dass längere Ruhe jemals ein Instrument für die Wiederherstellung der Integrität eines Organs sein kann, dessen Funktion Bewegung ist. Wie wenig die Tendenz in diese Richtung geht, wurde schon an beispielhaften Fällen gezeigt. Und ich will hier noch einen hinzufügen, dessen Geschichte der Patient mit seinen eigenen Worten wiedergibt. Der Bericht mag dadurch vielleicht etwas an chirurgischer Präzision verlieren, doch das wird zweifellos durch seinen anschaulichen und aufschlussreichen Charakter mehr als ausgeglichen. Es erscheint zudem sehr wünschenswert, wenn die geschätzten Chirurgen in solchen Fällen die Sache mehr aus der Perspektive des Patienten betrachten als aus ihrer eigenen. Denn letztere ist freilich die einfachere für sie selbst, doch nicht unbedingt die vertrauenswürdigste.

»Im Juli 1859 spielte ich mit meinen Kindern im Garten, als eines von ihnen einen Ball in den Nachbargarten warf, der von meinem durch eine zwei Meter hohe Steinmauer getrennt war.

Dort wendete ich See gras-Breipackungen an und badete mein Knie im warmen Meerwasser. Doch bald musste ich diese Behandlung unterbrechen, weil sie das Gelenk stark reizte und es so empfindlich und schmerzhaft werden ließ, dass ich im Liegen nicht einmal mehr das Gewicht der Bettdecke ertragen konnte. Das Fleisch an meinem Oberschenkel begann zu dieser Zeit zu schwinden und ich verlor die Kraft in meinem linken Arm, Daumen und Zeigefinger, sodass ich beim Essen für einige Zeit keine Gabel benutzen konnte. Ich rief daraufhin Herrn C, einen Landarzt, der mir Medikamente gab. Da er den Schmerz im Knie als unbedeutend erachtete, verschrieb er mir dafür nichts. Gelegentlich machte ich Übungen in einem Invalidenstuhl, doch aufgrund der Schwierigkeit, erst einmal dorthin zu gelangen, und wegen der Vibration des Stuhls selbst schadete diese Prozedur als dass sie nutzte. So kehrte ich im November heim und verlebte den Winter mit nur geringfügiger Verbesserung. Ich hatte ein sehr leichtes Invalidengefährtn gekauft, vor das sich ein Esel spannen ließ, und fuhr damit aus, wenn immer das Wetter es erlaubte. Ich wendete weiter Jod an und trug ständig feuchte Kleidung auf dem Glied, um die Entzündung niederzuhalten. Diese Behandlung war in Massen erfolgreich, aber freilich nur solange ich das Bein ruhig hielt. Sobald ich den kleinsten Versuch machte, es zu benutzen, kehrte die Entzündung zurück. Im Frühling 1860 schien es ratsam, Sir B. Brodie zu konsultieren, und mein Doktor, Herr A, reiste mit mir nach London. Als wir jedoch feststellten, dass Sir Benjamin nicht in der Stadt war, nahm Herr A mich mit zu Herrn D, der die Sache recht locker anging und meinte, ich solle ein von ihm verschriebenes Toni-

