

**Zeitschrift:** Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen  
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la  
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino  
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

**Band:** - (1969)

**Heft:** 227

**Artikel:** Physiotherapeutische Probleme bei Coxarthrosepatienten

**Autor:** Romer, U.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929810>

### **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:** 30.03.2025

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

**Inhalt:** Physiotherapeutische Probleme bei Coxarthrosepatienten — Als Physiotherapeut auf der Sanitätsstation an der Gymnaestrada — Auslands-Referate — Fortbildung/Perfection — Cercle d'Etudes de la Société Romande de Physiothérapie — La prière médicale attribuée à Maimonide — Relaxation et conscience corporelle — La méthode de Klapp

## Physiotherapeutische Probleme bei Coxarthrosepatienten<sup>1</sup>

von Dr. U. Romer  
aus dem Kantonsspital Frauenfeld (Chefarzt Dr. R. Gonzenbach)

Herr Präsident, meine Damen und Herren!

### A. Einleitung

Wir freuen uns, Ihnen am Kantonsspital Frauenfeld über physiotherapeutische Probleme bei Coxarthrosepatienten berichten zu können. Wir dürfen keineswegs erwarten, Ihnen — die Sie langjährige Erfahrung in physikalischer Therapie besitzen — in Ihrem eigentlichen Fachgebiet etwas Neues bieten zu können, jedoch hat sich die *Orthopädie* in den letzten zwei Jahrzehnten so stark gewandelt und entwickelt mit operativen Möglichkeiten, sodass sie einen Teil der konservativen Behandlung von Coxarthrosen abgelöst, auf der andern Seite im Zusammenhang mit der Hüftchirurgie die Hilfe der physikalischen Therapie mit in Anspruch genommen hat. — Damit wir nun eine gemeinsame Sprache sprechen, möchten wir zusammen einige Begriffe klären: Zuerst hören wir etwas über röntgenologische Veränderungen bei Coxarthrosen und die Aetiologie, dann etwas über Klinik der Coxarthrosen und über Operationsmöglichkeiten. In einem letzten Abschnitt wird die physikalische Therapie zur Sprache kommen.

### B. Röntgenologische Veränderungen bei Coxarthrosen und Aetiologie

An den röntgenologischen Veränderungen können wir einen Teil der früheren Ursache, die zur Abnützung des Hüftgelenkes

geführt hat, ablesen. Doch darf man sich das Hüftgelenk nicht nur als Junktur der zwei Gelenkkörper vorstellen, sondern als funktionelle Einheit zwischen Skelett, Bänder- und Muskelapparat sowie in Zusammenhang des ganzen Bewegungsapparates. So müssen wir als Grundlage und Ausgangspunkt für die folgenden Ueberlegungen ums das Hüftgelenk in einem ganz bestimmten Moment vorstellen nämlich im Einbeinstand, sagen wir im Stehen auf dem linken Fuss, wobei nun ein Gleichgewichtszustand besteht zwischen dem stabilisierenden linken Gluteus medius und dem Körperschwerkraft, das das Becken auf der rechten Gegenseite zu senken versucht. Bei normalen gelenkmechanischen Verhältnissen: d. h. bei guter Ueberdachung, Kongruenz zwischen Hüftkopf und Pfanne und normaler Schenkelhalsstellung beträgt nun (wie Sie auf den einzelnen Abbildungen sehen) der Abstand (Hebelarm) Trochanter major links — Hüftkopfmittle links die Einheit 1 und der Abstand von der Hüftkopfmittle links bis zur Schwerelinie, wo das Körpergewicht zur Geltung kommt, zweimal die Einheit 1. Bei Kenntnis der physikalischen Gesetze der Hebelarmkräfte weiss man nun, dass der linke Gluteus medius zur Hüftstabilisierung die doppelte Kraft aufbringen muss, um das Becken zu

<sup>1</sup>) Vortrag gehalten am 19.7.69 am Kantonsspital Frauenfeld, anlässlich der Regionaltagung des Verbandes staatl. anerkannter Physiotherapeuten.

stabilisieren. Ganz allgemein kann nun gesagt werden, dass fast alle Veränderungen am Hüftgelenk die zu Coxarthrose führen, diese Hebelarmverhältnisse *zu Ungunsten des kleineren Hebelarmes* am Trochanter major verändern. Dieses Problem wird uns bei den klinischen Ueberlegungen beschäftigen.

