

XXI.

Ueber Resection des Hüftgelenks bei Arthritis deformans.

Von

Dr. D. G. Zesas
in Bern.

Die deformirende Coxitis giebt bekanntlich recht selten Anlass zu einer Resection des afficirten Hüftgelenkes. Dies hat einerseits seinen Grund darin, dass die Affection hauptsächlich bei älteren Personen vorkommt, die sich nicht mehr gerne einem chirurgischen Eingriffe unterziehen, anderseits, dass die Krankheit selbst selten einen derartigen Charakter annimmt, um eine Operation zu rechtfertigen. Unsere Erfahrungen über die Leistungen der Hüftgelenkresection bei der in Rede stehenden Affection sind daher mangelhaft geblieben und die sich ihr anknüpfenden Fragen harren noch der Beantwortung entgegen.

Eine im Frühjahr 1885 durch Herrn Dr. Niehans auf dessen chirurgischer Abtheilung im Inselspital zu Bern ausgeführten Resection des Hüftgelenkes bei einem 60jährigen mit Coxitis deformans behafteten Manne veranlasste uns, in der Literatur nach ähnlichen Fällen zu suchen und deren Operationserfolge kennen zu lernen. Das Ergebniss davon bestand, wie wir im Voraus vermutheten, in einer recht kleinen Zahl, und so mag es wohl des Werthes nicht entbehren, wenn wir in vorliegender Arbeit durch Wiedergabe der in der Literatur zerstreuten Fälle und durch Zugabe des oben angedeuteten neuen Falles den Versuch machen, wenn möglich, einige zuverlässige Daten zu gewinnen. Es sei uns gestattet, mit dem Falle, den wir auf der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. Niehans zu verfolgen Gelegenheit hatten, zu beginnen.

Im Winter 1884 erbat der 59jährige Landarbeiter N. B. aus Walkringen Aufnahme im Inselspital. Er klagte über bedeutende Schmerzen in der rechten Hüfte, die, wie er angab, beim Witterungswechsel an Heftigkeit zuzunehmen pflegten. Sein Gang war etwas hinkend, doch konnte er Stock oder Krücken entbehren, auch hatte er noch kurz vor seinem Eintritt in das Krankenhaus Tagelöhnerarbeiten verrichtet. Die

Untersuchung ergab Folgendes: Patient, von kräftigem Körperbau, gesundem Aussehen und von durchaus gesunder Familie stammend, giebt an, niemals ernstere Krankheiten durchgemacht zu haben, als er im Winter 1883 von Schmerzen in der rechten Hüfte befallen worden sei, die ihn anfänglich besonders des Nachts, seit einem halben Jahre aber continuirlich Tag und Nacht gequält hätten, so dass er, zugleich die Abnahme seiner Kräfte fühlend, sich zur Einstellung seiner Beschäftigung veranlasst gesehen.

