

Zeitschrift: Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1937)

Heft: 3

Artikel: Körperdeformationen mit besonderer Berücksichtigung der Fussdeformationen

Autor: Aerni, J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-931041>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 04.05.2025

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

Verbands-Nachrichten

Journal de l'Association

Obligatorisches Organ für die Mitglieder des Schweizerischen
Fachverbandes staatlich geprüfter Masseure und Masseusen
Organe obligatoire pour les membres de l'Association Suisse
des Masseurs et Masseuses diplômés

Erscheint 4 mal jährlich — Paraît 4 fois par an

Redaktion und Verlag: W. Heiz, Zehnderweg 25, Olten (Telephon 28.21)

Körperdeformationen

mit besonderer Berücksichtigung der Fußdeformationen

von Joh. Aerni, Basel

(Nachdruck des Textes, auch auszugsweise, und der Originalzeichnungen
nur mit Genehmigung des Verfassers gestattet.)

Eine der häufigsten Deformationen ist die Abplattung des Fußgewölbes bei geschwächtem, überdehntem Sohlenmuskel, gesteigerter Pronation, d. h. Senkung des innern Fußrandes, vereint mit Abduktion, Wegführung des Fußes von der Medianlinie. Dadurch entsteht vorerst der Knicksenkfuß, der die Vorstufe des später sich entwickelnden Plattfußes bzw. Knickplattfußes ist. Ueblicherweise versucht man ihn durch Massage des Fußes und mit Einlagen zu beheben, oder wenigstens damit das Gehen schmerzloser oder erträglicher zu gestalten. Wenn man aber der Ursache des Knicksenkfußes nachgeht, läßt sich nachweisen, daß, nebst der ständigen Belastung des Fußskelettes durch das Körpergewicht, noch ganz andere Faktoren mitwirken. Bei jeder Fußdeformation untersuche man den Patienten in der Bauchlage. Beim Knicksenkfuß wird man in 99 von 100 Fällen feststellen, daß vom Kniegelenk aus eine X-Beinstellung vorliegt. Der Oberschenkel bildet dann mit dem Unterschenkel nach der äußern Seite hin einen stumpfen Winkel. Bei der Belastung des Fußes ist bei dieser X-Beinstellung das Körpergewicht nicht gleichmäßig auf die Fußsohle verteilt. Der äußere Fußrand befindet sich alsdann, dem Grade des stumpfen Winkels entsprechend, mehr oder weniger vom Fußboden gehoben, währenddem der innere Fußrand vom Körpergewicht in erhöhtem Maße belastet wird. Der Sohlenmuskel wird durch diese einseitige Belastung überdehnt und das Fußskelett wird allmählich zum Plattfuß bzw. Knickplattfuß gesenkt. Um den Knicksenkfuß zu beheben, muß man zuerst die X-Beinstellung korrigieren. Beim Vorliegen einer X-Beinstellung kann man feststellen, daß der Spanner der äußern Oberschenkelbinde mit seiner Ansatzstelle beim vordern obern Darmbeinstachel, sowie der große Gesäßmuskel (Gluteus