Wie Sie wissen, unterscheiden wir zwischen einer *primären* und einer *sekundären* Coxarthrose.

Die *primären* Coxarthrosen umfassen diejenigen, bei denen man die Ursache nicht kennt. — Bis vor wenigen Jahren stellten diese Fälle ca. 20 Prozent aller Coxarthrosen dar. Sie weisen eine *zirkuläre* Verschmälerung des Gelenkspaltes auf, ev. nur medial, hin und wieder wird durch die zentrale Gelenkspaltverschmälerung der Kopf relativ zu klein und treibt das Pfannendach vor, bis es manchmal im kleinen Becken steht in Form der sogenannten *Protrusio acetabuli*. Bei der primären Coxarthrose sind also die gelenkmechanischen Verhältnisse anfänglich nicht gestört und die Ursache mag wahrscheinlich in einer *Minderwertigkeit des Gelenkknorpels* liegen. Weiter unten werden wir noch hören, dass ein Teil der primären Coxarthrosen ihre Erklärung als sekundäre Coxarthrose findet.

Das Titelbild auf Ihrem Tagungsprogramm könnte eine primäre Coxarthrose darstellen, indem der Gelenkspalt zirkulär verschmälert ist. In diesem Fall handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine *Bechterew-Coxitis* mit Versteifung der Hüftgelenke, die an der durchgehenden Trabekelzeichnung zu erkennen ist. Die *Coxitis* oder die *Coxitis-Coxarthrose* stellt übrigens den fast einzigen Fall einer Arthrose dar, die zu einer spontanen Hüftversteifung führt. Bei den andern Coxarthrosen besteht fast immer auch bei «sog. Versteifung» eine geringe Wackelbeweglichkeit, welche die Beschwerden auf der betreffenden Seite erklärt.

*Sekundäre Coxarthrosen:* Bei diesen Arthrosen stellen die abnormen gelenkmechanischen Verhältnisse die Ursache der Abnutzung des Hüftgelenkes dar. Es kann nun in der Entwicklung der Pfanne diese zu klein oder zu steil sein mit später ungenügender Ueberdachung des Hüftkopfes. Dies

wird als *Pfannendysplasie* bezeichnet. Bei kleinerer Belastungsfläche der Pfanne unterliegt diese einer rascheren Abnutzung. Meistens ist jedoch nicht nur die Pfanne betroffen, sondern auch die *Stellung des Hüftkopfes zur Pfanne*, nämlich in Form der *Coxa valga antetorta*, d. h. der Kopf steht zu steil und punkto Frontalebene zu stark nach ventral. Man spricht in diesem Falle dann als Gesamtbegriff von einer sogen. *Hüftdysplasie*. Dieser Begriff ist, wie die meisten unter Ihnen sich erinnern, noch gar nicht so alt und bringt Probleme mit sich, die uns einen ganzen Nachmittag beschäftigen könnten. Nur kurz erwähnt sei z. B. die Auswirkung auf den Gang mit dem sog. *Kneeing-in*, der X-Beinbildung und konsekutiven Knick-Senkfüssen.

Die Hüftdysplasie mit ihren Auswirkungen wird übrigens als Geburtsgebrehen von der Invalidenversicherung vollumfänglich übernommen.

Unabhängig von Pfanne oder Kopfstellung kann der *Hüftkopf allein* betroffen sein. Die Veränderungen am Hüftkopf sind *erworbene* Veränderungen.

Die *eine* Hauptveränderung erfolgt durch die *Epiphysenlösung*, bei der es im Pubertätsalter (12, bis 16. Jahr) zu einem Abrutsch des Hüftkopfes gegenüber dem Schenkelhals kommt.

