VII—IX.

Kleinere Mittheilungen.

VII.

Die Reposition einer veralteten pathologischen Hüftgelenksverrenkung.

Von

Dr. J. Schoemaker im Haag.

Im Januar 1902 kam ein Mädchen von 23 Jahren, von dem ich schon wusste, dass sie eine Luxatio iliaca hatte, zu mir mit der Bitte, einen Versuch zu wagen, ihr das Gehen zu verbessern, da dieses je länger je schlechter, ermüdender und qualvoller wurde.

Ihre Krankengeschichte ist in kurzen Zügen die folgende:

Während Patientin als Kind immer gut gehen konnte, machte sie in ihrem 10. Lebensjahre, also jetzt vor 13 Jahren, eine Krankheit durch, wobei hohes Fieber auftrat; welches die Krankheit war, kann sie nicht näher angeben, es konnte aber wohl ein Typhus gewesen sein.

Nach dieser Krankheit lief sie nicht mehr so als früher, sie trippelte, ohne aber Schmerzen dabei zu empfinden.

Dieses Trippeln wurde nun immer schlimmer. Sie bekam eine hohe Sohle unter ihrem rechten Fusse, ohne davon einigen Nutzen zu haben, und jetzt ist ihr das Gehen so beschwerlich, dass sie unter heftigen Schmerzen in der rechten Glutealgegend nur eine Strecke von 10 Minuten gehend zurücklegen kann.

Das Mädchen ist für 23 Jahre von normalem Bau und Grösse.

Das rechte Bein befindet sich in Mittelstellung, weder nach aussen noch nach innen rotirt, und ist in allen Richtungen zu bewegen.

Die Muskeln sind alle etwas weniger kräftig entwickelt als links.

Das rechte Bein — von der Spin. ant. sup. oss. ilei bis zum Malleolus int. oder ext. gemessen — ist 6 cm kürzer als das linke.

Die Spitze des rechten Trochanters befindet sich 6 cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie.

Verbindet man die Spitzen des Trochanters mit der Spina ant. sup., und verlängert man diese Grade bis er die Mittellinie trifft, dann findet man den Schneidepunkt für die rechte Seite grade oberhalb der Symphyse, für die linke in dem Nabel. (Diese Linie, die Trochanter-Spina-Linie, ist von mir in der Niederländischen Zeitschrift für Heilkunde beschrieben

worden und ist äusserst demonstrativ an Verschiebungen des Trochanter nach oben-aussen oder unten-innen zu zeigen.)

Eine Röntgographie wird gemacht und diese giebt das Bestehen einer Luxatio iliaca an, aber sie zeigt zugleich, dass Trochanter, Femurhals und Kopf in vollkommen ausgebildeter Form anwesend sind, und, was von viel grösserer Bedeutung ist, sogar ein sehr schön ausgebildetes Acetabulum.

Diese letzte Thatsache rief den unwiderstehbaren Wunsch wach, noch einen Versuch zu wagen, Kopf und Pfanne wieder zusammenzubringen.

Ob es möglich sein würde, musste probirt werden. Hindernisse waren zu erwarten von Seiten der im Wachsthum zurückgebliebenen Weichtheile, also speciell der langen Beinmuskeln; zweitens konnte die in die Länge ausgezogene zu enge Kapsel die Reposition verhindern, und drittens war es möglich, dass das Lig. teres hypertrophirt war und die Gelenkhöhle mit bindegewebigen Massen gefüllt hatte.

Es wurde also geplant, zuerst auf unblutige Weise die Reposition zu versuchen; mochte diese misslingen, dann sollte die Kapsel freigelegt und incidirt, eventuell das Lig. teres und die Massen aus dem Acetabulum extirpirt werden, und bei absoluter Unmöglichkeit, den Kopf in die Höhe der Pfanne zu bringen, wäre ein Stück aus dem Femur zu reseciren oder der Hals niedriger als normal an dem Schafte zu implantiren, während die Resection des Kopfes nur als Ultimum refugium im Auge behalten wurde.

Zuerst wurde nun ein Streckverband applicirt mit einer Belastung von 6 kg (mehr vertrug Patientin nicht) und nach 14 Tagen (28. Januar 1902) wurde Patientin narkotisirt.