Ein ursächliches Moment seiner Krankheit kann Patient nicht angeben; er hat in der afficirten Gegend niemals ein Trauma erlitten. Das rechte Bein erschien etwas verkürzt, nach aussen rotirt und in leichter Flexion gehalten. Druck auf das Gelenk nicht besonders schmerzhaft; bei Bewegungen des Schenkels deutliche Crepitation im Hüftgelenk, hervorgerufen durch Reibung der unebenen rauhen Gelenkflächen, wahrnehmbar. — In der ersten Zeit nach seiner Aufnahme wurde Patient mit 5 proc. Carbol-injectionen behandelt, doch ohne jeglichen Erfolg. Die Schmerzen gewannen an Intensität, so dass Patient die Befreiung davon, „auf welche Art es immer sein möge“, dringend herbeiwünschte. Das Allgemeinbefinden, obwohl sich nie Fieber eingestellt, begann in Mitleidenschaft gezogen zu werden, Appetit und Kräfte sanken, Patient magerte zusehends ab und auch im linken Hüftgelenk begannen sich Schmerzen bemerkbar zu machen. — In Anbetracht des sich steigernden intensiven Schmerzgefühls und des sich verschlimmernden Allgemeinzustandes des Patienten wurde im Mai 1885 nach Langenbeck's Methode zur Resection des rechten Schenkelkopfes geschritten. Nach Eröffnung der Kapsel liess sich der Kopf rau und uneben, seines Knorpels grösstentheils beraubt anfühlen. Der Schenkelhals war mit Osteophyten übersät, die Pfanne erschien glatt, doch etwas erweitert. Der Schenkelkopf musste deshalb unterhalb des grossen Rollhügels abgetragen werden. — Der Wundverlauf gestaltete sich in diesem Falle nicht so günstig, wie wir ihn in der Regel zu beobachten gewohnt sind. Es entstand leichte Eiterung mit Temperaturerhöhungen bis zu 39,4, die aber, ohne schwerere Complicationen zu bedingen, bald zurückging. Mit dem Verschwinden dieser Eiterung änderte sich der Zustand unseres Operirten in erfreulicher Weise. Die Schmerzen verminderten sich, Appetit und Kräfte nahmen zu und circa 8 Wochen nach dem Eingriffe, nach vollkommener Wundheilung, konnte Patient mit Hülfe zweier Krücken im Krankenzimmer herumgehen. Während nun die Schmerzen in dem operirten Gelenk in stetiger Abnahme begriffen waren, schien dieses selbst zum Mittragen der Körperlast wenig Befähigung zu erlangen. Patient vermochte ohne Krücken keinen Schritt zu machen, und es hat sich dieser Zustand trotz Massage- und Elektrisircur, trotz angestrengten Bemühungen und gutem Willen des Patienten nicht ändern wollen. — Der Operirte wurde daher am 1. Mai 1886 in eine Anstalt versorgt, wo er sein Leben zubringt, von seinen qualvollen Schmerzen befreit, doch an die Krücken gebunden.

Bei einem dem Manne im Sommer dieses Jahres gemachten Besuche constatirten wir Folgendes: Das Allgemeinbefinden ist ein vorzügliches, die Schmerzen im operirten rechten Hüftgelenk sind seit der Resection äusserst gering und veranlassen ihn zu keinerlei Klagen; er äussert sich in dieser Hinsicht recht befriedigend über den Erfolg der Operation,

„habe sie ihn doch von den Höllenschmerzen befreit“. — Das rechte Bein ist um 3 Cm. verkürzt, gut ernährt, nur die Gesässmusculatur etwas atrophisch. Beugung circa 40°, Streckung vollkommen, Rotation nur in einem Bogen von circa 15° möglich. Die Muskelkraft des Quadriceps ziemlich gut erhalten, fast ebenso gut wie links. Links: Beugefähigkeit ohne Beckenbewegung circa 50, Streckung vollständig. Rotation wie rechts. Die Schmerzen im linken Hüftgelenk sind gering geblieben. Patient ist immer noch unfähig, sich ohne Krücken (oder rechts Krücke, links Stock) fortzubewegen.

Ohne Stütze kann er während 3—5 Minuten stehen, hält er sich mit der rechten Hand fest, so ist es ihm möglich, ein paar Schritte ohne weitere Stütze hüpfend zu machen.

Ein nennenswerther Fortschritt bezüglich der Functionsfähigkeit der operirten Extremität ist seit der Entlassung des Patienten nicht wahrnehmbar.

Nachdem wir eine kurze Schilderung unserer Beobachtung vorausgeschickt, lassen wir die uns bis dato bekannt gewordenen, wegen Coxitis deformans ausgeführten Resectionen folgen.