Der Abrutsch kann nur gering sein und ganz langsam erfolgen und höchstens ganz geringe kaum bemerkte Beschwerden verursachen; die Gelenkkongruenz ist aber doch gestört und führt dann später zur Coxarthrose. Ein Grossteil der früher erwähnten 20 Prozent primären Coxarthrosen geht sicher zu Lasten der sog. inapperzept durchgemachten Epiphysenlösungen. Es gibt hier nun ein grosses Spektrum zwischen diesen inapperzept verlaufenen Fällen und den ganz raschen und starken Kopfkalottenabrutschen, die schon in der Pubertätszeit zu einer kompletten Blockierung der Hüftgelenke führen. Ganz nebenbei erwähnt: Jede Epiphysenlösung, die Beschwerden verursacht und zum Arzt führt, ist operativ anzugehen. — Die *andere* Veränderung des Hüftkopfes erfolgt durch die *Perthes'sche* Erkrankung — eine aseptische Knochennekrose — bei der es im frühen Kindesalter (4.-8. Jahr) zu einer Erwei-

chung des Hüftkopfes und damit Deformierung kommt. Wird hier der Hüftkopf nicht streng entlastet, wird er abgeflacht und führt meistens zu der sog. Walzenform des Kopfes. Er überragt die Pfanne manchmal um einen Drittel des Kopfdurchmessers. Die Abstützung ist hier jedoch meistens eine bessere als bei der Epiphysenlösung und bringt dem Patienten vielfach später Beschwerden.

### C. Klinische Veränderungen

Noch vor 10 Jahren wurde der Schmerz im Bereiche des Hüftgelenkes nicht näher differenziert: Man wusste, dass der Ischialgieschmerz die hintere Beinseite betraf und der Coxarthrosenschmerz im Bereiche des Trochanter major, der Leistenbandgegend lag oder im Kniebereich angegeben wurde. Heute pflegt man den Schmerz genauer zu lokalisieren, und was gerade für Sie wichtig ist, man kann den Schmerz dann auch entsprechend therapeutisch angehen. In der Anfangszeit der umstellenden Osteotomien am Hüftgelenk sah man, dass die Beschwerden, seien sie dort oder dort lokalisiert, bei Normalisierung der gelenkmechanischen Verhältnisse verschwanden.

Wenn wir die Beschwerden beim Kind beginnend analysieren, müssen wir vielleicht zuerst 1. die sog. *Ermüdung* etwas näher betrachten. Sehr viele Kinder, also diejenigen die mit 3—6 Jahren mit einwärts gedrehten Knien gehen, weisen eine verstärkte Antetorsion auf. Der Hüftkopf würde bei frontalisiert geführten Kniegelenken gegen das vordere Pfannendach anstossen. Um das zu vermeiden, drehen die Kinder ihre Beine nach einwärts, was jedoch eine Zwangsstellung für die Gesäß- und Oberschenkelmuskulatur darstellt. Solche Kinder können einen ganzen Vormittag lang auf dem Spielplatz umher springen, ohne zu ermüden. Auf einem eintönigen Spaziergang werden jedoch die Knie immer in der gleichen Richtung geführt, was dann die Ermüdung bringt.

Ernster sind bei Kindern die Angaben über 2. *Beschwerden in der Kniegegend* zu nehmen. Hierbei handelt es sich, abgesehen von Veränderungen am Knie selbst, um eine *Verspannung des Tractus ileo-tibialis* als Ausdruck von Veränderungen im Bereiche des Hüftgelenkes. Wir bekommen gar nicht

so selten einen Patienten zugewiesen mit den Angaben von normalem röntgenologischen Befund der Kniegelenke bei entsprechenden Kniebeschwerden mit schon fortgeschrittenen Veränderungen im Bereiche des Hüftgelenkes. Bei jeden unklaren Kniebeschwerden sollten die Hüftgelenke untersucht werden (ev. mit Röntgenbildern) um dortige Veränderungen auszuschliessen.