litt, dass ich mich mit dem ernstesten Ersuchen meiner Freunde einverstanden erklärte. Ich schrieb Herrn Hutton und vereinbarte einen Termin mit ihm. Beim ersten Besuch kam er zu mir ins Wartezimmer, sah mir scharf ins Gesicht und fragte: ›Wer hat Sie hergeschickt?‹ Ich erklärte ihm, von wem die Empfehlung stamme, und er sagte: ›Wissen Sie, dass ich kein zugelassener Chirurg bin?‹ ›Ja!‹, antwortete ich und er fuhr fort: ›Gut, also was ist los mit Ihnen?‹ Ich teilte ihm mit, dass ich lahm sei. ›Sind das hier Ihre Stöcke?‹ – Er zeigte auf die Krücken. ›Ja!‹ ›Gut, ich möchte Ihr Bein ansehen!‹ Dann setzte er seinen Daumen auf den empfindlichen Punkt im Knie, was mir große Schmerzen verursachte. Ich sagte: ›Ja, das ist die Stelle und keine andere!‹ ›Ah!‹, antwortete er, ›das habe ich mir gedacht. Das müsste genügen. Wie lange sind Sie denn schon lahm?‹ ›Sechs Jahre.‹ ›Und wie sind Sie behandelt worden?‹ Ich erzählte es ihm und auch, dass meine Lahmheit der Diagnose zufolge konstitutionelle Ursachen habe. ›Pah!‹, rief er. ›Die hätten Sie umgebracht, wenn Sie nicht eine so ausgezeichnete Konstitution hätten!‹ Als ich ihm mitteilte, dass ich bei Herrn D. gewesen sei, meinte er: ›Da hätten Sie ebenso gut zu meinem Koch gehen können. Der kann dieses Knie nicht heilen.‹ Ich fragte ihn, um was es sich denn seiner Ansicht nach handele, und er sagte: ›Dieses Knie ist draußen. Aber ich setze meine Reputation darauf, dass ich es heilen kann.‹ Er verordnete mir für eine Woche die Anwendung von Leinsamenbreipackungen. Und dann sollte ich wiederkommen, was ich auch tat – und glücklicherweise mit den besten Ergebnissen. Seitdem habe ich niemals mehr Krücken benötigt. Und obgleich es eine gewisse Zeit dauerte, bis ich wie-

folgendermaßen: Herr A, dessen Patient ich gewesen war, lachte, als ihm der Sachverhalt mitgeteilt wurde, und sagte mit einem bedeutungsvollen Achselzucken: ›Ja, ja! Ein nervöses Knie! Wir alle kennen nervöse Knie! Freilich, freilich!‹ Herr B, der als Freund mein Knie häufig (obgleich nicht beruflich) angesehen hatte, versicherte allen, die den Fall ihm gegenüber erwähnten, dass ich schon 12 Monate eher hätte gehen können, wenn ich mich darum gekümmert hätte. Weitere Mitglieder der Profession erklärten sich die offensichtliche Veränderung meines Zustandes durch die eine oder andere Hypothese, wobei alle meine Unwissenheit und meinen Irrglauben belächelten. So weit zur Profession. Doch wie sahen meine eigenen Gedanken aus und die meiner Freunde und der Öffentlichkeit allgemein? Ich war wie der im Evangelium beschriebene Blinde, der dann wieder sehen konnte. Ich war lahm gewesen und hatte Schmerzen gehabt, jetzt konnte ich wieder mit Leichtigkeit laufen. Ich gab nichts auf professionellen Hohn in Bezug auf nervös oder nicht nervös. Und hätte die gesamte Chirurgenschaft zu ihrer eigenen Befriedigung hinreichend bewiesen, dass ich keinesfalls von Herrn Huttons Behandlung profitiert haben konnte, wäre meine eigene Ansicht dadurch nicht im Geringsten erschüttert worden. Was die Öffentlichkeit anbelangt: Da mein Fall bestens bekannt war, verbreitete sich die Nachricht von meiner Genesung rasch überall. Und eine Anzahl von Menschen aus der Nachbarschaft, die von vielen Ärzten Vieles erlitten hatten und deren Zustand nicht besser, sondern im Gegenteil schlechter geworden war, suchten Herrn Huttons Rat und wurden geheilt. Und dies geschah in so vielen Fällen, dass das öffentliche Vertrauen in die Fähigkeit

ärgerlich darüber, dass er sich nicht an die Anordnung gehalten hatte. Im Weggehen drohte er ihm, er werde mit seinem Herrn zurückkehren und dieser werde ihn schon dazu bringen, das Zugpflaster zu applizieren, ob er nun wolle oder nicht. Diese Drohung wurde jedoch nicht wahr gemacht. Am Montagmorgen ging der Arbeiter mit mehreren anderen Patienten zu Herrn Hutton. Er kehrte am Abend erst mit dem letzten Zug heim, und ich erfuhr am nächsten Morgen, dass er nach dem Besuch bei Herrn Hutton mehrere Kilometer weit gegangen war, um einen Freund aufzusuchen, und dann zurück zum Bahnhof. Am nächsten Tag ruhte er sich aus und am Mittwoch ging er wieder zur Arbeit. Seitdem ist er immer gesund gewesen.

