VII.

Beiträge zur Frage der angeborenen Hüftgelenksluxation.

Von

Dozent Dr. V. Chlumský in Krakau.

In der Medizin gilt es als Regel, dass man einer noch so gut bearbeiteten und erörterten Frage immer noch neue Seiten und Einblicke abgewinnen kann. Als Beispiel kann die Frage der angeborenen Hüftgelenksluxation dienen. Vor einigen Jahren, als sie so ziemlich zur endgültigen Lösung gebracht wurde, schien sie zugleich für immer erledigt zu sein. Auch die wissenschaftlichen Arbeiten über dieselbe wurden mit der Zeit seltener; doch sie erscheinen immer noch und, was noch wichtiger, man stösst in der Praxis auf Fälle, die trotz vieljähriger Erfahrungen manche Schwierigkeiten und Überraschungen bieten.

Bei etlichen 50 Fällen, die ich in den letzten vier Jahren in meiner Privatpraxis sah, habe ich die soeben erwähnte Behauptung mehrmals bestätigt gefunden.

Besonders interessant waren einige Fälle, die von anderen Operateuren operiert waren und zu mir wegen verschiedener Beschwerden kamen.

Deswegen will ich auf dieselben zuerst eingehen.

Einer dieser Patienten wurde vor fünf Jahren von einem bekannten Operateur wegen beiderseitiger Hüftgelenksluxation operiert. Die Reposition wurde richtig ausgeführt und auch die Retention gelang vollkommen. Doch drei Jahre nach der Operation wurde der Junge zu mir gebracht wegen eines wackelnden, auffallend hässlichen Ganges und beiderseitiger Hüftgelenksankylose in mässiger Flexion, starker Rotation nach aussen und mittelstarker Abduktion: es bestand die bekannte Froschstellung der Beine, in welcher die beiderseitigen Luxationen gewöhnlich nach der Operation eingegipst werden.

Der Gang war mühsam, stark wackelnd und viel hässlicher als bei unoperierten, beiderseitigen Luxationen.

Aus der Anamnese habe ich entnommen, dass der Gipsverband zwar einige Male gewechselt, doch im ganzen über ein Jahr, auf einer Seite so-

gar 15 Monate, belassen wurde. Das war entschieden zu viel und die so starke Ankylose ist nur auf das zu lange Liegen der Verbände zurückzuführen. Ausserdem war die Nachbehandlung, die in der Massage und der manuellen sowie maschinellen Mobilisation bestand, ungenügend.

Wie gesagt, ich habe den Jungen erst drei Jahre nach der Operation mit vollständiger Ankylose zu sehen bekommen und erst nach monatelanger Behandlung ist es mir gelungen, links eine fast vollständige, rechts eine nur mässige Beweglichkeit zu erzielen. Besonders haben sich hier heisse Luftbäder und maschinelle Rotationen im Hüftgelenk bewährt. Massage und manuelle Mobilisationsversuche erwiesen sich als wenig wirkend; Massage war ohne jede sichtbare Wirkung, und die manuellen Mobilisierungsversuche stiessen auf einen grossen Widerstand des Jungen, so dass sie ebenfalls nicht viel nützen konnten.

Jetzt ist der Gang des kleinen Patienten nach mehr als einjähriger Behandlung zwar viel besser als vorher, doch immer nicht gut. Der Junge kann zwar ohne Ermüden herumgehen, klagt über keine Schmerzen, aber das Seitenbiegen und unnatürliche Heben der Beine besteht in einem mässigen Grade weiter. Da die Beweglichkeit in den Hüftgelenken immer grösser wird und der Knabe erst neun Jahre alt ist, so besteht allerdings die berechtigte Hoffnung, dass durch die weitere Behandlung eine vollständige Herstellung des Patienten erzielt wird.

Zwei weitere Fälle betreffen einen Jungen von acht und ein Mädchen von zehn Jahren (mit einseitiger Luxation). Beide wurden von einem auf dem Luxationsgebiete hervorragenden Autor operiert und als geheilt entlassen worden. Ich habe beide erst einige Jahre nach der Operation gesehen. Beidesmal wurden die Patienten zu mir gebracht, weil sie ebenso wie vor der Operation wackelten und auch in den Hüftgelenken Schmerzen verspürten.