Manchmal ist es so, dass Veränderungen im Sinne eines Perthes auf den Anfangsbildern noch nicht gesehen werden, später sind dann aber zur Beurteilung Ausgangsbilder wichtig. —

Bei älteren Patienten, also auch bei der Epiphysenlösung, werden 3. die *Beschwerden häufig* im Gebiete des *Gluteus medius* angegeben. Ich konnte letzthin ein Mädchen untersuchen, das vage Beschwerden im Bereiche des Gesässes angegeben hatte mit Röntgenbildern auch in der Axialaufnahme, die knapp als normal angesehen werden mussten. In Kombination mit dem klinischen Befund konnte jedoch die Diagnose einer Epiphyseolysis imminens also einer bevorstehenden Epiphysenlösung gestellt werden. Es handelt sich um ein Mädchen vom sog. hyperthyemen Typus, also aufgeschossen, schlank und wies bei genauer Beobachtung eine deutliche Seitendifferenz des Gluteus medius dar. In diesem Falle kam es als Ausnahme des bisher gesagten der gelenkmechanischen Verhältnisse zu einer reflektorischen Hypotrophie des Muskels. Meistens ist es so, dass der Muskel bei Ueberbeanspruchung zuerst *hypotrophieren* kann oder sogar *atrophieren* bei fast gänzlicher Versteifung des Hüftgelenkes. Wie Sie alle wissen, ist ja der Gluteus medius auch verantwortlich für das sog. *Duchennehinken*, also die Verlagerung des Gewichtes über die kranke Hüftseite beim Gehen und verantwortlich für das *Trendelenburgzeichen*, d. h. das Absinken des Beckens auf die gesunde Seite im Stehen. 4. Eine weitere *Schmerzangabe ist am Trochanter major*. Die Ursache liegt in einer Verspannung der Fascia lata, die über den Trochanter major zieht. Aus der Erfahrung der Hüftchirurgie wissen wir, wie ungefähr die Spannung einer gesunden Fascia lata ist. Bei Coxarthrosepatienten finden wir manchmal eine Verdickung und Verspannung dieses Fascienblattes, dass man sie mit der Schere

kaum durchtrennen kann. Manchmal findet man einen entzündlichen Schleimbeutel zwischen Fascienblatt und Trochanter major als Ausdruck der Scherwirkung.

In fortgeschrittenen Fällen von Coxarthrose mit manchmal schon einer Fehlstellung im Sinne der Adduktion, findet man 5. *Schmerzer im Bereiche der Adduktorengruppe*, wobei diese Muskelgruppe verkürzt und verhärtet und druckschmerzhaft ist. Diese Adduktionsstellung stellt dann z. B. eine zwangsweise Schonhaltung des Hüftgelenkes dar, wie wir dies z. B. am Knie in Form der Kniebeugekontraktur besser kennen.

Meistens erst im Spätzustand, d. h. bei ausgeprägten röntgenologischen Veränderungen werden 6. *Schmerzen in der Leisten-gegend* angegeben. Die sind Ausdruck eines *articulären Schmerzes*, wobei auf Grund der röntgenologischen Veränderungen ein chronischer Reizerguss besteht. Ein solcher kann auch bei mittelschwerer Coxarthrose, z. B. nach einer längeren Bergwanderung auftreten und dann aber wieder verschwinden, während in fortgeschrittenen Fällen der Reizerguss häufig dauernd besteht durch die täglichen Bewegungen, die der Patient ausführt. Dieser *artikuläre Schmerz* steht den oben erwähnten *muskulären Schmerzen* gegenüber.