maximus) mit seinen Ansatzstellen am Kreuzbein, Steißbein und an der Rückenlendenbinde sich in einem hypertonen, verkürzten Zustande befinden. Diese beiden Muskel üben dann auf den tractus ilio tibialis, Darmbein-Schienbein-Schenkelbinde, die sichelförmig in die Kniekehle und Kniescheibe übergeht und bei der Rotation des Kniegelenkes mitwirkt, einen ständigen zu starken Zug aus. Diese Zerrung verursacht durch abbiegen des Unterschenkels im Kniegelenk nach der Außenseite hin einen stumpfen Winkel: die X-Beinstellung. Diese wird noch durch einen hypertonen Biceps femoris (Oberschenkel-Zweikopf-Beuger) wesentlich verstärkt, der, vom Sitzbeinknorren ausgehend, am Wadenbeinkopf inseriert. Eine weitere Belastung des innern Fußrandes beim Knicksenkfuß finden wir bei der am häufigsten vorkommenden Fußstellung, bei welcher die Fußspitzen beim Schreiten schräg nach auswärts gerichtet werden. Es ist dies eine angewöhnte, unnatürliche Grundstellung, welche schon beim Schulturnen eingeübt und später im Militärdienst weitergepflegt wird. Diese Auswärtsdrehung des Fußes vollzieht sich zur Hauptsache nicht im Fußgelenk, sondern durch Auswärtsrollen des Ober- und Unterschenkels und zwar durch Inaktiontreten des birnenförmigen, der gemeinschaftlichen, des äußern Hüftlochs und des viereckigen Schenkelmuskels. Ist diese unnatürliche Fußstellung einmal zur Gewohnheit geworden, so verbleiben diese Muskeln in ständiger aktiver Stellung und damit in einem krankhaft verkürzten Zustande. Bei Erkältungen zum Beispiel und Stuhlverstopfungen, als Folge naßkalter Witterung, wobei diese hypertonen Muskeln sich noch mehr verkürzen, können sie auch den großen Hüftnerf (Ischiadicus) sehr schmerzempfindlich machen. Die Naturvölker schreiten gerade aus, die Fußspitzen kaum merklich nach auswärts gerichtet. Welch häßliches und lachhaftes Bild gäbe es, wenn ein Reh, ein Pferd, oder eine Kuh mit nach auswärts gerichteten Hufen schreiten würde.

Das Gegenteil des Knicksenkfußes ist der H o h l f u ß, die Hebung des innern und Senkung des äußern Fußrandes und Drehung der Fußsohle medianwärts. In diesem Falle können wir meistens gleichzeitig eine O-Beinstellung beobachten. Ober- und Unterschenkel bilden dann im Kniegelenk, nach der Medianlinie hin, einen stumpfen Winkel. Als Ursache kommen folgende hypertone Muskeln in Betracht:

1. Der Schlankmuskel (*M. gracilis*). Er entspringt am Rande des untern Darmbeinastes und inseriert auf der Innenseite des Schienbeinhöckers, hinter der Endsehne des Satorius;
2. der Schneidermuskel (*M. satorius*). Seine Ansatzstelle liegt dicht unter dem vordern obern Darmbeinstachel und inseriert an der innern Fläche des Schienbeines;
3. der halbsehnige Muskel (*M. semitendinosus*). Vom Sitzbeinknorren ausgehend, inseriert er ebenfalls an der innern Seite des Schienbeinknorrens, hinter und unter der Schlankmuskelsehne;

4. der Kniekehlenmuskel (*M. popliteus*). Er entspringt vom äußern Oberschenkelkopf und von der Kniegelenkkapsel und setzt sich am Knochenfelde auf der innern Seite des Schienbeines fest. Er hat das Bestreben, den Unterschenkel ständig nach innen zu drehen, gemeinsam mit dem Schlankmuskel, welcher den Oberschenkel nach einwärts rollt und beim Einwärtsrollen des Unterschenkels mitwirkt.

Wir erkennen hieraus, daß eine zur Gewohnheit gewordene Einwärtsdrehung des Fußes, und damit der Hohlfuß, nicht durch die Behandlung des Fußes allein zu beheben ist, sondern in erster Linie durch die Behebung der O-Beinstellung.

Beim Spreitzfuß ergibt die Untersuchung stets ein Bild von gleichzeitigen hypertonischen Zuständen der oben angeführten Knicksenkfuß und Hohlfuß verursachenden Muskulatur.

Beim Hackenfuß (*Pes calcaneus*), bei welchem nur die Ferse den Boden berührt, findet man die Ursache bei hypertonischen Zuständen der Extensorengruppe: langer Großzehenstrecker (*M. extensor hallucis longus*), vorderer Schienbeinmuskel (*M. tibialis anterior*), sowie beim vierköpfigen Schenkelstrecker am Oberschenkel (*M. quadriceps femoris*).

Beim Pferde- oder Spitzfuß (*pes equinus*), der nur mit Ballen und Zehen auftritt, findet man stets die Wadendreikopf-Muskulatur, sowie die Flexorengruppe am Oberschenkel in einem hypertonischen Zustande.

