III.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Bürgerhospitals zu Köln.
Oberarzt: Geheimrath Prof. Dr. Bardenheuer.

Ein Fall von Schenkelhalsfractur mit Verlängerung des Beines.

Von

Dr. W. Dietzer,
Assistenzarzt am Bürgerhospital.

Zu den charakteristischsten Symptomen der Schenkelhalsfractur gehört neben der durch die Schwellung der Weichtheile bedingten, veränderten Gestalt der Hüfte und der Auswärtsrotation vor Allem die Verkürzung des Beines. Sie hängt ab von der Abnahme des Schenkelhalswinkels, von der Einkeilung der Fragmente oder der Verschiebung derselben an einander; in letzterem Falle ist die Verkürzung natürlich viel erheblicher.

So leicht im Allgemeinen die Diagnose der Schenkelhalsfractur ist, so entstehen doch manchmal Schwierigkeiten beim Fehlen jeglicher Dislocation und Verkürzung, wo sich das ganze Symptomenbild nur auf das Bestehen des localen Schmerzes bei Druck auf den Trochanter und auf die Vorderfläche des Halses von der Leiste aus und auf leichte Behinderung in der Function beschränkt. Diese Form der Schenkelhalsfractur ist im Ganzen ziemlich selten; doch kommt man auch hier zur sicheren Diagnose, wenn man auf die von Bardenheuer besonders hervorgehobenen Punkte, wie auf den Nachweis eines Defectes in der Rotationsfähigkeit, speciell der Rotation nach innen, die Verkleinerung des Rotationsradius, den Nachweis der Vergrößerung des Tiefendurchmessers der Hüfte, die leicht sichtbare Annäherung des Trochanters an die Medianebene, den grossen intensiven Schmerz bei ruckweise ausgeführter Innenrotation des Beines etc. achtet; meist lässt sich auch bei ganz exacter Messung eine leichte Verkürzung der Extremität nachweisen.

Schwieriger gestaltet sich die Diagnose, wenn es sich um eine Schenkelhalsfractur mit Verlängerung der Extremität handelt, wie wir

es in einem Falle zu beobachten Gelegenheit hatten; da sich in der Literatur nirgendwo die Erwähnung eines ähnlichen Falles findet, so dürfte die Mittheilung desselben wohl berechtigt sein.

In unserem Falle handelte es sich um einen 50jährigen Mann, der am 20. October 1901 von der Arbeit kommend, beim Umbiegen um eine Strassenecke ausglitt und mit der rechten Hüfte auf die Trottoirkante aufschlug. Patient konnte nicht mehr aufstehen und wurde mittels Krankenwagens nach dem Hospital gebracht. Bei der Aufnahme war die rechte Hüftgelenksgegend stark geschwollen, das Bein nach aussen rotirt. Der Schenkelhals war beim Betasten von vorn und von hinten enorm schmerzhaft; ebenso verspürte Patient heftige Schmerzen bei Druck auf den Trochanter major und bei Innenrotation des Beines.

Es waren dies alles Symptome, die für die Annahme einer Schenkelhalsfractur sprachen; stutzig machte dagegen der Umstand, dass keine Verkürzung des Beines bestand, im Gegentheil das verletzte Bein um 2 cm verlängert war. Da Patient bei der Untersuchung sehr stark spannte, so war eine sichere Differentialdiagnose zwischen *Fractura colli femoris* und *Luxatio obturatoria*, bei der neben starker Abduction und Rotation nach aussen eine Verlängerung des Beines besteht, zunächst nicht möglich, bis uns die Untersuchung mit Röntgenstrahlen die Diagnose „Schenkelhalsfractur“ sicherte und zugleich den Grund für eine bisher nicht bei Schenkelhalsbruch beobachtete Verlängerung des Beines erkennen liess. Nach dem Röntgenbilde handelte es sich um einen extracapsulären, eingekeilten Schenkelhalsbruch, und zwar war die periphere Partie des fast senkrecht gestellten Halsfragmentes in die obere Partie des Trochanter major eingekeilt.

Patient wurde mit longitudinaler Extension nach unten, verbunden mit Querextension nach aussen und Rotationszug nach innen behandelt und am 25. Januar 1901 als geheilt entlassen. Bei der Entlassung fand sich folgender Befund: „Die Fractur des Schenkelhalses ist fest verheilt; es besteht keine Druckschmerzhaftigkeit mehr. Das rechte Bein ist um 2 cm verlängert; die oberste Partie des Trochanter major steht 2 cm unterhalb der Roser-Nelaton'schen Linie. Die Beweglichkeit im rechten Hüftgelenk ist mit Ausnahme der Abductionsbewegung, die leicht beschränkt ist, völlig frei. Die Musculatur des rechten Beines ist noch etwas atrophisch. Der Gang auf ebenem Boden ist fest und sicher, ohne Schmerzen und schnelleres Ermüden des verletzten Beines.“

Abnorm ist in diesem Falle, dass die Schenkelhalsfractur mit einer Verlängerung der Extremität einherging; es fragt sich nun, wie diese Abweichung von der gewöhnlich mit Verkürzung einhergehenden Norm zu erklären ist. Der Entstehungsmechanismus bietet in unserm Fall keine Besonderheit von dem sonst bei Schenkelhalsfracturen üblichen; es handelt sich hier wie so häufig um eine directe Fractur, entstanden durch Fall auf den Trochanter.

Der Grund für die Verlängerung liegt nach meiner Ansicht einzig und allein in dem Bau des Schenkelhalses. Der Schenkelhals

steht in der Jugend in einem Winkel von 130° zum Schaft; im Alter nähert sich der Schenkelbogen, namentlich bei Weibern, immer mehr dem rechten Winkel. Tritt jetzt eine Fractur mit Einkellung ein, so resultirt als Folge stets eine, wenn auch minimale Verkürzung des Beines.

In unserm Falle bildete, wie auch die Photographie der gesunden Hüfte ergab, der Schenkelhals mit dem Schaft einen abnorm grossen, stumpfen Winkel; mit andern Worten, der Verlauf des Schenkelhalses war ein sehr steiler. Bei der nun zur Fractur führenden Gewalteinwirkung keilte sich der sehr steil gestellte Schenkelhals in die obere Partie des Trochanter major ein, und zwar so, dass Schenkelhals und Femurschaft fast eine gerade Linie bildeten. Hieraus resultirte die Verlängerung des Beines um 2 cm, während bei den Schenkelhalsfracturen, bei denen die Einkellung in den Trochanter im rechten Winkel erfolgt, eine Verkürzung des Beines selbstverständlich ist.