Der Trochanter war unter Einfluss des Zugapparates nur ganz unbedeutend niedriger gekommen, aber eine äusserst kräftige Streckung durch die Forcierung eines doppelt gespannten Seiles mit Hilfe eines dadurch gestochenen Stabes hatte um so mehr Erfolg.

Die Muskeln, speciell die Adductoren wurden, während der Einwirkung dieses Apparates kräftig geknetet und die Traction wurde so lange fortgesetzt, bis der Trochanter ungefähr 4 cm herunter gestiegen war.

Alsdann wurde der Apparat gelöst und das Bein gebogen, so weit als möglich war. Während nun das Caput femoris sich gegen das Becken anstemmte, wurde das Bein abducirt, das Knie wurde dabei nach der Ebene des Tisches gedrängt.

Dies Manöver wurde langsam, aber mit Kraft ausgeführt und auf diese Weise durchgeführt, dass das Knie, einen Kreis beschreibend, wieder in die Biegungsstellung zurückkam.

Nach 5—6 maliger Wiederholung dieser Bewegung war das Bein in maximale Biegung gebracht worden, das Knie befand sich neben dem Thorax, die Spitze des Trochanter war gerade nach unten gerichtet und wurde durch die Traction der langen Beinmuskeln weit unterhalb der Roser-Nélaton'schen Linie gezogen.

Jetzt wurde nochmals abducirt und zur selben Zeit nach aussen rotirt, um das Caput femoris nach vorn zu drängen, und auf diese Weise

gelang es, eine Stellung zu erreichen, wobei man die Ueberzeugung gewann, dass das Caput femoris sich in der Nähe des Acetabulum befand, vielleicht sogar gegen die Oeffnung desselben angepresst wurde.

Von einer wirklichen Reposition wurde nichts gespürt; während aber soviel als möglich war in der Frontalebene bleibend, die Abduction soweit verkleinert wurde, dass das Bein noch $\pm 45^0$ von der Streckstellung entfernt war, sprang der Femurkopf mit einem sehr deutlich fühlbaren Ruck über einen Rand und war die ursprüngliche Luxation wieder eingetreten.

Wo also das Caput femoris gesteckt haben mag, sicherlich befand es sich unterhalb dem Dache des Hüftgelenkes.

Es wurde nun beschlossen, diesen Zustand wieder herzustellen, was auf oben beschriebene Weise leicht geschah, und nun war abzuwarten, ob vielleicht durch den immerwährenden Andrang des Kopfes die Kapsel sich nicht erweitern würde, das Lig. teres atrophiren und der Eingang zur Gelenkhöhle frei werden, während durch Gehübungen das Eindringen des Kopfes noch gefördert werden konnte.

Es wurde darum ein Gypsverband angelegt, das Bein in Abduction von etwas mehr als 45^0 und Patientin in's Bett gebracht.

Nach dem Erwachen aus der Narkose klagte sie über heftige Schmerzen an der Innenseite des Knies, an derselben Stelle, welche Patientin mit beginnender Coxitis als schmerzhaft angab. Erst nach 14 Tagen war dieser Schmerz verschwunden.

Gehübungen wurden am 14. Februar zum ersten Male versucht, waren im Anfang sehr mühsam, aber besserten sich allmählich.

Durch äussere Umstände waren 6 Wochen vergangen, ehe es möglich war, wieder eine Radiographie zu machen; diese wurde aber am 10. März angefertigt und zeigt nun am deutlichsten, dass der Femurkopf nicht nur in der Gegend der Pfanne steht, sondern unzweifelhaft innerhalb der Pfanne selbst.

Die Reposition ist also erreicht.

Inzwischen hatte ich Nymegen, wo Patientin wohnt, verlassen und wurde nun die Nachbehandlung durch einen Collegen freundlichst besorgt. Da dieser ernstlich bemüht war, um allen Preis zu behalten, was erreicht war, hat er bis Anfang August Patientin mit Gypsverbänden behandelt; bei jedem Verbandwechsel wurde die Abduction etwas verringert.

Jetzt geht Patientin ohne Verband umher, hält aber das Bein in ziemlich starker Abduction, wodurch eine virtuelle Verlängerung besteht.

Wirklicher Unterschied zwischen rechts und links ist nicht da. Beide Trochanteren stehen in der Roser-Nélaton'schen Linie, beide Spina-Trochanterlinien treffen einander im Nabel. Eine neuangefertigte Radiographie zeigt das vollkommene Zusammenpassen von Kopf- und Gelenkpfanne.