Nach demselben physiologischen Gesetz, wie eine hypertonische Hüft- und Oberschenkelmuskulatur nach den unterhalb derselben gelegenen Körperteilen hin Deformationen hervorrufen kann, wirken sich diese abnormalen Muskelzüge ebenfalls nach den oberhalb gelegenen aus. Es ist mir zum Beispiel schon öfters gelungen, nach einer gründlichen Massage des *Gluteus maximus* und des *M. latissimus dorsi*, einen Arm sofort in die Hochhalte zu bringen, was vorher mit einer nur örtlichen Massage von Oberarm und Schultergürtel nicht gelingen wollte.

Wir haben nun gesehen, wie der große Gesäßmuskel bei einer Ueberspannung abwärtshin an der X-Beinstellung mitwirkt. Weil aber seine Ansatzstelle teilweise in die *Fascia lumbodorsalis* (Lendenbinde) übergeht, übt er ebenfalls aufwärtshin auf letztere eine ständige Zerrung aus. Diese wird weiter auf den breiten Rückenmuskel (*M. latissimus dorsi*) übertragen, dessen Ansatzstelle teilweise in die Lendenrückenbinde übergeht und welcher an der inneren Seite des Oberarmknochens inseriert und im hypertonischen Zustande den letzteren samt der Schulter nach rückwärts abwärts zerrt.

Bei einem hypertonischen Zustande des Vierkopfmuskels (Fig. II b), sowie ebenfalls des M. Adductor longus, des langen Schenkelanziehers (Fig. II a) wird das Becken ständig nach vorwärts und abwärts (Fig. II d) gezerrt. Dabei senken sich Kreuzbein und Steiß-

