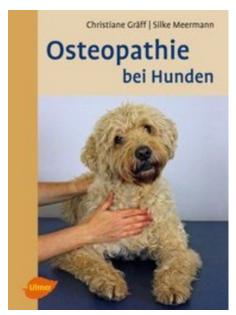
Gräff / Meermann Osteopathie bei Hunden

Extrait du livre

Osteopathie bei Hunden de <u>Gräff / Meermann</u> Éditeur : Ulmer Verlag Stuttgart



http://www.editions-narayana.fr/b22559

Sur notre <u>librairie en ligne</u> vous trouverez un grand choix de livres d'homéopathie en français, anglais et allemand.

Reproduction des extraits strictement interdite.

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Allemagne
Tel. +33 9 7044 6488

Email info@editions-narayana.fr
http://www.editions-narayana.fr



Grundlagen der Kraniosakralen Osteopathie

Im Jahre 1922 entdeckte Wiliam G. Sutherland im Rahmen seines Osteopathiestudiums zufällig Pulsationen am Schädel, deren Rhythmus unabhängig vom Atem- und Herzrhythmus des Patienten war. In weiteren Selbstversuchen entwickelte er ein Gerät, mit dem er Druck auf einzelne Schädelregionen ausüben konnte. Dabei notierte er akribisch, welche körperlichen Symptome sich jeweils in der Folge bei ihm einstellten. Dies führte ihn zu dem Schluss, dass der Schädel an seinen Nähten nicht wie ursprünglich angenommen kalzifiziert, sondern dass die Schädelnähte durch Membranen flexibel miteinander verbunden sind, sodass sie Bewegungen der einzelnen Schädelknochen gegeneinander ermöglichen. Sutherland bezeichnete diesen dritten Rhythmus des Körpers als PRM, Primären Respiratorischen Mechanismus (der PRM entspricht mit seiner Frequenz von etwa 8 bis 10 Zyklen pro Minute dem Rhythmus der Faszienbewegungen und ist wahrscheinlich ursächlich für diese Bewegungen). Obwohl der Nachweis dieser Theorien SUTHER-LANDS und die notwendigen Forschungsgrundlagen fehlten, konnte sich die Kraniosakrale Therapie über 50 Jahre hinweg entwickeln und behaupten.

In den 1970er Jahren schließlich gelang es JOHN F. UPLEDGER und JON VREDEVOOGD bei ihren Grundlagenforschungen auf dem Gebiet der Anatomie und Biomechanik an der Michigan State University, nicht nur die Bewegungen der Schädelknochen nachzuweisen, sondern sie konnten darüber hinaus mit dem Semiclosed

Hydraulic System den Antriebsmotor des Kraniosakralen Systems identifizieren. Dr. UPLEDGERS Interesse an der Kraniosakralen Therapie wurde durch eine Beobachtung, die er während einer Operation an der Halswirbelsäule machte, geweckt: er assistierte bei dieser Operation einem Neurologen und sah hierbei zum erstenmal die rhythmischen Bewegungen der Dura mater. Vor allem in der jüngeren Vergangenheit stieg die Akzeptanz der klassischen medizinischen Disziplinen gegenüber der Kraniosakralen Therapie.

Dennoch gibt es in der Kraniosakralen Therapie bis heute noch viele Phänomene, die zwar therapeutisch reproduzierbare Erfolge herbeiführen, wissenschaftlich aber noch nicht erklärbar sind und daher oft als Plazebobehandlung eingestuft werden. Da ein Behandlungserfolg bei Anwendung von Plazebos die geistige Mitarbeit des Patienten voraussetzt, ist eine solche Behandlung bei Kleinkindern und auch bei Tieren wirkungslos. Die Kraniosakrale Therapie kann jedoch auch hier immer wieder beachtliche Erfolge nachweisen, deren Effekte nicht ausschließlich mit einer Plazebowirkung zu erklären sind

Die Kraniosakrale Therapie begreift sich als integrative Methode, die die allgemeine Reaktionsfähigkeit des Patienten auch gegenüber anderen Techniken verbessert, und sollte daher immer im Zusammenhang mit den übrigen Techniken stehen.

Anatomie und Funktion des Kraniosakralen Systems

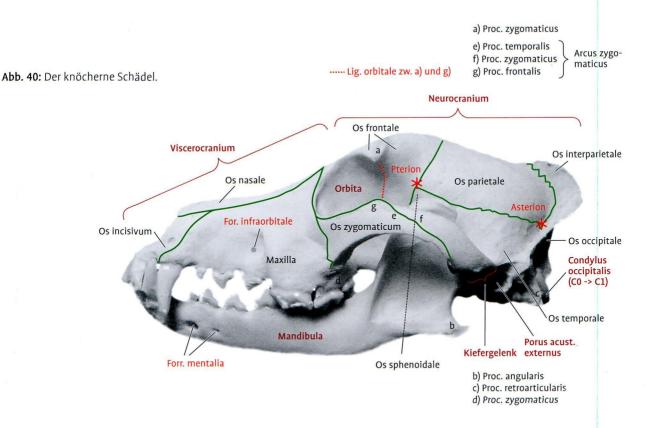
Die knöcherne Grundlage des Hirnschädels

