XIX.

(AUS DER POLIKLINIK FÜR ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE IN ODESSA.)

Beitrag zur kongenitalen Klumpfussbehandlung.

Von

S. Kofman, ehem. Besitzer.

Mit 9 Abbildungen im Text.

Die Frage der zweckmässigsten *Pes varus congenitus*-Behandlung ist seit der ziemlich heissen Lange-Schultze'schen Diskussion wieder brennend geworden. Wieder und wieder erscheinen neue Arbeiten, die bald die alte Phelbs'sche Methode, bald das modellierende Redressement nach Lorenz, bald die Wolff'sche Etappenkorrektion hervorheben, resp. neue Vorschläge wie die Durchschneidung der Ligamenta am Malleolus int. die Resektion oder die Aushülzung der Tarsalknochen usw. darbringen.

Das Wesen der Deformität ist aber solcher Art, die Vielgestaltigkeit der anatomischen Besonderheiten ist so gross, dass sich eben keine einheitliche Methode, die für alle Fälle geeignet wäre, ausarbeiten lässt. Will man nicht chauvinistisch sein, so muss man viele Methoden, ja alle Methoden zur Hand haben, um im Notfalle, um der Verunstaltung Herr zu werden, alles aufbieten zu können. Es liegt nämlich nicht nur in der Individualität des Falles, sondern auch des Operateurs, welche Methode am besten anzuwenden sei. Hat man mit einem leichten Falle zu tun, so ist keine Methode schlecht, man kommt mit der beliebigen Methode vorwärts; handelt es sich um einen sog. rebellischen Klumpfuss, so ist dagegen keine sicher. In solchen Fällen habe ich alles durchprobt um die Korrektur aufrecht zu erhalten, die Schanz'sche Peroneusverlegung und a. m., man bekommt einen sogar überkorrigierten Fuss auf dem Operationstische, auch im Verbande, lässt ihn auch gut durchtreten und nach einiger Zeit des freien Herumgehens bekommt man doch eine wenn auch leichte Varität — ein Auftreten auf der äusseren Fusskante, ein Umkippen des Fusses nach innen. Es heisst dann wieder redressieren, modellieren bis man doch ein korrektes Fussauftreten erzielt. Ich war immer bedacht, meine operierten Fälle bloss eine Nachbehandlung genießen zu lassen, ich gewährte ihnen Massage und Auftrittübungen, ich gab ihnen keine mechanische Stützmittel.

Mit dem Wandel der Zeit und Zunahme der Erfahrung wird man doch nicht so rigoros und arbeitet sich dann Methoden, die auch in schwierigsten Fällen anwendbar sind, aus.

Ich möchte hier in kurzen Strichen mein Vorgehen bei der Klumpfussbehandlung schildern. Zuerst will ich offen bekennen, dass ich von dem operativen Eingriff bei Neugeborenen heutzutage völlig absehe. Die unangenehmen Erlebnisse mit der schweren Überwachung der kleinen Patienten zwang mich, von der operativen Behandlung Abstand zu nehmen. Es kostet zu viel Mühe, die Mutter zu belehren, das Durchnässen des Verbandes zu verhüten und dem baldigen Entstehen des Dekubitus der so zarten Haut vorzubeugen.

Mit dem baldigen Umtausch des Verbandes auf die Lange'sche Schiene geht es auch nicht so leicht, weder in der Privat- noch in der Spitalpraxis. Dabei noch keine Vorzüge überhaupt. Ich reussiere auf viel leichterem Wege. Ich belehre die Mutter der redressierenden Bewegungen, die sie 3—4 mal täglich je 10—15 mal ausführen soll, dabei bin ich bestrebt, bloss die Varusstellung beheben zu lassen. Die Mutter muss gerade so verfahren, wie wir es auf dem Operationstische tun, d. h. sie fasst in die Faust einer Hand den Unterschenkel in der Gegend des Fussgelenkes und fixiert ihn stark, mit der anderen Hand greift sie den Vorderfuss an und führt ihn langsam nach aussen; dabei wird ihr eingeschärft, die Führung nach aussen immer zu vergrössern. Dem Kinde sollen dabei keine Schmerzen zugefügt werden. Man lässt die Mutter diese Operation in seiner Gegenwart mehrmals durchmachen und dann kann man sicher sein, dass sie es richtig weitertreiben wird. Ich wende diese Methode über 3 Jahre an und kann versichern, dass ich keinem von diesen Kindern den Klumpfuss redressieren musste; nur in einzelnen schwereren Fällen habe ich die Achillessehne tenotomiert, also die Equinusstellung korrigieren müssen, anderen wieder Apparate gegeben und mehrere sind auch ohne diese zu erhalten davon gekommen.