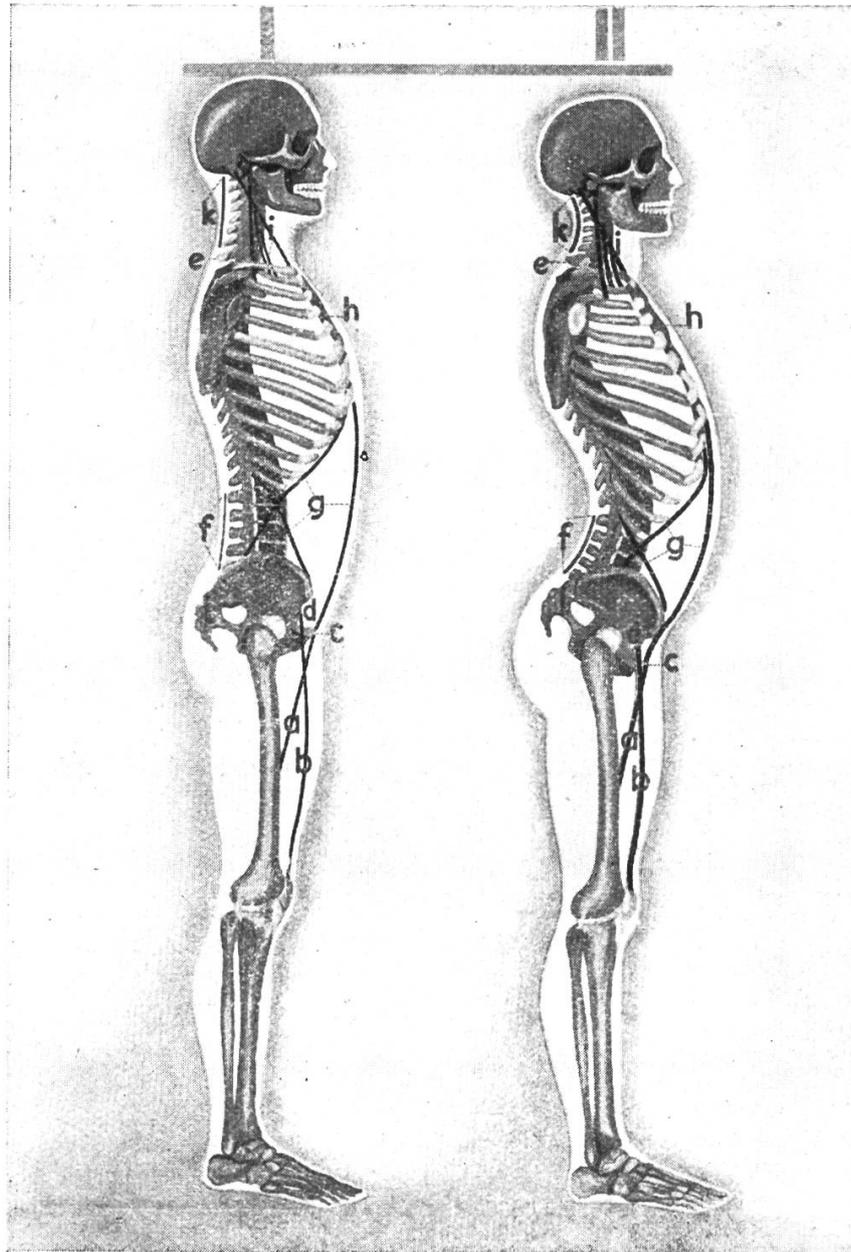


Fig. I.

Darstellung des normalen Skelettes. Becken in d und c vorn gehoben. Bauch flach und Brustbein in h kinnwärts gehoben. Rippenheber und Kopfnicker in i in normaler Spannung. Kreuzbein mit Gesäß in l steht tief, die Lendenwirbel in f senkrecht übereinander eingestellt. Die sieben Halswirbel in k senkrecht übereinander. Erster Dorsalwirbel in e keinen Höcker bildend. Normale Körpergröße (siehe Strich oben).

Fig. II.

Deformiertes Skelett. Das Becken vorn in b und c steht tief. Magen und Bauch in g zu weit vorstehend. Brustbein in h heruntergezerrt Rippenheber und Kopfnicker in i überdehnt. Kreuzbein und Gesäß in l unschön nach rückwärts, aufwärts verlagert. Die fünf Lendenwirbel in f und die sieben Halswirbel in k nach vorwärts eingesattelt. Der erste Dorsalwirbel in e den hässlichen Höcker bildend. Verkürzte Körpergröße (siehe Strich oben).

bein, es entsteht eine Knickung im Promotorium (die Vorragung des 5. Lendenwirbels bzw. der Zwischenwirbelscheibe oberhalb des ersten Kreuzbeinwirbels) und das Gesäß wird unschön nach rückwärts verlagert (Fig. II l).

Die fünf Lendenwirbel (Fig. II f) werden, eine Lordose bildend, nach vorwärts eingesattelt. Die äußeren und inneren Schrägmuskeln des Bauches (Fig. II g), der Pyramidalis, sowie der gerade Bauchmuskel werden bei dieser Senkung des Beckens ständig nach abwärts gezerrt. Dieser abnormale Zug wird weiter auf die acht Zacken der unteren Rippen (Fig. II g) und auf das Brustbein (Fig. II h) übertragen. Die Rippen werden ebenfalls nach abwärts gezerrt. Der Raum zwischen den einzelnen Rippen wird ausgeweitet, die seitlichen Wölbungen der Rippen flachen ab, indem letztere nach abwärts gezerrt werden. Durch die Ausweitung der Rippenzwischenräume berührt die unterste Rippe oft den Beckenrand (Fig. II g) oder ragt sogar in denselben hinein.

Der Umfang des Körpers über der Partie der Bauchrippen verengt sich dabei, ähnlich, wie es früher beim Korsettragen geschah. Das Zwerchfell nimmt dann die Form, statt eines offenen, eines halb zugeklappten Regenschirmes an. Der Magen und die auf der Seite des Magens befindliche Milz linkerseits und rechts die Leber, werden seitlich von den Rippen gepresst und nach abwärts verlagert. Ihre Ausdehnungsfähigkeit nach den Mahlzeiten wird gehemmt und die Blutsäfte werden nur mangelhaft filtriert. Leber und Magen drücken auf die Gedärme, Blase und Zeugungsorgane. Dadurch entstehen wieder die Gebärmutterknickungen und Vorfälle, Ovarien und Prostataleiden. Durch die Pressung von oben werden ferner die peristaltischen Bewegungen der Gedärme gehemmt. Die Darmbiegungen (Flexuren) werden verengt, geknickt und lassen die Darmgase und den Darminhalt nur noch mangelhaft durch, wodurch Blähungen und Stuhlverstopfungen entstehen.