Im letzten Absatz habe ich eine seiner Aussagen durch fette Schrift hervorgehoben, um besonders auf sie aufmerksam zu machen, weil sie den Misstrauen gegenüber der ärztlichen Profession ausdrückt, von dem ich weiß, dass er in der Nachbarschaft – wenn auch oft insgeheim – weit verbreitet ist. Wäre es denn für die Profession nicht von Interesse, diese Fälle zu untersuchen und nicht starrsinnig ihre Augen vor Tatsachen zu verschließen, die sie – wenn sie ihre berufsbedingten Vorurteile beiseite lassen würde – ebenso klar sehen und logisch überdenken könnte, wie das normale Menschen tun?

Ich bin, mein verehrter Herr, Ihr ergebener XY«

Ein weiteres Gelenk, das sehr spezieller Betrachtung bedarf, ist die Hüfte, und zwar wegen ihrer wohlbekannteren Anfälligkeit für eine bestimmte Krankheit, die einen wirksamen Eingriff verbietet. Man

ein derartiger Zustand die Ursache meiner damaligen Verblüffung gewesen sein könnte. Hier eine Skizze des Falles:

Ein Junge war von einem Pony an der Hüfte getreten worden. Seine Verletzung erzeugte Symptome, die jenen des Morbus coxae ähnelten, und er wurde auch entsprechend behandelt. Schließlich brachte man ihn zu Herrn Hutton, der meinte, die Hüfte sei »draußen«, und auf seine Weise arbeitete. Der Junge hatte danach große und verstärkte Schmerzen. Er erhielt die Anweisung, Breipackungen anzuwenden. Nach einigen Tagen schickten seine Freunde eine Nachricht, dass es ihm viel schlechter gehe und eine große Menge Eiter abgestoßen worden sei. Ich erwartete den schlimmstmöglichen Ausgang des Falls – und nahm an, dass die Bewegungen wohl großen Schaden angerichtet hatten. Doch einen Monat später traf ich den Jungen, wie er auf der Straße ging und bei guter Gesundheit war, er hatte keine Schmerzen und nur eine kaum wahrnehmbare Schwäche.

Herr Hutton äußerte die Überzeugung, dass in allen Fällen von Hüfterkrankungen ein Sturz oder Schlag auf diesen Bereich der Ursprung des Leidens sei. Und seine Überzeugung geriet auch dann nie ins Wanken, wenn in der vom Patienten selbst oder von dessen Freunden erzählten Vorgeschichte eines Falls von keinerlei Stürzen oder Schlägen die Rede war. Er blieb dabei – und zweifellos hatte er weitgehend Recht –, dass die Angehörigen von derlei Unfällen oft gar nichts wissen und dass Kinder – und zwar auch ältere – sie schnell vergessen, wenn sie keine unmittelbaren schlimmen Folgen haben. Konnte er Beschwerden der Hüfte heilen, handelte es sich wahrscheinlich um solche, bei denen das Glied nach der Verletzung aus Angst vor Schmerz freiwillig ruhig gehalten worden war oder bei

sie mittels Gegenreiz behandelt, können mit der Zeit Adhäsionen auftreten und müssen fast zwangsläufig zu Steifheit von Muskeln und Sehnenscheiden oder zu einer Trockenheit der synovialen Beutel führen. Solche Zustände können durchaus genügen, um Bewegungsanstrengungen, hinter denen nur ein schwacher Wille steht, zunichtezumachen, lassen sich aber durch Manipulation mit heilender Wirkung überwinden. Sie mit Ruhe oder sogenanntem gutem Zureden zu behandeln, heißt, den Händen der Quacksalber einen leichten Sieg über die Profession zu verschaffen.