Der Hirnschädel oder das Neurokranium wird von den *Ossa plana*, gebildet, die im Laufe der Ontogenese miteinander verschmelzen. Diese Verschmelzungsstellen werden auch als **Suturen** bezeichnet (in Abb. 40 als grüne Linien eingezeichnet). Während eine Beweglichkeit dieser Verbindungen beim ausgewachsenen Individuum bisher schulmedizinisch nicht nachgewiesen ist, konnten in histologischen Untersuchungen an den Schädelnähten ausgewachsener Tiere jedoch bereits in den 1920er Jahren **Mechanorezeptoren** identifiziert werden.

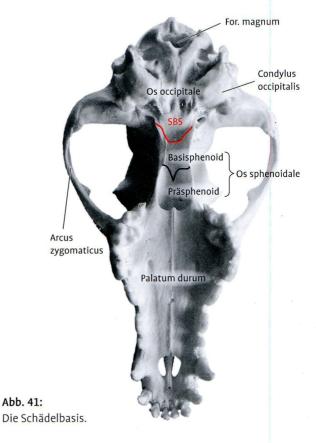
Das Schädeldach wird von den paarigen Stirnbeinen

(Ossa frontalia), den ebenfalls paarigen Scheitelbeinen (Ossa parietalia) und dem unpaaren Zwischenscheitelbein (Os interparietale) gebildet, in der Kraniosakralen Therapie sind vor allem aber die Knochen der Schädelbasis von Bedeutung (Abb. 41).

Hinterhauptsbein: Am unpaaren Hinterhauptsbein (Os occipitale) unterscheidet man die Hinterhauptsschuppe, Squama, die Seitenstücke, Partes laterales, und den Körper. Der Körper wird auch als Pars basilaris oder Basisoccipitale bezeichnet und steht mit dem Keilbein (Os sphenoidale) in Verbindung, wodurch das Basisoccipitale an der Bildung der Sphenobasilären Synchondrose (SBS) beteiligt ist, welche wiederum die



zentrale Achse der kraniosakralen Bewegung darstellt. Alle Anteile des Hinterhauptsbeines begrenzen das Foramen magnum, durch welches die Medulla oblongata zum Rückenmark zieht. Seitlich davon befinden sich die Gelenkkondylen zur Artikulation mit dem Atlas (s. kraniale Halswirbelsäule). Daneben liegen, ebenfalls als Teil des Basisoccipitale, paarige Muskelfortsätze für die ventrale Hals- und Kopfmuskulatur. Keilbein: Das ebenfalls unpaare Keilbein (Os sphenoidale) bildet das Gegenstück der Sphenobasilären Synchondrose. Beim Hund sind bis zum Alter von etwa zwei Jahren zwei mit Knorpel verbundene Anteile des Sphenoids zu erkennen, die als Praesphenoid (rostral) und Basisphenoid (kaudal) bezeichnet werden und erst später verknöchern. Die jeweiligen Körper befinden sich median und bilden den unteren Teil der Schädelbasis. Sie entlassen nach lateral die Keilbeinflügel, welche die rückseitige Wand der Orbita bilden und das Foramen ovale, das Foramen rotundum, die Fissura orbitalis und den Canalis opticus bilden bzw. begrenzen. Schläfenbeine: Das paarige Schläfenbein (Os temporale) stellt einen weiteren, für die Kraniosakrale Therapie wichtigen Knochen dar. Es setzt sich ebenfalls aus drei Anteilen, der Schläfenbeinschuppe, Squama, dem Felsenbein (Pars petrosa) und dem Paukenteil (Pars tympanica), zusammen. Von der Pars petrosa ist äußerlich



nur der *Processus mastoideus* als Muskelansatz sichtbar. Die *Pars petrosa* umschließt das Innenohr und besitzt Durchtrittsöffnungen für den *N. facialis* (VII. Hirnnerv), den *N. vestibulo-cochlearis* (VIII. Hirnnerv) und den *N. trigeminus* (V. Hirnnerv). Die *Pars tympanica* enthält die Paukenhöhle. Die Schläfenbeine besitzen in der Kraniosakralen Therapie eine besondere Bedeutung, da sie zum einen die Sphenobasiläre Synchondrose komprimieren, zum anderen auch in ihrer Eigenbeweglichkeit eingeschränkt sein können.

An der Bildung des Hirnschädels sind darüber hinaus noch das unpaare Flügelbein (*Os pterygoideum*) und das ebenfalls unpaare Siebbein (*Os ethmoidale*), welches das Neurokranium zur Nasenhöhle hin abgrenzt, beteiligt.

Wichtige Bezugspunkte in der Kraniosakralen Therapie sind das Asterion und das Pterion: Das Asterion stellt den Verbindungspunkt zwischen Os parietale, Os occipitale und Os temporale dar; das Pterion stellt den Verbindungspunkt zwischen Os parietale, Os frontale und Os sphenoidale dar.