Der Brustkorb ist an den zwei obersten Rippen mittelst der Scalenus-Muskeln an den Querfortsätzen der Halswirbel aufgehängt (Fig. II i). Das Hinunterzerren des Brustkorbes überträgt sich infolgedessen auf diese Rippenheber. Letztere zerren wieder an den Halswirbeln und satteln sie nach vorwärts ein (Fig. II k). Die im Halse befindlichen Organe, wie Kehlkopf, Luftröhre, Speiseröhre, Schilddrüse und Thymusdrüse, werden nach vorwärts gedrängt. Es entsteht der unschön hervorstehende dicke Hals, der oft einen Kropf vortäuscht.

Am Rücken können wir dann den häßlich hervorspringenden ersten Dorsalwirbel (Fig. II e) beobachten, weil die sieben Halswirbel nicht mehr senkrecht übereinander aufgebaut, sondern nach vorwärts eingesattelt sind. Aus diesen Zusammenhängen ist wieder ersichtlich, daß zur Behebung einer Halsdeformation die Behandlung

sich nicht nur örtlich auf die Halsmuskulatur beschränken darf, sondern den ganzen Skelettabschnitt umfassen muß. Es wäre auch ganz verkehrt und unlogisch, wenn der Arzt anordnen würde, es sei zuerst eine Lunge auszuheilen, um erst dann, wenn dies geschehen ist, eine Heilkur für den Magen oder die Leber vornehmen zu lassen. Gerade von der guten Funktion der letzteren wird die Lunge besser ernährt und zur Heilung gebracht. Somit müssen beide Kuren gemeinsam vorgenommen werden.

Aehnlich verhält es sich bei der Behandlung aller andern Deformationen, deren Ursache meistens in ganz entfernten Muskelgruppen zu suchen und zu beheben ist.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch auf die so häufig vorkommenden Hüftgelenkentzündungen hinweisen, wo, lange bevor das Uebel wahrnehmbar wird, beim Massieren und Abtasten in der hypertonen Muskulatur die Ursachen und ersten Anzeichen dafür wahrgenommen werden können. Hier ist es in erster Linie der mittlere Gesäßmuskel (*gluteus medius*), der in hypertonischem Zustande, von seiner Ansatzstelle vom obern Hüftbeinrand ausgehend, am Rollhügel des Oberschenkelknochens inseriert und bei einer Ueberspannung den Gelenkkopf nach aufwärts in die Gelenkpfanne hinaufzerrt. Das Selbe ist der Fall bei einem hypertonen Zustande des langen Oberschenkelanziehers (*M. adductor longus*), welcher von seiner Ansatzstelle am Schloßbein zur Oberschenkelröhre hin, den Gelenkkopf medianwärts in die Gelenkpfanne hineinreißt.

Durch diese beiden abnormalen Muskelzüge entsteht dann ein immer mehr sich steigerndes Schleifen der Gelenkflächen und somit die Entzündungserscheinung. Weil aber auch stets der *Gluteus maximus*, sowie der Spanner der äußern Schenkelbinde hypertone miterkrankt sind, wird dann oft im ersten Stadium der Krankheit, durch den übermäßigen Zug der äußern Schenkelbinde, die sichelförmig in die Kniekehle und Kniescheibe geht, das Schmerzgefühl vorerst im Knie und erst später dann im Hüftgelenk wahrgenommen. Rechtzeitig erkannt, läßt sich eine im Anfangsstadium befindliche Hüftgelenkentzündung, bevor sie in einen chronischen Zustand übergeht, durch sorgfältige und überlegte Massage und Heilgymnastik noch ziemlich rasch und leicht beheben.

Schon mehrmals wurde mir von den Herren Medizinern und Chirurgen nach meinen diesbezüglichen Ausführungen erwidert, daß meine physiologisch-anatomischen Darstellungen über die Körperdeformationen logisch seien und von ihnen nicht bestritten würden, aber daß das Umformen zur Norm auch im vorgerückten Alter noch mit Erfolg vorgenommen werden könne, ihnen nicht bekannt sei.