In Fällen, die als hysterisch eingeschätzt werden, sollte der Fachmann jedoch auf die Gründe seiner Diagnose achten und alle Hilfsmittel nutzen, mit denen die Kunst das Vorhandensein von Krankheit entdeckt, bevor er sich auf eine Richtung festlegen lässt. Mir begegnete einst der Fall einer jungen Frau, die über – bei Bewegung zunehmende – Schmerzen im oberen Teil des linken Oberschenkels klagte. Sie lebte in einem mondänen Wasserkurort und wurde von zwei Ärzten betreut, die dort hohes Ansehen genossen. Beide diagnostizierten den Fall als hysterisch und fällten dieses Urteil gegen die Tatsache, dass die Patientin ein Leiden hatte, das sie selbst als qualvoll bezeichnete. Nach einer langen Zeit wurde ein dritter Arzt für eine einzige Konsultation hinzugezogen. Er erwog die Möglichkeit einer tief liegenden Vereiterung, doch die anderen zwei wollten nicht auf ihn hören, und er zog sich dann unglücklicherweise zurück, ohne seine Meinung durchzusetzen. Einige Monate voller Schmerz und Leiden folgten für die Patientin. Schließlich sah dann ein Chirurg das Glied. Er holte sofort eine enorme Eiteransammlung unter der tief liegenden Oberschenkelfaszie heraus. Die unglückliche Patientin erholte sich zwar in einer Hinsicht,

»im Verlauf der Uteruserkrankung eine deutlich ausgeprägte Hüftgelenkserkrankung entstehen kann, angezeigt durch Schmerz und Empfindlichkeit im Bereich des Gelenks oder des Musculus trochanter sowie durch eingeschränkte Bewegung aufgrund der Kontraktion der Adduktoren und Flexoren. Beide Seiten können entweder gleichzeitig oder nacheinander betroffen sein. Diese Erkrankung mag von unerheblichem Ausmaß sein, kann aber, wenn es ihr gelingt, sich auszubreiten, später unabhängig von der Affektion des Uterus weitergehen. In milden Fällen verschwindet die Affektion des Hüftgelenks mit jener des Uterus.«

Sollte dies nicht der Fall sein, werden als Ergebnis wahrscheinlich entweder im Gelenk oder in dessen Umkreis Adhäsionen zurückbleiben, die sich – sobald der akute Zustand abgeklungen ist – durch geeignete, gezielte Bewegungen sicher und wirkungsvoll überwinden lassen.

Wie gut man die verkrüppelnden Auswirkungen einer gewöhnlichen rheumatischen Entzündung durch Bewegung beseitigen kann, erscheint jemandem, der die tatsächlichen Ergebnisse einer solchen Behandlung noch nie gesehen hat, kaum glaubhaft. In diesen Fällen sind die entzündlichen Ablagerungen wie ich glaube, hauptsächlich extraartikulär und durchlaufen rasch eine Art von Organisation. Sie reißen bei Flexion hörbar mit einem entsprechend Laut, und der erreichten Wiederherstellung der freien Bewegung folgen stets die Erleichterung von einem bis dahin vorhandenen Schmerz und das Abklingen von Hitze und Schwellung. Vermutlich ist in

merus. Eine derartige Teil-Dislokation³³ kann einen Chirurgen, der nicht mit ihr rechnet, vermutlich sehr täuschen, weil die bei einer vollständigen Dislokation üblichen Anzeichen fehlen, gleichzeitig aber die Beweglichkeit eingeschränkt ist. In solchen Fällen waren die Knocheneinrenker oft erfolgreich, weil der dislozierte Knochen, durch eine vorbereitende Drehung von seiner falschen Position aus angestoßen, wahrscheinlich sofort in seine natürlichen Beziehungen mit den benachbarten Teilen zurückkehren wird.

