IV. Bemerkungen zur Calot'schen Buckeloperation¹⁾.

Von Dr. A. Schanz in Dresden.

Seit etwas über Jahresfrist steht die Orthopädie unter dem Zeichen der Calot'schen Buckeloperation. Die erste Mittheilung von Calot's Vorgehen und Calot's Erfolge wirkte geradezu sensationell. Nach kurzer Frist erschien in der medicinischen Litteratur eine ganze Anzahl von Veröffentlichungen über die Calot'sche Operation. Die ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Orthopädie nahmen das Wort, die neu-gestellte Frage zu besprechen. Die betreffenden Arbeiten wurden in den allgemeinen medicinischen Zeitschriften veröffentlicht, so dass die Methode der Operation — das pro und contra Ihnen allen bekannt ist.

Ich will Sie deshalb nicht damit langweilen, m. H., Ihnen das zu wiederholen, was von jenen gewichtigen Stimmen gesagt worden ist. Nur zweierlei möchte ich erwähnen, nämlich einmal, dass die Ausführung der Calot'schen Operation grössere Anforderungen an den Muth des Operateurs als an seine Kunst stellt, und zweitens, dass wir bis heute wirklich fertige Endresultate von Calot'schen Operationen nicht haben können. Frühestens nach Verlauf von weiteren drei Jahren wird man einzelne der erstoperirten Fälle für definitiv beendet erklären können.

Wenn ich nun trotz der Ihnen bekannten ausgiebigen Discussion in der medicinischen Presse hier das Wort zu Bemerkungen zur Calot'schen Buckeloperation ergreife, so thue ich dies, weil ich in der Lage bin, Ihnen ein paar Fälle zu demonstrieren, welche geeignet sind, einige bis jetzt ganz oder theilweise unbeobachteten Streiflichter auf die zur Discussion stehende Frage zu werfen. Gestatten Sie, m. H., dass ich Ihnen die Fälle in der Reihenfolge, wie ich sie operirt habe, vorführe.

Fall 1. Das erste Mal führte ich die Operation am 6. Mai vergangenen Jahres an dem fünf Jahre alten O. K. aus B. aus. Der Knabe war seit seinem dritten Lebensjahre krank. er hatte einen sehr spitzen Gibbus im Gebiet der unteren Brustwirbelsäule. Er hatte eine bedeutende linksseitige Psoas-contractur; der Senkungsabscess, welcher dieselbe erzeugte, war sehr voluminös, er war bis zum Poupart'schen Bande herabgekommen. Der Krankheitsprozess befand sich in einem floriden Stadium.

Die Redression des Gibbus gelang vorschriftsmässig; der Buckel liess sich bis auf einen kleinen Rest wegdrücken, ohne dass übermässige Gewalt hätte angewendet werden müssen. Dieser Rest leistete hartnäckigen Widerstand. Es handelte sich hier zweifellos um eine knöcherne Consolidation, welche ich mich nicht zu zerbrechen entschloss.

Beim Anlegen des Verbandes wich ich insofern etwas von der Calot'schen Vorschrift ab, als ich den Gypsverband nicht um die Vorderseite von Brust und Bauch herumführte. Ich fertigte ein Gypsbett an, wie ich es auch sonst vielfach bei Spondylitisfällen verwende, und wickelte den Patienten fest in dieses hinein. So lange man die Patienten auf dem Rücken liegen lässt, kann diese Abweichung von der Calot'schen Vorschrift keine Rolle spielen.

Nach der Operation klagte der Patient ein paar Stunden über Schmerzen im Rücken, war aber dann ganz munter.

Am dritten Abend nach der Operation zeigte sich eine kleine Temperatursteigerung. Die folgenden Tage brachten normale Morgentemperaturen und Abendtemperaturen um 38,0° herum. In diesen Tagen besserte sich die Contracturstellung der linken Hüfte auffällig rasch, und ebenso wurde der Psoasabscess zusehends kleiner. In der zweiten Woche war er unter dem Verband überhaupt nicht mehr zu fühlen. Das subjective Befinden des Patienten war dabei gut. Auch auf eingehendes Fragen klagte er niemals über Schmerzen. Als in der zweiten Woche die Abendtemperatur bis 38,6° stieg und auch die Morgentemperatur an 38,0° herangekommen war, wechselte ich den Verband. Dabei erhielt ich nun einen überraschenden Befund.

