

XX.

Entgegnung auf die Arbeit Lange's „Zur Behandlung des Klumpfusses“.

Von

Prof. **Ferd. Schultze**, Duisburg.

So angenehm, wie es dem Herrn Kollegen Lange gewesen ist, vor Fachgenossen in diesem Archiv seine Methode über Klumpfussbehandlung zu demonstrieren, so lebhaft habe ich seiner Zeit bedauert, dass meine Antwort auf dem Aufsatz Lange's von der Münchener medizinischen Wochenschrift abgelehnt wurde mit dem Bemerkten: „Ihre mir heute zugegangene Arbeit würde jedenfalls eine längere Auseinandersetzung mit Herrn Prof. Lange zur Folge haben, wie ich zurzeit mit Rücksicht auf unsern sehr in Anspruch genommenen Raum nicht veranlassen möchte. Ich kann mich daher nicht entschliessen, von Ihrem M. S. Gebrauch zu machen.“ So schreibt der Redakteur der Münchener medizinischen Wochenschrift, Herr Hofrat Dr. Spatz. Dieser Standpunkt der Redaktion ist höchst einseitig, und dürfte wohl kaum den offiziellen Gepflogenheiten entsprechen.

Sollte nicht zurzeit, als Herr Lange seinen Aufsatz der Redaktion zustellte, ebenfalls Mangel an Raum vorhanden gewesen sein? Die verehrl. Redaktion wird sich vielleicht noch der ganzen Angelegenheit erinnern. Im übrigen glaube ich in der Annahme nicht fehl zu gehen, dass die übrigen Fachzeitschriften den von der Münchener medizinischen Wochenschrift beliebten Standpunkt nicht teilen. Wo ein Wille, da gibts auch Zeit und Raum.

ad 1. Klumpfussbehandlung der kleinen Kinder etc.

Von der Nachbehandlung mit Schienen habe ich seit Jahren Abstand genommen, nachdem ich mich überzeugen konnte, dass dieselben entbehrlich sind, wenn der Fuss vollständig korrigiert wird.

Die Gipsbehandlung des Kindes, auch während der ersten Monate, ist in der Praxis nicht schwieriger wie auf dem Papier. Nach Lange bildet der Dekubitus eine häufige Komplikation, nach meiner Erfahrung gehört derselbe zu den Ausnahmen.

Selbstredend weise ich nicht gut entwickelte Kinder vom Redressement zurück, ein Grundsatz, den ich in der chirurgischen Praxis nie verlassen

werde, es sei denn, dass *Indicatio vitalis* vorliegt. Überall da, wo der Schaden den Nutzen überwiegen kann, wird man sich doch wohl zweckmässig zurückhalten.

Was heisst: „Vorteil eines frühzeitigen Redressements?“ Ich habe mir bisher keinen Vorteil daraus konstruieren können. Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass auch die in späteren Monaten oder Jahren redressierten Füße über einen äusserlich absolut normalen Aufbau verfügen.

Da, wo keine dringende Indikation vorliegt, wird ein nicht gut entwickeltes Kind wohl allgemein keinem operativen Eingriff unterzogen, zumal wenn Befürchtungen vor Dekubitus nicht zu unterdrücken sind. Somit nimmt man vom Redressement des nicht gut entwickelten Kindes Abstand, zumal es wirklich absolut gleichgültig ist, ob das Kind etwas früher oder später korrigiert ist. Der Erfolg ist erfahrungsgemäss tatsächlich ganz derselbe. Die nicht gute Entwicklung des Kindes bietet also eine Kontraindikation für das Redressement.

Was nun das Ekzem angeht, so lässt sich durch gute Einfettung manches erreichen. Durch dauernde Verwendung von Gummihosen ist der Gipsverband urinfrei zu halten. Die vielen Mütter, welche dies beim Gipsverband nicht fertig bringen, werden es auch bei Schienenbehandlung nicht erreichen. Die Möglichkeit der Reinigung einer Schiene bedeutet allerdings einen Vorzug.

Viele Narkosen halte ich nicht für richtig. Es lassen sich die Nachkorrekturen genau so gut ohne Narkose erledigen, vorausgesetzt, dass maschinell gearbeitet wird. Die Kinder bedürfen nur einer kurzen Zeit der stationären Behandlung und werden dann mit einer Vollkorrektur nach Hause geschickt, können wochenlang zu Hause bleiben. Diese Zeit ist wohl nicht lang zu nennen. Auch wenn ein Verbandswechsel vorgenommen wird, genügen einige Tage Aufenthalt im Hospital.

Zur Muskelatrophie.

Soll denn nun die Atrophie der Muskulatur wirklich an die Ruhe im Gipsverband gebunden sein, oder sollte dieselbe nicht doch schon bestanden haben?