Bei dem Mädchen war das kranke Bein um 3 bis 4 cm kürzer und bedeutend schwächer als die gesunde Extremität. Das Wackeln bestand in einem so hohen Grade, wie es nur bei unbehandelten Patienten der Fall ist. Auch die Röntgenphotographie hat eine vollständige Luxation mit einem sehr hohen Stand des Schenkelkopfes erwiesen. Nach Angabe der Eltern sprach der Operateur von einer gelungenen Operation. Er sah das Kind während einiger Jahre nach der Operation jährlich. Jedesmal hat er seine Behauptung von einer gelungenen Operation aufrecht gehalten. Da es sich, wie gesagt, um einen hervorragenden Fachmann auf diesem Gebiete handelte, war ein Irrtum fast ausgeschlossen und wir müssen annehmen, dass in diesem Fall eine Reluxation erst nach Jahren entstand. Die Eltern behaupten zwar, dass das Kind durch die ganze Zeit beim Gehen wackelte, doch war das Wackeln wenigstens anfangs nicht so gross, da sie wegen desselben keine fremde Hilfe suchten.

Unsere Annahme hat der Operateur auch dadurch bestätigt, dass er zum zweitenmal die Reposition versuchte. Diesmal hat er aber nur eine Transposition mit der Stellung des Kopfes nach vorne erreicht. Ich sah zwar das Kind wieder erst anderthalb Jahre nach dieser zweiten Operation.

Es bestand eine Verkürzung von 3 cm und eine Adduktion und Aussenrotation des Beines mit einer leichten Ankylose. Das Mädchen konnte aber ziemlich gut gehen, das Wackeln war nicht bedeutend, nur hat sich eine linksseitige Lumbal- und rechtsseitige Dorsalskoliose entwickelt.

Der zweite Fall betraf einen Jungen, der hauptsächlich wegen Schmerzen in der Hüftgegend zu mir gebracht wurde. Auch hier wurde keine Reposition, sondern nur eine Transposition nach vorne erzielt und das Wackeln ist in einem mässigen Grade geblieben. Der Gang wird aber zeitweise schlechter, besonders wenn der Junge mehr herumläuft. Die Schmerzhaftigkeit war zur Zeit meiner Untersuchung so gross, dass wir den Jungen auf einige Tage ins Bett legen und feuchte Umschläge verordnen mussten. Die Verkürzung des Beines beträgt auch hier ca. 3 cm und die Röntgenphotographie bestätigt unsere Annahme von der Transposition des Köpfchens, welches auch durch die Haut gut zu fühlen ist.

Ein weiterer Fall betraf ein Mädchen von fünf Jahren mit beiderseitiger Luxation, welches von einem ebenfalls bekannten Chirurgen siebenmal (!) unblutig operiert wurde. Nach der Erzählung der Mutter wurde das Kind siebenmal narkotisiert und dabei die Reposition mit folgendem Gipsverband ausgeführt. Beim Verbandwechsel fand man immer eine Reduktion. Zuletzt wurde nach Angabe des Operateurs doch eine Retention und Fixation der Köpfchen erreicht. Da aber das Kind weiter hinkte und wackelte, so wurde es hierher gebracht. Bei der Untersuchung fand ich eine komplette Luxation beiderseits, mit einer ziemlich grossen Verkürzung der Beine und leichter Verschieblichkeit beider Köpfchen. Es war auch von einer Anteposition keine Spur. Alles dies wurde auch durch eine Röntgenphotographie erhärtet.

Die unblutige von uns vorgenommene Operation ging ausserordentlich schwer. Es wurden alle möglichen Griffe und Repositionsmethoden versucht — auch die neue von Schanz — und erst nach einer halbstündigen Mühe ist es uns gelungen die Reposition durch Flexion, starkes Herunterdrücken der Köpfchen und direkten Fingerdruck auf die Trochanter bei gleichzeitiger Aussenrotation und Abduktion auszuführen.

Die Retention war beiderseits ziemlich gut, rechts aber doch etwas besser.

Ganz analoge Verhältnisse traf ich auch bei einem weiteren Fall, wo von einem anderen Autor angeblich eine gelungene Reposition ausgeführt wurde. Es handelte sich um ein fast vierjähriges Mädchen. Nach der Reposition wurde ein Gipsverband angelegt, nach ca. acht Wochen heruntergenommen und das Kind als geheilt entlassen.

Ein halbes Jahr nach der Operation sah ich das Kind und konnte eine komplette nicht fixierte beiderseitige Hüftverrenkung konstatieren. Die von uns vorgenommene Reposition ging ebenfalls ausserordentlich schwierig und gelang erst nach einer ziemlich langen Mühe in derselben Weise wie bei dem vorherigen Fall.

Der Verband wurde in beiden Fällen in bekannter Froschlage angelegt.