Schädelhöhle und Foramina der Schädelbasis

Für das funktionelle Verständnis der **vielschichtigen Symptomatik** der kraniosakralen Dysfunktionen (insbesondere Dysfunktionen der Sphenobasilären Synchondrose und des *Os temporale*) ist die topographische Kenntnis der Schädelhöhle und der Foramina der Schädelbasis von entscheidender Bedeutung.

Die Foramina bieten den unterschiedlichen Leitungsstrukturen Durchtritt aus der Schädelhöhle nach außen und umgekehrt. Die Schädelhöhle umgibt das Gehirn, die Hirnhäute, den Anfangsteil der Hirnnerven und die für die Versorgung zuständigen Blutgefäße. Sie hat eine längsovale Grundform. Zwischen Großhirn und Kleinhirn schiebt sich von dorsal quer das knöcherne Hirnzelt, Tentorium cerebelli osseum. Der Boden der Schädelhöhle (Schädelbasis) besitzt drei der Länge nach hintereinander liegende Schädelgruben, Fossae cranii (vordere, mittlere und hintere Schädelgrube):

Vordere Schädelgrube: Die Fossa cranii rostralis reicht von der Lamina cribrosa des Siebbeins bis zur Crista orbitosphenoidalis. Durch die vordere (und auch zum Teil durch die mittlere) Schädelgrube verläuft der Canalis opticus, der Durchtrittskanal für den N. opticus (II. Hirnnery).

Mittlere Schädelgrube: Die Fossa cranii media schließt sich auf dem Basisphenoid liegend kaudal an die vor-

dere Schädelgrube an. Sie reicht kaudal bis an die *Crista sphenooccipitalis* und im Zentrum befindet sich der so genannte Türkensattel, *Sella turcica*, mit dem *Dorsum sellae*.

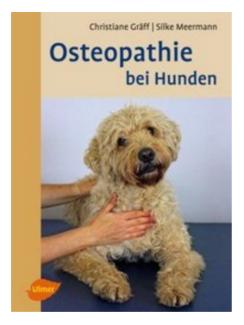
Durchtrittsöffnungen der mittleren Schädelgrube

- Foramen rotundum → N. maxillaris (mittlerer Ast des V. Hirnnervs, N. trigeminus)
- Fissura orbitalis → N. ophthalmicus (oberer Ast des V. Hirnnervs, N. trigeminus)
- Foramen ovale → N. mandibularis (Unterkieferast des V. Hirnnervs, N. trigeminus; an der Grenze zur kaudalen Schädelgrube)

Hintere Schädelgrube: Die Fossa cranii caudalis reicht vom Dorsum sellae des Basisphenoids bis zum Foramen magnum. Sie besitzt zwischen der Pars basilaris des Hinterhauptsbeins und der Pars petrosa des Os temporale sowie den Alae des Basisphenoids verschiedene Durchtrittsstellen für die Hirnnerven. Die am weitesten kaudal gelegene Öffnung ist das Foramen jugulare; hier treten der N. glossopharyngeus (IX. Hirnnerv), der N. vagus (X. Hirnnerv), der N. accessorius (XI. Hirnnery) und die Vena jugularis aus. Zwischen Condylus occipitalis und Proccessus paracondylaris verläuft der Canalis nervi hypoglossi für die Passage des N. hypoglossus (XII. Hirnnerv). Rostral davon befinden sich das Foramen ovale als Durchtrittsöffnung für den N. mandibularis (Unterkieferast des V. Hirnnervs; an der Grenze zur mittleren Schädelgrube) und der Canalis caroticus als Durchlass für die A. carotis interna sowie das Foramen spinosum als Öffnung für die A. meningea media und den Ramus meningeus des N. mandibularis. Auf der Pars petrosa des Os temporale findet sich der Porus acusticus internus. Dieser führt in den inneren Gehörgang, auf dessen knöchernem Grund weitere Öffnungen für die Passage von N. facialis (VII. Hinrnerv) und N. vestibulocochlearis (VIII. Hirnnerv) zu finden sind.

Durchtrittsöffnungen der hinteren Schädelgrube

- Porus acusticus internus → innerer Gehörgang; mit Öffnungen für die Passage von N. facialis (VII.) und N. vestibulocochlearis (VIII.)
- · Canalis nervi trigemini
- Foramen spinosum → A. meningea media; R. meningeus des N. mandibularis
- Canalis caroticus → A. carotis interna
- Foramen jugulare (am weitesten kaudal) → N. glossopharyngeus (IX.), N. vagus (X.), N. accessorius (XI.); Vena jugularis
- Canalis nervi hypoglossi → N. hypoglossus (XII.)



Gräff / Meermann
Osteopathie bei Hunden

208 pages, relié publication 2017



Plus de livres sur homéopathie, les médecines naturelles et un style de vie plus sain <u>www.editions-narayana.fr</u>