Auf dem Rücken, links neben dem Gibbus, fand sich unter der Haut, im Begriff dieselbe zu durchbrechen, ein grosser Abscess. Auf der Höhe des Gibbus war ein kleiner Decubitus. Eine Communication zwischen diesem und dem Abscess fand ich nicht. Ausserdem fand sich ein kleiner Abscess über dem rechten Ohre. Ich eröffnete beide Abscesse und entleerte daraus dicken gelben Eiter. Von dem Psoasabscess war nichts zu fühlen gewesen. Der Patient kam wieder in seinen Verband; das Fieber war und blieb weg.

Die Eiterung aus den beiden Abscessen versiegte rasch. Die Wunden schlossen sich bis auf kleine Reste. Diese widerstanden jedoch allen Bemühungen, und als ich den Patienten 3½ Monate nach der Operation aus der klinischen Behandlung entliess, bestand eine Fistel am Gibbus und eine über dem rechten Ohr. Der Psoasabscess hatte sich, als Patient aufstand, zum Theil wieder hergestellt. Ich punctirte ihn zweimal und injicirte Jodoformglycerinemulsion. Bei den Punctionen entleerte ich Eiter, welcher genau so aussah wie der aus den beiden Abscessen.

Jetzt ist der Status folgender (Demonstration des Patienten): Der Gibbus hat sich zu einem ziemlich grossen Theil wieder hergestellt. Die Fistel am Gibbus ist seit zwei Wochen geschlossen — ob dauernd, ist frag-

¹⁾ Vortrag, gehalten am 5. März 1898 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.

lich —, die über dem Ohr hat sich im Laufe des Herbstes geschlossen. Der Psoasabscess ist noch vorhanden, er ist aber kleiner geworden. Die Psoascontractur ist beseitigt. Der Allgemeinzustand des Patienten ist gut. Patient trägt ein Ledercorsett.

Das Interessante an diesem Fall, m. H., ist zweifellos diese merkwürdige Abscessgeschichte. Nach der Operation rasches Verschwinden des Psoasabscesses, Entstehen eines grossen Abscesses neben dem Gibbus, eines kleinen am Kopfe; Zurückbleiben von Fisteln an der Stelle dieser Abscesse, Wiederherstellung des Psoasabscesses beim Aufstehen des Patienten.

Die plausibelste Erklärung für diese Geschichte erhält man wohl, wenn man annimmt, dass dem Psoasabscess durch die Operation ein neuer Weg geöffnet worden ist und dass er, diesem folgend, hinten, neben dem Gibbus, unter der Haut erschien, dass also jener Abscess neben dem Gibbus der dorthin durchgebrochene Psoasabscess war. Der kleine Abscess am Kopf verdankt dann wohl seine Entstehung einer Verschleppung von infectiösem Material auf dem Wege der Blutbahn.

Eine andere Annahme wäre die, dass die Abscesse mit dem Decubitus in Zusammenhang ständen. Meiner Ansicht nach spricht gegen diese Annahme Verschiedenes. Ich konnte, wie gesagt, keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Decubitus auf der Spitze des Gibbus und dem Abscess daneben finden. Bei dem Abscess am Kopf war kein Decubitus. Dann spricht wohl auch die Temperaturcurve gegen diese Annahme, und schliesslich vor allem das Verschwinden und Wiederauftauchen des Psoasabscesses. Ich kann mich deshalb für die zweite Annahme nicht erwärmen, ich halte die erste für viel wahrscheinlicher und ich glaube, dass dieser Fall für Patient und Arzt noch recht glücklich verlaufen ist.