Ich bin der Meinung, dass das letztere der Fall ist. Die „zündholzähnlichen Unterschenkel“ findet man meistens nicht bei den im 1. Jahr korrigierten Patienten, sondern das sind die Opfer entweder einer unendlich lang ausgedehnten Behandlung, oder einer Spätbehandlung. Dass durch Verband jede Muskulatur leidet, ist nicht zu bestreiten. Die kleinen Kinder überwinden dies jedoch bald und entwickeln sich sehr gut. Bleibt der Muskel in der Entwicklung zurück, so ist es auch nicht tragisch zu nehmen, schlimmstenfalls ist dies nur ein kosmetischer Defekt im anatomischen Aufbau. Die Funktion und Leistungsfähigkeit leidet darunter nicht.

An Schienen, sowohl für den Tag wie für die Nacht, ist schon viel konstruiert worden. Auch ich habe in früheren Jahren mit Retentionsapparaten eigener Konstruktion gearbeitet, bin jedoch davon zurückgekommen, nachdem durch die Vollkorrektur die Entbehrlichkeit bewiesen war. Die Gehschiene

ist ebenfalls zu entbehren, deren Wirksamkeit soll jedoch nicht bestritten werden. Nach meiner Ansicht muss unser Bestreben in der orthopädischen Chirurgie dahin gehen, die Apparatotherapie tunlichst einzuschränken. Es gilt dies sowohl von den Reduktions- als von den Retensionsapparaten. Auch beim Klumpfuß ist dies zu erreichen. Ich zweifle garnicht daran, dass auch Lange es erreichen wird, wenn er nach der von mir angegebenen Methode korrigiert.

„Die Wunde und der aseptische Verband, der nach der Tenotomie notwendig ist, erschwert das Redressement des Klumpfußes im Gipsverbande,“ sagt Lange. In der Tenotomie ist doch wohl kaum ein erschwerender Umstand zu erblicken, zumal wenn das Redressement fertig ist. Aber nach der Tenotomie wird nicht mehr redressiert. Es wird höchstens noch eine Bewegung im Sinne der Dorsalflexion gemacht. Der Fuß muss modelliert sein, bevor ich die Tenotomie ausführe. Also von Erschweren des Redressement kann füglich keine Rede sein. Die Tenotomie bildet den Schluss der Behandlung, wie dies jetzt wohl allgemein anerkannt und bereits von mir im Jahre 1893 nachdrücklich betont worden ist. Einerseits, um die stets vorhandenen Gleichgewichtsstörungen der Muskulatur zu beseitigen, andererseits, um die Entwicklung des Calcaneus, das letzte Hindernis, zu nehmen — und dies halte ich für sehr wichtig — muss die Tenotomie verlangt werden.

„Geschicklichkeit“, welche Lange von dem Arzt verlangt, würde ich es nicht nennen. Die Klumpfußkorrektur ist kein Kunststück, sie erfordert nur eine langjährige Erfahrung. Der Arzt muss sich eingearbeitet und mit bestimmten Manipulationen vertraut gemacht haben, um eine Korrektur sachgemäss auszuführen. Es gibt sehr viele geschickte Operateure, welche eine Vollkorrektur des Klumpfußes nicht fertig bringen, nur weil sie sich mit der Materie nicht genügend befassen und sich nicht einarbeiten.

— Weiterhin schildert Lange als Vorzug seiner Methode die stete Kontrolle des Fußes wegen Dekubitus und Ekzem, ferner die besseren Endresultate. —

Die Gefahr des Dekubitus besteht wesentlich nach dem 1. Redressement, also während der ersten 10 Tage. Wird aber bei der Verbandslage alles beobachtet, was zur Verhinderung des Dekubitus Beachtung finden soll, so ist die Dekubitusgefahr auf ein Minimum reduziert, wenn nicht ganz ausgeschaltet.

Was nun die besseren Endresultate angeht, so bin ich mit einem Normalfuß, welchen ich erstrebe und erreiche, zufrieden. Dieses vornehmste Endziel wird allgemeine Zustimmung finden müssen. Was gerade die Formen angeht, so verweise ich auf Nr. 13, ferner auf Nr. 16, 20, 24, 27 der Bilder Lange's. Diese Füße haben, nach der Abbildung zu urteilen, keine vollendete Form. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn diese Füße noch eine geschwungene Fußsohle präsentieren. Ist letzteres der Fall, so liegt nach meiner Ansicht keine Vollkorrektur vor. Auch sehe ich bei den erwähnten Bildern eine Varusstellung der Zehen. Diese patholo-

gische Stellung muss ebenfalls beseitigt sein, um den Fuss unter normale Bedingungen zu stellen.