Es ist also gelungen, eine pathologische Hüftgelenksluxation zu reponiren, welche 13 Jahre bestanden hatte, ein Ereigniss, das a priori nicht zu erwarten war; und das Eigenthümliche dabei ist die Thatsache, dass die Reposition erst allmählich zu Stande kam. Während unsere Manipulation es soweit gebracht hatte, dass der Kopf ungefähr gegen den Eingang der Pfanne stand, haben die Gehübungen und die fortwährend ziehenden Muskeln die eigentliche Reposition ausgeführt.

Aus den Untersuchungen von Volckmann (Graff, Deutsche Zeit-

schrift für Chirurgie. Bd. 62. S. 588) geht hervor, dass man schon nach 8—10 Wochen eine fibröse Masse in den Gelenken erwarten kann, die an und für sich schon eine Reposition unmöglich machen würde. Graff selber fand diese Schwielen auch constant bei allen seinen Operationen an veralteten pathologischen Hüftgelenkverrenkungen.

Es liegt also nahe anzunehmen, dass auch in unserem Falle dergleichen bindegewebige Massen die Pfanne füllten und dass wir gegen diese den Femurkopf gestellt haben.

Ob nun die Schmerzen, welche Patientin an der Innenseite des Knies localisirte, davon abhängig waren, oder dass auch die zu enge Kapsel gedehnt wurde, ist nicht leicht zu entscheiden. Das Letzte kommt mir aber am wahrscheinlichsten vor. Wie dem auch sei, der sehr kräftige Druck, der durch die Spannung der Muskeln verursacht wurde, war im Stande diese Massen zu Atrophie zur bringen.

Es scheint mir darum angezeigt zu sein, um in dergleichen Fällen nicht wie Schede es macht einen Streckverband anzulegen, welcher die Reaction der Muskeln zum Theil aufhebt, sondern dass man durch eine starke Abductionsstellung den erreichten Stand bewahren muss, während die Muskelspannung uns zur Vertiefung der Pfanne, recht willkommen ist.

Sehr auffallend war es, dass bei einer Abwesenheit des Kopfes von 13 Jahren das Acetabulum sich nicht desto weniger vollkommen ausgebildet hatte, und dieser Befund war im Stande, uns in Zweifel zu bringen über die Genauigkeit der Angabe der Patientin. Ein älterer College aber, dem Patientin wenigstens seit 10 Jahren bekannt ist, konnte mir mit absoluter Gewissheit erklären, dass das Mädchen während dieser Zeit immer wie eine an congenitaler Hüftgelenkluxation Leidende gegangen hat. Auffallend bleibt diese Ausbildung der Pfanne jedenfalls, weil andere Forscher fast immer eine Abflachung des Acetabulums und Schrägstellung des Pfannendaches constatirten.

Wir können daraus den Schluss ziehen, dass die Ursache der Luxation in diesem Falle gesucht werden muss in rein seröser Flüssigkeitsansammlung in der Gelenkhöhle mit Erschlaffung der Kapsel und Gelenkbänder, und weiter ist es ein Beweis, dass wir es mit besonders günstigen Umständen zu thun hatten. Wir sind darum durch diesen einzigen Fall nicht so optimistisch geworden, um zu meinen, dass sehr viele so alte Hüftgelenkluxationen durch unblutige Eingriffe zu heilen wären, aber wir können aus dem Verlauf dieses Falles doch den Rath bekommen, selbst in scheinbar hoffnungslosen Fällen damit anzufangen, dass man das Caput femoris in die Gegend bringt, wo es hin gehört, die eigentliche Reposition an die richtig angewandte Muskelspannung überlassend.

Ob man dabei auf Erfolg rechnen darf, wird wahrscheinlich nur von der Configuration der knöchernen Theile abhängig sein. Gelingt es aber, auf diese Weise das Hüftgelenk wieder herzustellen, dann hat man dabei nicht zu unterschätzende Vortheile.

Erstens kein blutiger Eingriff, daher geringer Shok, keine Blutung, keine Infektionsgefahr (dass diese noch ziemlich bedeutend ist, geht aus der Arbeit von Erwin Payr, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 57. Heft 1 u. 2 hervor) und zweitens keine Gelegenheit für knöcherne Ankylose, daher viel grössere Chancen auf ein normal functionirendes Gelenk.