Fall 2. Im zweiten Fall, den ich wenige Tage nach dem ersten operierte, handelte es sich um ein zweijähriges Mädchen. Das Kind befand sich im Anfang der Krankheit, es hatte einen flachen Gibbus in der unteren Brustwirbelsäule.

Die Redression des Gibbus gelang in diesem Fall vollständig, ohne irgend welche Schwierigkeiten. Ich machte den Verband, wie oben geschildert. Aber auch in diesem Fall gestaltete sich der weitere Verlauf nicht vorschriftsmässig. Das Kind schwitzte so stark, dass der Gyps in ein paar Tagen vollständig zerweicht war. Jeder neue Verband hatte dasselbe Schicksal. Schliesslich legte ich das Kind auf ein Phelps'sches Stehbett, auf dem es jetzt noch liegt. Der gegenwärtige Zustand ist folgender (Demonstration): Der Entzündungsprozess geht seiner Ausheilung entgegen, vom Gibbus hat sich ein kleiner Theil wieder hergestellt, der Allgemeinzustand des Kindes ist ein guter.

M. H., das ist ein Zustand, in dem sich das Kind heute ebenso befinden würde, wenn dasselbe seiner Zeit direkt auf das Phelps'sche Stehbett gekommen wäre; einen Vortheil hat das Kind von der nicht ungefährlichen Operation nicht gehabt.

Ich werde dementsprechend in einem analogen Fall auch das Redressement nicht wieder ausführen, einmal schon aus dem Grunde, weil es überhaupt kaum einen Zweck hat, einen kleinen Gibbus, der durch die Kleider völlig verdeckt wird, zu beseitigen, und zweitens wegen der Schwierigkeiten, so kleine Kinder in dem erforderlichen Gypsverband zu erhalten, mögen dieselben nun auch nicht gerade so schwitzen, wie dieses hier.

Nach diesen beiden Fällen war ich entschlossen, mir bis auf weiteres nicht die Finger an der Calot'schen Operation zu verbrennen, da bekam ich im December letzten Jahres den dritten Patienten, über den ich Ihnen berichten möchte, in Behandlung. Durch besondere Indicationen liess ich mich bestimmen in diesem Fall wieder das Redressement, auszuführen, und ich bin bis jetzt sehr zufrieden, es gethan zu haben.

Fall 3. Der Fall lag so: Der im sechsten Lebensjahr befindliche Knabe ist seit dem dritten Jahre krank. Er hatte einen scharfen Gibbus in der unteren Brustwirbelsäule; er hatte einen kleinen Senkungsabscess auf der rechten Seite, geringe Psoascontractur. Der Process war florid. Die Knickung der Wirbelsäule war so bedeutend, dass die Rippenbogen direkt auf den Darmbeinkämmen auflagen.

Zweierlei veranlasste mich in diesem Fall, ein forcirtes Redressement vorzunehmen: erstens die Schwere der Deformität und zweitens der Umstand, dass die Rippenbogen direkt auf den Darmbeinkämmen auflagen. Dieser Umstand macht es unmöglich, dem Patienten jemals ein gut stützendes Corsett anzulegen. Ein Corsett kann ja nur dann gut stützen, wenn es die Darmbeinkämme fasst.

Die Operation ging glatt von statuen. Auch hier liess ich einen Rest des Gibbus, welcher hartnäckigen Widerstand leistete, bestehen. Trotz des sehr festen Verbandes ist der Gibbus wieder etwas höher geworden; er ist aber noch bedeutend flacher als vordem. Zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm ist reichlich Platz für ein späteres Corsett. (Demonstration.)

Ich hoffe in diesem Fall ein gutes Endresultat zu erreichen, jedenfalls ein besseres, als wenn ich das Redressement nicht ausgeführt hätte, und ich werde in Zukunft in analogen Fällen ebenso handeln. In anderen Fällen werde ich bis auf weiteres im allgemeinen nach den Grundsätzen verfahren, welche für die Behandlung der Spondylitis galten, ehe man von Calot gehört hatte.