Bei ernststen Verstauchungen kann man in der Regel davon ausgehen, dass sich anhand des Spannungsgrads, der auf die Ligamente des betroffenen Gelenks ausgeübt wird, das Ausmaß der Verletzung bestimmen und die Art des Wiederherstellungsprozesses festlegen lässt. Wird ein Gelenk durch äußere Gewaltanwendung in eine anormale Richtung gezwungen, geben die Muskeln und Weichteile, die es umschließen, nach. Falls nicht das Aufeinandertreffen von Knochenflächen die Bewegung blockiert, wird die Belastung dann auf die Ligamente übertragen, die – unelastisch wie sie sind – entweder halten müssen oder reißen. Im ersten Fall wird das Gelenk mit einer leichten Verletzung davonkommen, im zweiten wird der Prozess, in dem die zerrissenen Fasern wiederhergestellt werden, von einer je nach Ausmaß des Risses mehr oder weniger starken Effusion begleitet sein. Diese Effusion muss, sofern sie nicht gänzlich absorbiert wird, in und um das Ligament wie ein Kallus um einen Knochenbruch verbleiben und wird die Bewegung mehr oder weniger stark beeinträchtigen. In einigen Fällen reißt mit dem Ligament auch die an seiner Innenfläche an-

³³ Anm. d. Hrsg.: Hier ist offensichtlich von Subluxationen die Rede.

ner Ansätze weggerissen, sondern irgendwo dazwischen durchbrochen wird – wodurch die Wahrscheinlichkeit einer Reizung oder eines Schadens wesentlich geringer ist als andernfalls.³⁴

Bei allen größeren Gelenken besteht die Praktik der Knochenrenker gewöhnlich darin, sie zwei Mal am Tag mit Klauenöl einzureiben und sie eine Woche vor der Behandlung und einige Tage danach in Leinsamenmehlbreipackungen einhüllen zu lassen. In vielen Fällen wird das Gelenk für eine halbe Stunde in gerade noch erträglich heißes Wasser getaucht, bevor mit den Manipulationen begonnen wird. Sie meinen, dass diese Mittel den Widerstand der Muskeln und das Risiko einer folgenden Entzündung vermindern. Da so viele ihrer Handlungen und Vorsichtsmaßnahmen Ergebnisse langer Erfahrung sind, wäre es wahrscheinlich übereilt, zu folgern, dass diese Praktik verzichtbar ist. Herr Hutton war beispielsweise ein kluger und umsichtiger Mann. Und die Breipackungen umfassten einen Zeitraum, in der es für ihn viele Risiken gab, den Fall wieder zu verlieren. Ich glaube nicht, dass er dieser Gewohnheit anhing, ohne dass er Grund gehabt hätte, zu glauben, er setze sich einer Gefahr aus, wenn er sie fallen ließe. Jedenfalls zerstreute und befriedigte sie den Patienten und verlieh zudem der Manipulation, die schlussendlich zum Zwecke seiner Heilung durchgeführt wurde, ein Flair von Wohlüberlegtheit.

Zu den Symptomen, die Herr Hutton gewöhnlich als Beweis dafür anführte, dass ein Knochen in der Schulter oder Hüfte »drau-

³⁴ Anm. d. Hrsg.: Auch hier zeigt sich die enorme intuitive Begabung Hoods, denn nach biomechanischen Untersuchungen aus den 1970ern verlagert sich der mechanische Hauptimpuls bei der Fixierung vom Ansatz tatsächlich in davon entfernt liegende Adhäsionszonen.

gen wohlüberlegt ausgeübt wird, hier und da auch zufällig von einem Quacksalber vollbracht werden kann. Dennoch gilt die Regel, dass Knocheneinrenker bei tatsächlichen Dislokationen nichts tun – außer dass sie, indem sie den dislozierten Knochen in seiner neuen Position reichlich bewegen, die Erlangung jenes Grads von Gebrauchsfähigkeit fördern, den in solchen Fällen oft auch die Zeit wiederherstellt.