#### D. Operationsmöglichkeiten bei Coxarthrosen

Wir können dieses Kapitel natürlich nur streifen und einige wesentliche Beispiele bringen. Ganz allgemein können wir von *gelenkerhaltenden Operationen* sprechen, bei denen versucht wird, einigermaßen normale gelenkmechanische Verhältnisse wieder herzustellen und dabei die Ursachen, welche zur Coxarthrose geführt hatten, zu vermindern. Dies sind die *intertrochanteren Osteotomien*, bei denen man eine *varisierende*, eine *valgisierende*, eine *medial verschiebende* und eine *Korrekturosteotomie* unterscheidet. Durch die Umstellung werden, wie schon erwähnt, die Hebelarmverhältnisse verbessert und die Muskeln entspannt. Durch diese intertrochanteren Osteotomien wird die früher geübte Voss'sche Hängehüftoperation in den meisten Fällen hinfällig. Diese verbessert übrigens an den gelenkmechanischen Verhältnissen nichts, son-

dern es werden die verspannten Muskeln durch eine Abtrennung entspannt. Manchmal wird jedoch auch heute noch ein sog. *Teilvoss* durchgeführt indem man z. B. die Fascia lata einkerbt. Im Gegensatz zur intertrochanteren Osteotomie (die eine *causale* Behandlung darstellt) handelt es sich bei der Voss'schen Operation um eine symptomatische Behandlung, bei der die Coxarthrose häufig fortschreitet. Die *Indikation zur intertrochanteren Osteotomie* ist gegeben bei progressivem Röntgenbefund oder wenn die Hüftbeschwerden bei relativ geringen röntgenologischem Befund durch andere Behandlungsmöglichkeiten nicht zu beheben sind. Die Operation ist durch kein entsprechendes Alter begrenzt.

Auf der andern Seite sind nun die *nicht gelenkerhaltenden Operationen* zu erwähnen, wobei wir zuerst die Totalprothesen betrachten wollen. Die Indikation dazu wäre z. B. gegeben bei starker Bewegungsbeschränkung, ausgeprägtem röntgenologischem Befund, starken Beschwerden, bei Leuten um das 70. Altersjahr herum, die kein Übergewicht aufweisen und ihre Hüftgelenke nicht mehr strapazieren müssen. Zwischen diesen beiden Patientengruppen den jüngeren mit der Möglichkeit einer intertrochanteren Osteotomie und den ganz alten, bei denen ohne zu grosse Bedenken eine Totalprothese eingesetzt werden kann, liegen nun all die Patienten, bei denen man sich entscheiden muss zwischen einer *Hüft-Arthrodesis* z. B. die bei schmerzfreier Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und einseitigem Hüftgelenkbefund bei einem stehend Arbeitenden zu sehr guten Resultaten führt. Eine andere Frage ist die bei *Doppelseitigkeit* und *jugendlichem Alter*. Hier kann je nach der allgemeinen Situation eine *Hüftarthrodesis* auf der einen Seite und eine *Kopfhalsresektion* mit zusätzlicher *Angulationsosteotomie* (Milch-Batchelor) durchgeführt werden. Bei muskelstarken jugendlichen Patienten kann auf *beiden Seiten* ein «Milch-Batchelor» durchgeführt werden.

#### E. Physikalisch-therapeutische Behandlung der Coxarthrose mit Ausschluss einer Operation

Aus dem früher Gehörten wissen wir nun, welche Coxarthrosefälle konservativ

anzugehen sind. Es sind dies Hüftgelenke, die bei einem *geringen* röntgenologischen Befund vorübergehende Beschwerden verursachen durch eine Ueberanstrengung oder z.B. nach durchgemachtem Stress in irgendwelcher Form, so z.B. einer Angina oder dergleichen oder dann Fälle mit *mittelschwerem* röntgenologischem Befund und Dauerschmerzen bei Patienten, die, wie wir sagen, noch *nicht reif* sind zur Operation. Hier nun ist das ganze Spielfeld für den Therapeuten geöffnet, indem er durch gezielte Palpation der Gesäß- und Oberschenkelmuskulatur die Stellen mit Verhärtung und Druckdolenz herausfindet. Gewiegte Therapeuten gehen ja von der schematischen Behandlung ab, behandeln mal eine überwärmte Muskelgruppe durch Kälteapplikation und schon nach 5 Tagen vielleicht können sie die gleiche Gegend mit Wärme behandeln und dann durch subtile Massage die Muskulatur bessern.