C. Fock hat im Jahre 1861 eingehend über einen ähnlichen Fall berichtet, den wir aus Langenbeck's Archiv (Bd. I) entnommen und hier wörtlich wiedergeben. Auf S. 182 heisst es: „Der 49jährige Arbeiter Friedrich Stemmler aus Magdeburg, welcher kräftig gebaut, gut ernährt und von gesundem Aussehen ist, bekam vor beiläufig 26 Jahren einen Schlag durch den Huf eines Pferdes gegen die linke Hüfte; er musste infolge dessen 3 Monate im Militärlazareth zubringen; es wurden kräftige Ableitungen, als Moxen u. s. w., angewandt. Patient giebt an, das Bein sei seitdem etwas kürzer geblieben und er habe oft bei Witterungswechsel Schmerzen in der Hüfte empfunden; doch müssen die objectiv wahrnehmbaren Störungen sehr gering gewesen sein, da Patient später zu den Landwehrübungen herangezogen wurde. Vor 6 Jahren überstand er ein gastrisches nervöses Fieber. Seit dieser Zeit kehrten die reissenden Schmerzen in der Hüfte wieder und nahmen an Heftigkeit zu, so dass Patient im Februar 1859 seine Arbeit (er grub Gräber) nicht mehr versehen konnte; am 9. dieses Monats wurde er in das Krankenhaus aufgenommen. Wir fanden folgenden Zustand: Allgemeinbefinden ohne Störung, kein Fieber. Bei gleicher Stellung der Beckenhälften steht der linke grosse Trochanter um $\frac{3}{4}$ Zoll höher als der rechte, um ebensoviel ist das linke Bein reell verkürzt und wird in mässiger Flexion gehalten. Druck auf die vordere Gelenkgegend und auf den grossen Trochanter nicht schmerzhaft, Druck hinter demselben erregt sehr lebhaft Schmerzen. Bewegungen im Hüftgelenk der Muskelspannung wegen, nicht möglich.

Es wurde eine chronisch-rheumatische Gelenkentzündung angenommen. Oertlich wurden zuerst Schröpfköpfe, später spanische Fliegen und zuletzt das Glüheisen in energischer Weise applicirt, daneben hydropathische Einwicklungen. Innerlich versuchten wir nacheinander Jodkalium, Vinum sem. calichei, Extractum aconiti, Hydrarg. bichlor. corr., Alles

ohne Erfolg. Verkürzung der Extremität und Flexionsstellung nahmen immer mehr zu, die reelle Verkürzung betrug zuletzt $1\frac{1}{2}$ Zoll, dabei war die linke Gesässhälfte flacher, als die rechte und in der Umgegend des Gelenks keine Eiteransammlung zu entdecken. Der Gelenkkopf stand richtig in der Pfanne, bei Bewegungen des Schenkels in der Chloroformnarkose fühlte man im Hüftgelenk zuweilen eine, von der Reibung rauher Flächen bedingte Crepitation. Während der letzten Woche (seit Ende August) nahmen die nächtlichen Schmerzen so überhand, dass Patient jede Nacht $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Gran Morph. acetic. nehmen musste; aber auch hierdurch trat oft noch keine Ruhe ein. Es mag hierbei zu berücksichtigen sein, dass Patient früher dem Genuss der Spirituosen ergeben war und bereits 3 mal an Delirium potatorum gelitten hatte. — Während nun der örtliche Zustand sich allmählich verschlimmerte, blieb das Allgemeinbefinden ungestört, es war keine Spur von Fieber vorhanden. Patient war indess sehr mager geworden, namentlich die Muskeln des linken Beins, welches stets schwächer war, waren auffallend geschwunden. Nachdem wir den Patienten 10 Monate lang ohne allen Erfolg behandelt hatten, mussten wir annehmen, dass bereits eine derartige Degeneration des Schenkelkopfs vorhanden sei, welche durch äussere und innere Mittel überhaupt nicht zur Rückbildung gebracht werden konnte. Es schien uns die Resection das einzige Mittel, wodurch möglicherweise dem Patienten der Gebrauch des Gliedes wiedergegeben werden konnte, während er ohne Operation wahrscheinlich das Bett nicht mehr hätte verlassen können. Die Resection des Schenkelkopfs wurde am 11. October 1859 vorgenommen. Sehr turbulente Narkose. Leicht gebogener Schnitt von 5 Zoll Länge, 2 Zoll über und vor dem grossen Trochanter beginnend und hinter und unter demselben endigend. — Als die Gelenkkapsel eröffnet war, entdeckte der untersuchende Finger, dass der Schenkelkopf sehr breit und am Rande mit Osteophyten umgeben war; es wurden nun die Muskelansätze vom grossen Trochanter gelöst und dann versucht, den Gelenkkopf zu luxiren; dies war der schwierigste Act der Operation; es gelang nach einigen Versuchen unter forcirter Flexion und Rotation des Schenkels nach innen. Der Schenkelknochen wurde unter dem grossen Rollhügel mit der Kettensäge durchtrennt. Die Pfanne erschien, dem Umfange des Kopfes entsprechend, fast um das Doppelte in der Breite erweitert, übrigens glatt; vom Lig. teres keine Spur. Kopf und Hals sind in eine breite, plattgedrückte, aber abgerundete Masse verschmolzen. Es scheint, als wäre der Hals gewaltsam in den Kopf hineingetrieben, und als wäre der Kopf dadurch breitgedrückt; der Rand desselben umgiebt den verkürzten rudimentären Hals in Form eines Pilzes, indem er umgeworfen, rau und mit zahlreichen Osteophyten besetzt erscheint. Auch am grossen Trochanter noch einzelne Knochenwucherungen. Die obere Fläche des Kopfes erscheint zwar abgerundet, aber doch uneben und hier und da mit kleinen Auflagerungen versehen. Der Knochen fühlte sich nach der Maceration wachsig und sehr fettig an. Umfang des Kopfes $9\frac{1}{4}$ Zoll. Blutung bei der Operation unbedeutend; zwei kleine Muskelarterien wurden unterbunden. Vereinigung und Verband der Wunde wie im vorigen Falle. Rückenlage auf einer Matratze. Die Reaction war überraschend gering, nur in den ersten 8 Tagen nach der Operation war eine, allerdings sehr