Meinung, dass dort ein Knochen »draußen« sei. An den drei oder vier Tagen vor dem Besuch hatte die Patientin mehrere schwere Zuckungen, sie litt unter der darauf folgenden Erschöpfung und erwartete, einige Tage im Bett bleiben zu müssen, um sich zu erholen. Sie berichtete, dass sie gleichzeitig an Kopfschmerzen und Völlegefühl leide. Ihr Rücken schmerzte sehr. Ihr Gesicht war gerötet, ihr Gemüt äußerst depressiv, ihr Augenlicht trübe und sie erschien sehr matt. Nach der Behandlung, die gleich beschrieben wird, hatte sie »ein plötzliches Taubheitsgefühl im Gehirn«. Diese Empfindung bewegte sich von dem Punkt, an dem der Druck ausgeübt wurde, aufwärts.³⁹ Unmittelbar darauf hatte Frau J eine Sinnesempfindung, die sie sagen ließ: »Mir geht es gut!« Nach ein oder zwei Minuten legte sie sich ohne Hilfe ins Bett, und zwar auf die linke Seite – eine Position, die sie zuvor nicht hatte einnehmen können –, ihre Farbe wurde wieder natürlich, ihr Kopf fühlte sich, wie sie sagte, so an, als wäre er von einem Gewicht befreit worden, die Sichttrübung verschwand und die zuvor bestehende Schwierigkeit, die Lider zu heben, war weg. Sie blieb für zwei Stunden im Bett und konnte sich dann anziehen und hinuntergehen. Die Anfälle traten nicht wieder auf – und bis Oktober 1870 war sie davon ganz frei.

Als Kontrast zu dem vorstehenden Bericht und um auch eine andere Seite des Bildes zu zeigen, zitiere ich eine Passage aus Herrn

³⁹ Anm. d. Hrsg.: Man beachte die Andeutung einer möglichen funktionellen mechanischen Verbindung zwischen dem lumbalen Bereich und dem Kranium, wie sie in den 1940ern von W. G. Sutherland (1873–1947), dem Begründer der Kranialen bzw. Kraniosakralen Osteopathie, ausführlich beschrieben wird und welche Grundlage der gesamten Kraniosakralen Therapie werden sollte.

dass die gesamte Säule gerader und die Protuberanz weniger deutlich wird, sobald man sie wieder auf eine vertikale Linie bringt. Allerdings darf man nicht erwarten, dass diese Verbesserung anhält. Da sich keine Veränderung in der Beziehung der Wirbel am Sitz der Ankylose erreichen lässt und ihre Flächen in Übereinstimmung mit dem Winkel, den sie bilden, schräg stehen, müssen die longitudinale Achse der oberen und die der unteren Teile gleichfalls in Bezug zueinander gekrümmt sein. Die Wirbelsäule wird also bald zu ihrem früheren Zustand zurückkehren. Der Haupteinwand gegen eine solche Behandlung basiert jedoch auf der mit ihr verbundenen Gefahr, die deshalb entsteht, weil man im Vorhinein einfach nicht wissen kann, von welcher Art und wie stark die Vereinigung ist, die am Sitz der Krankheit stattgefunden hat, oder in welchem Zustand sich der Abszess befindet. Ist die Abszesshöhle verschwunden, der frühere Übertragungsweg zwischen ihr und den kariösen Wirbelkörpern geschlossen und die Ankylose perfekt, sodass kein Krankheitsrest zurückgeblieben ist, dann mag die Behandlung – wie rau auch immer – zumindest keinen Schaden anrichten, wenn sie schon nichts Gutes erreicht. Verheerend wäre das Behandlungsergebnis hingegen, wenn es sich um eine unechte Ankylose handeln würde und die Wände des Abszesses die einzige Verbindung zwischen den oberen und unteren anterioren Wirbelanteilen wären. Aus der fehlenden Beweglichkeit – verursacht durch die Vereinigung zwischen den dorsalen Wirbelanteilen – könnte der Schluss gezogen werden, die Ankylose sei vollständig. Doch das ossäre Band wäre womöglich nicht stark genug, um der Gewalt zu widerstehen, die gelegentlich von unwissenden Praktikern