Zur Beurteilung der Vollkorrektur ist die Abbildung der Fusssohle von besonderer Wichtigkeit, eine Schwingung wird hier sofort sichtbar. Figur 16 bietet uns ein Bild, welches als Halbkorrektur bezeichnet werden muss. Figur Nr. 20 zeigt uns am linken Fuss keine Vollkorrektur.

In Nr. 27 ist ganz besonders eine Varusstellung der grossen Zehe ausgeprägt. Als Vorkorrekturen eines Klumpfusses kann keines der von Lange angeführten Beispiele Nr. 13, 16, 20, 24 und 27 anerkannt werden, auch Lange muss sich bei genauer Kritik diesem Urteile anschliessen.

Ob die Varusstellung, welche merkwürdigerweise allenthalben scharf zum Ausdruck gelangt ist, eine Folge der Bandagenbehandlung ist, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Die Möglichkeit liegt aber nahe. **Auf keinen Fall sind die von Lange aufgeführten Abbildungen beweiskräftig für seine Methode der Bandagenbehandlung.**

ad 2. Die Klumpfussbehandlung der älteren Kinder und der Erwachsenen.

Lange verordnet auch dieser Gruppe eine Nachtschiene zur Nachbehandlung. Eine solche Indikation habe ich niemals gefunden, ohne dass darunter meine Resultate irgend Schaden genommen hätten.

Nicht einverstanden kann ich mich erklären mit der Ansicht Lange's über die bei der Therapie zu verwendenden Instrumente. Die Konstruktion des Apparates ist für die Therapie absolut nicht gleichgiltig. Hier ist der springende Punkt.

Unsere jetzigen Osteoklasten haben wohl sämtlich das gemeinsam, dass sie wesentlich die Adduktionsstellung des Fusses beseitigen. Die weitere Ausmodellierung erfolgt dann meist manuell. Die Überführung aus der Plantarflexion in die Dorsalflexion wird durch keinen Osteoklasten genügend bewirkt. Zu diesem Zwecke habe ich den von mir jetzt Osteoklast Schultze Nr. II genannten Apparat konstruiert. Sowohl für kleine als für grosse Füsse lässt sich der Apparat verwenden. Die Schwierigkeiten des Redressements werden dadurch vereinfacht, dass die Hand des Operateurs die Führung des Fusses beibehält, jeden Widerstand einstellt, und während der Gewalteinwirkung des Osteoklasten in der Pause nach Bedürfnis die Stellung des Fusses ändert. Unter dem Schutz der Gummimehlkissen habe ich bisher noch immer die schwersten Gewalteinwirkungen im Osteoklasten ohne Nachteil, zum Vorteil meiner Patienten ertragen. Noch in der vorigen Woche konnte ich einen 36jährigen doppelseitigen Klumpfuss korrigieren. Ich tendiere nicht dahin, jeden Fuss in einer Sitzung gerade zu richten, sondern ganz nach Lage des Falles folgt eine II. oder auch III. Sitzung. Es gibt jedoch auch Erwachsene, welche in I. Sitzung redressiert werden. In vorliegendem Falle wurde in I. Sitzung die Adduktion beseitigt und nach 8 Tagen die vorhandene hochgradige Spitzfussstellung. Bekanntermassen verlangt die Korrektur dieser Stellung eine gewaltige Krafteinwirkung. Unser Osteoklast hat laut Kontrolle der Assistenten jeden Fuss in 15 Minuten korrigiert.

Bemerken will ich, dass es sich nicht um brüske Aufrichtung des Fusses handelt, sondern um eine Korrektur durch allmähliche und schonend wirkende Gewalt. Durch diesen Apparat sind die grossen Schwierigkeiten, welche Lange unter Hinweis auf alle Fachgnossen nicht mit Unrecht betont, aus dem Wege geräumt.

Das Einreissen der Haut muss tunlichst vermieden werden. Eine Tenotomie der plantarwärts liegenden Widerstände ist hier von grösstem Vorteil.

Was nun die unangenehmen Zufälle angeht, so werden diese uns wohl leider nicht erspart bleiben. Wir müssen vorsichtig und massvoll arbeiten. Das glaube ich mit meinem Apparat, welcher als Präzisionsapparat wirkt, erreicht zu haben. Derselbe bedeutet nichts anderes, als die Übertragung der beim Redressement des Klumpfusses ausgeführten Manipulationen auf die Maschine.

Die im Handbuch der orthopädischen Chirurgie, und in der neuesten Auflage des Lehrbuches von Hoffa vorhandenen Abbildungen präsentieren das erste Modell. Durch den weiteren Ausbau hat der Apparat seine jetzige hohe Leistungsfähigkeit erreicht, welche sowohl in der Behandlung der jüngsten, als der ältesten Klumpfüsse durch die vollendete Korrektur zum Ausdruck gebracht wird.