Das sind die fünf von anderen Operateuren operierten Fälle, die ich zu untersuchen und zu behandeln Gelegenheit hatte. Jedenfalls haben auch andere Autoren ähnliche Erfahrungen gemacht, deren Publikation nicht ohne Interesse wäre.

In dem ersten dieser Fälle lag der Verband allzulang, was zur Folge eine starke Ankylosierung hatte. In dem letzten Fall wurde aber ein entgegengesetzter Weg verfolgt, der Verband zu früh abgenommen und eine völlige Relaxation war das Resultat.

Interessant sind auch die Fälle von fixierten Antepositionen. Nach dem, was wir gesehen haben, sind die Resultate derselben keineswegs so gut, wie man bisher geglaubt hat. Solche Patienten können zwar fast zur Unmerklichkeit, wenn sie sich anstrengen, gut gehen; sie ermüden gewöhnlich bald und das leichte Hinken bleibt für immer bestehen. Weiter beachtenswert ist der Fall von Relaxation, der zeitweise Schmerzanfälle bekommt, die an eine beginnende Coxitis erinnern und den Patienten für Tage bettlägerig machen.

Bewunderungswert ist bei dem sieben-, eigentlich achtmal operierten Mädchen die Geduld aller beteiligten Faktoren, bis doch das erwünschte Resultat erzielt wurde. Wenigstens zeigt dieser Fall, dass auch mehrere missgeglückte Eingriffe eine unblutige Reposition und volle Heilung nicht ausschliessen. Ich selbst habe bei meinen letzten 50 Fällen nur dreimal besondere Schwierigkeiten gehabt.

Zweimal war die Pfanne bei zwei Mädchen so ausserordentlich flach, dass die Retention sehr schwierig war. Einmal trat auch bei dem ersten Verbandwechsel eine Relaxation ein, die sofort behoben wurde. Das Kind ist heute 3 Jahre nach der Operation vollständig geheilt und auch der Gang ist ganz tadellos. In diesem Falle wurde ich aber gezwungen, den Gipsverband mehr als $\frac{3}{4}$ Jahre liegen zu lassen und eine leichte Ankylose war zuerst das Resultat. Doch durch die Massage und Gymnastik wurde sie behoben und, wie gesagt, der volle Erfolg war das Endresultat.

Ein zweiter Fall steht noch in Behandlung. Hier trat zwar keine volle Relaxation ein, doch nach dem ersten Verband war schon eine solche weite Beweglichkeit vorhanden, dass man eine Relaxation fürchtete. Auch hier wird der Verband viel länger als gewöhnlich belassen und hoffentlich eine gute Fixation erzielt¹⁾. Ein dritter Fall betraf ein Mädchen, welches in ausserordentlich schlechten Verhältnissen lebte und bei dem infolge Schmutzes und überhaupt einer schlechten Pflege an eine Erosion sich unter dem Verband ein Erysipelas bullosum entwickelt hatte. Ich wurde gezwungen, den Verband vorzeitig abzunehmen und habe die Umschläge mit Phenolkampfer verordnet. In zwei Tagen wurde zwar das Erysipel geheilt, es blieben aber ziemlich grosse Defekte nach den grossen Blasen. Das Kind wurde mit einem halben Verband, der eine Art Schale vorstellte, entlassen und steht noch in Behandlung. Alle anderen Fälle verliefen glatt und überall ist eine völlige Reposition — keine Transposition — erreicht. Von diesen Fällen waren 12 beiderseitig, alle

¹⁾ Bemerkung während der Korrektur: Bei diesem Falle wurde inzwischen der Verband abgenommen. Es besteht eine gute Fixation in der richtigen Lage.

anderen einseitig. Nur 5 betrafen Knaben, alle anderen waren Mädchen. Mehrere Fälle habe ich nachkontrollieren können und überall einen normalen Gang, auch nach Jahren, konstatiert.

Zwei unbehandelte Fälle sind zu mir mit einer Subluxation gekommen: beidesmal habe ich nicht operiert, da der Gang der Kinder ziemlich gut war und die Eltern sich zur Operation nicht entschliessen konnten.

In zwei Fällen handelte es sich um erwachsene Mädchen. Eine war 26 Jahre alt, hochgradig tuberkulös. Ihr Gang war sehr schlecht und nur ein eiserner Beckenring mit Trochanterstützen brachte ihr eine gewisse Erleichterung. Sie war über ihren Gang und besonders über rasches Ermüden und Schmerzen recht trostlos und wollte sich blutig operieren lassen. In Betracht aber ihres Lungenleidens habe ich die Operation vorläufig abge-
schlagen.