Wir unterscheiden eine *allgemeine* Behandlung, die nach einer gewissen Zeit zur Besserung führt, also z.B. Bewegungsübungen im warmen Wasser, Schüttelungen etc., dann die *etwas gezieltere* Behandlung durch Unterwasser-Strahlmassage, z.B. wenn kein Arzt (der auf diesem Gebiet etwas mehr versteht) besondere Anweisungen gibt, liegt es ja beim Physiotherapeuten zu wissen, welche Patienten er einer *allgemeinen* Behandlung unterwerfen kann und bei welchen eine *gezielte* Behandlung durchzuführen ist.

In dieses Kapitel der konservativen physikalischen Behandlung gehören natürlich auch weitere Punkte wie Gewichtsreduktion, Verbesserung des Gangbildes und Stockhilfe und die medikamentöse Therapie, wobei die Behandlung mit einem Knochenmark-Knorpelextrakt, wie es *Rumanol* z.B. darstellt, möglich ist.

In dieses Kapitel hinein gehört auch die Behandlung der Coxarthrosen, die keine Operationen mehr erlauben, z.B. bei zu schlechtem Allgemeinzustand. Hier kommt evtl. zusätzlich eine *Hohmann*-Bandage in Frage.

#### F. Präoperative Behandlung der Coxarthrosepatienten

In vielen Fällen bekommt der Orthopäde natürlich nicht Coxarthrosen zugewiesen,

die bis anhin konservativ behandelt wurden, sondern es sind Patienten, die von einer Operationsmöglichkeit nichts wussten oder nichts wissen wollten. Dann ist auch die Hüftmuskulatur, ganz abgesehen vom Verspannungszustand einiger Muskelgruppen, so *atrophisch*, dass der Patient nach einer durchgeführten Hüftoperation viel längere Zeit braucht bis die Muskulatur sich gekräftigt hat, als wenn präoperativ in dieser Hinsicht etwas getan werden kann. Natürlich wird man mit Vorteil möglichst bald operieren in einem solchen Fall. Aber viele Patienten müssen ja eine gewisse Zeit warten bis sie eintreten können oder es muss vielleicht der Allgemeinzustand durch Herztherapie und Gewichtsabnahme verbessert werden. In dieser Zeit können mit Vorteil Atemgymnastik und Stoffwechselübungen durchgeführt werden, auch die Hüftmuskulatur kann gekräftigt werden.

#### G. Postoperative Behandlung

Es gibt Chirurgen, die als «Hobby» innerhalb ihres Faches Hüftchirurgie betreiben und intertrochantere Osteotomien durchführen mit sehr gutem Erfolg, ohne dass sie postoperativ physikalische Therapie zur Anwendung bringen. Der Patient gewinnt postoperativ einen Bewegungsumfang des Hüftgelenkes entsprechend dem präoperativen Befund. Wir sind jedoch gewohnt jeden Patienten mit einer intertrochanteren Osteotomie gezielt zu behandeln wobei wir ein gewisses Schema einhalten, aber die physikalische Therapie nach den entsprechenden Gegebenheiten ausrichten. So kann ein Patient schon am *ersten* postoperativen Tag mit isometrischen Anspannungsübungen beginnen. Der akute Wundschmerz ist bereits schon abgeklungen nach dieser Zeit und unter Liegenlassen des Redondrains, das ein Hämatom aus der immer bestehenden Sickerblutung abführt, kann meist schon am *zweiten* postoperativen Tag mit leichten passiven Bewegungsübungen begonnen werden. Am 10. Tag ist der Patient meist schon im Bewegungsbad, ca. am 12. Tag kann er aufstehen, am 14. Tag werden die Fäden entfernt und ein jüngerer Patient kann nach gut zwei Wochen bereits schon nach Hause entlassen werden. Die physikalische Therapie geht noch weiter über Monate bis die Hüftmuskulatur

einen möglichst guten Funktionszustand erreicht hat und dann ist vielfach die Beweglichkeit besser, wobei allerdings bei der Operation die Kapsel gespalten und das kontrakte Ligamentum ileo-femorale durchtrennt werden muss.