Diese Methode der allmählichen nicht operativen Korrektur ist schon nicht anzuwenden bei Kindern im Alter von 8 resp. 10 Monaten. Solche Kinder reagieren mehr auf Schmerz, die Deformität selbst ist schon fixiert und da muss man zu der Operation Zuflucht nehmen. Dieselbe besteht wie überall im Beheben in erster Reihe der Inflexion und der Supination und erst mit dem Verschwinden dieser Defekte wird in einer zweiten resp. dritten Sitzung die Equinusstellung in Angriff genommen. Die erste Sitzung besteht in dem modellierenden Redressement, wobei der Fuss nach dem Vorgehen von Lorenz so lange geknetet, gerollt und nach aussen rotiert wird, bis er ganz weich und modellierbar wird; er wird dann eingegipst um nach etwa 4 Wochen sich wieder einer solchen Prozedur auszusetzen oder, falls der Fuss den Varuscharakter gänzlich verloren hat und er leicht in übertriebene Valgusstellung überzuführen ist, wird auch die Equinusstellung mittelst der Achillotomie beseitigt. Der jetzt angelegte Verband bleibt wieder etwa 6 Wochen liegen und damit ist die Behandlung abgeschlossen.

Solcherweise gestaltet sich die Korrektur in günstigen Fällen, ganz anders bei den Widerspenstigen; hier muss man den König'schen Keil

zu Hilfe nehmen, die erste Sitzung 2 und mehrmals wiederholen, in einzelnen Fällen auch die Schanz'sche Operation ausführen und zum Schlusse noch einen Apparat.

Bei den Erwachsenen beginne ich ebenfalls mit der Bekämpfung der Inflexion, rein manuell will es nie gehen und man greift zu dem Keil. Aber nur in wenigen Fällen kommt man damit vorwärts, hier ist am Platze die Schultze'sche Fusspresse resp. der Lorenz'sche Osteoklast. Nach einigem Abmühen gelingt es, auch die stärkste Inflexion mit ihrer Hilfe zu vernichten, allerdings wird oft die Operation blutig, da bei dieser Gelegenheit sehr oft nicht nur die Sohlenhaut, sondern auch die Fascia plantaris und die tiefen Weichteile platzen, in einigen Fällen bekommt man sogar das ganze

Fig. 1.

Fig. 2.

Chopartsgelenk klaffend; es resultiert somit die Phelbs'sche Operation und zwar in idealster Weise, weil eben die Teile nur in dem für den einzelnen Fall durchaus nötigen Masse zerreißen. Die Blutung ist dabei minimal, die Gefässe sind eben durchrissen und nicht durchschnitten; eine in Alkohol getauchte grosse Kompresse bringt schnell auch diese minimale Blutung zum Sistieren. Die Supination gibt bei dieser Gelegenheit auch bald nach und nun folgt der Gipsverband in Equinusstellung. Auch dieser bleibt ungestört 4 resp. 6 Wochen liegen. Nachteile habe ich nie gesehen. Entfernt man den Verband, so finden wir alles gut geheilt, von einer dünnen Narbe bedeckt. Nur in Ausnahmefällen hat man noch nötig, im selben Sinne die Korrektur weiter auszuführen; bei dieser Gelegenheit kann die dünne, junge Narbe nachgeben, meistens aber genügt es, die Tenotomia Achillis vorzunehmen und den Kalkaneus nach unten zu drängen; zu diesem Zwecke ziehe ich ihn, wie es auch von Riedinger empfohlen worden, mit dem Haken plantarwärts.