Das andere Mädchen war etwas jünger, trug ebenfalls einen Beckengurt. Zur Operation konnte sie sich nicht entschliessen, obzwar die Beschwerden derselben ebenfalls recht gross waren.

In zwei Familien waren zwei Kinder mit einer Luxation behaftet. Einmal zwei Mädchen, andersmal ein Mädchen und ein Junge. Mehr Kinder hatten die Familien nicht.

Zum Schluss erlaube mir kurz zu skizzieren, wie ich jetzt meine Behandlung ausführe.

Die Reposition wird in tiefer Narkose wie üblich durch verschiedene Methoden ausgeführt. In den letzten 1½ Jahren habe ich mit Ausnahme jener zwei von anderen Operateuren operierten Fälle nie mehr zur Reposition als 2—3 Minuten gebraucht. Meistens habe ich mich dabei der maximalen Flexion und des direkten Druckes auf den Trochanter bedient. Die Schraubenextension oder überhaupt eine Vorbehandlung, Adduktorenmassage etc. benütze ich jetzt nicht mehr. Ich halte eine gewisse Spannung der Muskulatur zur Retention des Köpfchens für sehr wichtig, da dadurch das Köpfchen in die Pfanne direkt hineingepresst wird, wodurch bei richtiger Beinlage und gehörigen Gipsverband nur eine erhöhte Fixation erreicht wird.

Eine Extension, während des Anlegens des Gipsverbandes halte ich für fehlerhaft, weil gerade dadurch das Köpfchen aus der Pfanne gezogen und der nötigen Stütze beraubt wird.

Der Gipsverband muss recht gut anliegen und besonders die Beckengegend richtig fixieren. Bei einseitiger Luxation wird nur das kranke Bein eingegipst. Dies hat immer genügt; das Eingipsen des gesunden Beines mag vielleicht die Sicherheit des Verfahrens erhöhen, aber nach meiner Erfahrung ist es überflüssig und quält nur unnütz die kleinen Patienten. Der Gipsverband wird durchwegs in Flexion und Abduktion angelegt. Das Beinchen wird je nach dem Falle entweder nach innen, meistens aber nach aussen rotiert.

Bei beiderseitigen Luxationen wird die Reposition in einer Sitzung gemacht und der Gipsverband in der Froschlage angelegt. Ein solcher Gipsverband bleibt 2—3 Monate liegen; nachher wird er gewechselt. Den Verband früher zu wechseln ist nicht notwendig, ja sogar schädlich, weil dabei

sehr leicht eine Relaxation herbeigeführt wird. Das Köpfchen kann unmöglich in 14 Tagen, wie es einige Operateure glauben, einen solchen Halt bekommen, dass sie ohne weiteres die verschiedenen Manipulationen bei Gipsabnahme und -anlage verträgt, besonders, wenn dieselben nicht genug vorsichtig vorgenommen werden.

Länger als drei Monate den Gipsverband liegen zu lassen, ist auch nicht ratsam. Der Verband wird — wenn er nach der Operation richtig angelegt wurde, in dieser Zeit zu eng und stark verunreinigt. Ausserdem kann man in dieser Zeit schon eine günstigere Position für das operierte Bein wählen und auch so dem kleinen Patienten eine Erleichterung bringen.

Nach der Operation bleiben die Patienten nur solange zu Bette, wie lange sie über stärkere Schmerzen bei Berührung klagen. Nachher — gewöhnlich in 1—2 Wochen — gehen sie bei einseitiger Hüftverrenkung mit erhöhtem Schuh, bei beiderseitiger Luxation mit normalen Schuhen herum.

Je mehr sie gehen, desto besser, weil dadurch eine bessere Adaptation des Köpfchens und vielleicht auch ein stärkeres Wachsen desselben erreicht wird.

Die Gipsverbände werden 2—3 mal in zweimonatlichen Intervallen gewechselt. Bei gutsitzenden Köpfchen werden bei jedem Verbandwechsel kleine Bewegungen im Hüftgelenk und eine etwas stärkere Gradrichtung des kranken Beines ausgeführt. Bei flacher Pfanne wird nur eine vorsichtige Korrektur versucht, sonst aber keine Bewegungen.

Nach dem letzten Gipsverband lasse ich die Kinder gewöhnlich noch einige Tage zu Bette. Während dieser Zeit werden die kranken Extremitäten massiert und aktive und passive Übungen ausgeführt.

Öfters war aber dieses nicht möglich und trotzdem waren auch hier die Resultate gut. Ich empfehle aber doch die Massage besonders in den Fällen, wo der Verband längere Zeit liegen musste und wo es dann zu einer grösseren oder kleineren Ankylose kam.