Wie die Resektions-Angulations-Osteotomie nach *Milch-Batchelor* ein Paradebeispiel für den Arzt darstellt in der Sorgfalt der Operation, so stellt dieser Eingriff auch ein Paradebeispiel für den Physiotherapeuten dar. Hier zeigt sich, was die physikalische Therapie leisten kann. Hier spielt nicht nur das rein manuelle Können der Physiotherapeutin eine Rolle, sondern die ganze Persönlichkeit, indem es darum geht, den Patienten in der Mitarbeit zu gewinnen. Vielfach handelt es sich um alte verkrampfte, ängstliche Patienten, die auf mechanisches Durchbewegen schlecht reagieren. Was bei diesem Eingriff in den ersten 6—8 Tagen an Beweglichkeit nicht gewonnen werden kann, lässt sich später durch Mobilisation in Narkose und Badekur nicht mehr verbessern. Es geht darum, bei Patienten, die bis zum Eingriff unter starken Hüftbeschwerden gelitten hatten, die Vorstellung zu beseitigen, dass er bei Bewegungen wieder Schmerzen verspüre. Es ist hier fast wie bei einem Beinamputierten mit Phantom Schmerzen, dass auch beim schweren Coxarthrosepatienten die Hüftbeschwerden cortical fixiert sind und — es sei hier der Begriff von der Bobathgymnastik entnommen

— ein anderes Bewegungsmuster der Hüftmuskulatur zu schaffen ist.

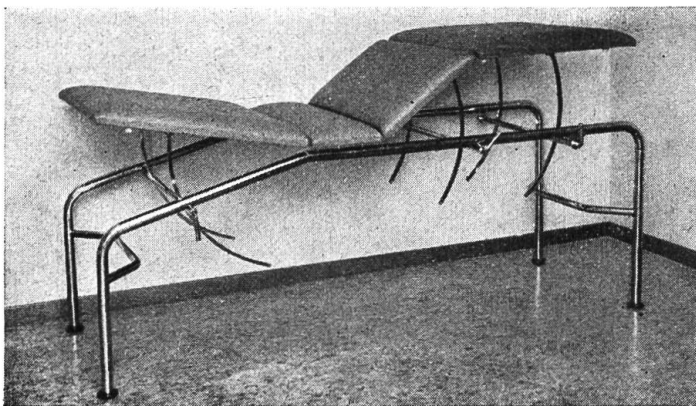
Wir sehen bei der Demonstration einen Patienten, der es gelernt hatte, wenn man so sagen will, umzuschalten und daneben einen anderen Patienten, der bei gleich gut gelungenem Eingriff bei Behandlungsabschluss nur eine Restbeweglichkeit des bei der Operation gewonnen Bewegungsausmasses aufweist. Solche Resultate sind dann vielleicht punkto Beschwerden befriedigend, jedoch funktionell ungenügend.

#### H. Zusammenfassung

Wir haben im Verlaufe des besprochenen Themas die Ursachen der verschiedenen Formen von Coxarthrosen kennen gelernt und erfahren, dass heute ziemlich klar umrissene Richtlinien bestehen, in welchen Stadien der Coxarthrosen allein eine konservativ physikalische Behandlung in Frage kommt, von welchem Zeitpunkt an operiert werden kann und sollte, dass auch bei fast jeder Hüftoperation Weiterfortführung von physikalischer Therapie in den verschiedenen Formen notwendig ist. Wie man gelernt hat, die Hüftbeschwerden genauer zu lokalisieren, ist heute auch eine gezielte physikalische Behandlung möglich und es kommt hier wie z.B. auch in der Skoliosebehandlung nicht nur auf das manuelle Geschick, sondern auf die psychologische Einfühlungsgabe an.

Adresse des Autors:

Dr. U. Romer, FMH für Orthopädie  
Oberarzt Kantonsspital, 8500 Frauenfeld



**Liege-  
Massage- TISCHE**  
**Extens.-  
Tritte • Hocker • Boys**

Immer vorteilhaft  
direkt vom Hersteller

**HESS**  
**DOBENDORF - ZCH**

Fabrik für Spitalapparate  
Tel. (051) 85 64 35