In 2, höchstens 3 Sitzungen ist der hartnäckigste Klumpfuss korrigiert; das Platzen der Sohle begrüsse ich immer als Zeichen des Erfolges. Ich lasse im Gipsverbande viel herumgehen, um den Fuss auf diese Weise auszustampfen. Leider aber ist oft der momentane Erfolg nicht stabil, schon bald hat man das schlechte Auftreten zu beklagen.

Um diesem entgegenzuarbeiten, wende ich seit etwa 3 Jahren einen einfachen aber ganz zweckmässigen Apparat an. Seiner Konstruktion gemäss soll er auf die Dauer das bewirken, was man bei der Operation in einer Sitzung ausführt, er soll nämlich den Fuss aus der supinierten in die Pronationsstellung überführen und zwar vollständig der Wirkung der Hände des Operateurs resp. der Mutter bei kleinen Kindern nachahmen, d. h. den Fuss umgreifen und ihn nach aussen führen. Um dieses bewerkstelligen zu können, muss der Apparat gleich der operierenden Hand einen Angriffspunkt innen in der Metatarsalgegend den anderen am Unterschenkel. Diesem gemäss besteht der Apparat aus 2 Teilen, dem Fuss (Fig. 1) und Unterschenkelteil (Fig. 2), die miteinander gelenkig aber unbeweglich verbunden sind. Der Fussteil besteht aus einer gewöhnlichen Gamasche, deren Sohlenblech einen ziemlichen Vorsprung besitzt, der nach oben umgebogen ist und zwar so, dass er bei der Applikation auf den Fuss denselben in der Metatarsalgegend fest umfasst. An das Blech ist die seitliche Schiene angebracht und zwar so, dass sie einen stumpfen Winkel bildet, dessen Grösse der betreffenden Indikation gemäss variiert (Fig. 3). Diese Schiene steht in gelenkiger Verbindung mit der des Unterschenkels, nicht aber um die Beweglichkeit des Fusses zu begünstigen, sondern um auch die eventuell noch restierende Equinus- resp. Kalkaneusstellung zu regulieren. Das Gelenk ist sonst fest genietet.

Fig. 3.

Auf diese Weise kann man mittelst des Apparates sowohl die Supinationsstellung bekämpfen, sowie den Fuss in beliebiger Relation zum Senkrechten fixieren. Der Apparat ist geradezu unersetzlich bei der Nachbehandlung der Klumpfussoperierten, sei die Affektion kongenitalen oder paralytischen Ursprungs. Aber auch bei dem Pes valgus ist derselbe gut zu gebrauchen, nur soll dann der Sohlenvorsprung auf der äusseren Seite lokalisiert und die Seitenschiene median angebracht sein.

Im Nachtrage möchte der Erfolg des oben geschilderten operativen

Vorgehens durch einige Krankengeschichten illustriert werden. Hirschstein Ch., 12 Jahre alt. — Doppelseitiger Klumpfuss (Fig. 4 — das Bild im ersten Lebensjahre genommen). Sein älterer Bruder leidet an einem einseitigen Klumpfuss. Operiert IV. 1902 an beiden Füßen mittelst der Schultze'schen Fusspresse. Grosse Risswunden an beiden Sohlen. Die Redression 2 mal wiederholt. Kein Apparat in der Nachbehandlung (Fig. 5). Das Bild abgenommen IX. 1902. Tadelloses Auftreten; jetzt ist an den Füßen kaum etwas zu merken, so dass er militärtauglich erklärt werden muss.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 9.

Fischer Johann, 12 Jahre alt (Fig. 6). Doppelseitiger Klumpfuss mit sehr starker Inflexion besonders rechts. Nach 2 Sitzungen völlige Korrektur (Fig. 7).

Kritzmann R., 16 Jahre alt. Doppelseitiger Klumpfuss, am linken Fuss mehr ausgesprochen (Fig. 8), besonders stark ist die Inflexion daselbst in der Gegend des Lispank'schen Gelenkes. 2 Sitzungen. Sohlenhaut geplatzt, stärker rechts. Völlige Korrektur (Fig. 9).

Ich könnte viele Dutzende anführen. Bei allen musste die Operation mehrmals wiederholt werden bis der endgültige Erfolg erreicht wurde. Seitdem ich den oben angeführten Apparat in Anwendung gebracht habe, sind mir die Nachkorrektur-Sitzungen erspart geblieben.