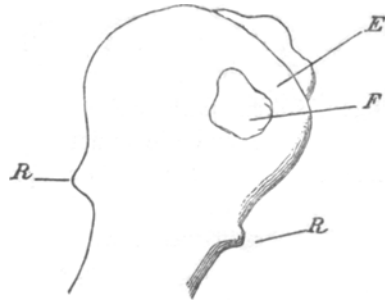
mässige Zunahme der Pulsfrequenz bemerkbar, indem die Zahl der Pulsschläge nur 88 in der Minute betrug. In 7 Monaten war die Wunde völlig geheilt, obgleich die Heilung noch dadurch verzögert wurde, dass Patient am 11. December, wahrscheinlich durch Inficirung von anderen, die Rose an der Wunde bekam, welche sich unter Erregung von lebhaftem Fieber bis zur Fussspitze herab erstreckte. In der 10. Woche nach der Operation fing Patient an aufzustehen und mit Krücken umherzugehen. Während der ersten Wochen nach der Operation klagte Patient noch viel über die früheren reissenden Schmerzen, welche in der Hüftgegend anfangen und sich am Schenkel herunter erstreckten; später haben sich dieselben ganz verloren und Patient ist wieder wohlgenährt und kräftig geworden. Die Verkürzung beträgt 2 Zoll (links). Zwischen dem oberen Ende des Schenkelbeines und dem Darmbeine ist eine Gelenkverbindung erfolgt, welche ausgiebige Bewegungen nach allen Richtungen zulässt, am wenigsten frei ist auch hier die Abduction. Die activen Bewegungen des Schenkels waren anfangs wegen der vorhandenen Muskelschwäche sehr mühsam und nur in geringem Grade möglich; sie haben sich indess fortdauernd gebessert, so dass die Hoffnung vorhanden ist, dass die Gebrauchsfähigkeit der Extremität mit der Zeit recht befriedigend werden wird. Mit einem um $1\frac{1}{2}$ Zoll erhöhten Schuh tritt Patient zwar auf, doch bedarf er gegenwärtig noch der Krücken zur Stütze, da die linke Extremität die Körperlast noch nicht allein zu tragen vermag.“

Küster beschreibt in seinem bekannten Werke: „Ein chirurgisches Triennium“, eine Resection des Hüftgelenks wegen Coxitis deformans, wie folgt: „Albert Rösler, 16 Jahre, Schlosserlehrling, aufgenommen 16. März 1877, hat am 21. März 1876 eine linksseitige Hüftgelenksverrenkung erlitten, welche im Augustahospital sofort reponirt wurde. Schon während der Heilung klagte Patient über fortwährende Schmerzen, wurde auch mit etwas hinkendem Gang entlassen. Als er sich ein Jahr später wieder vorstellte, hinkte er erheblich, das Bein erschien verkürzt und nach aussen rotirt, der Kopf konnte bei sorgfältiger Untersuchung nach vorn und innen, gegen den horizontalen Schambeinast hin verschoben gefühlt werden. Zugleich klagte Patient über häufige Schmerzen in der Hüfte. Ich gestehe offen, dass ich bei diesem sonderbaren, der ursprünglichen Luxation ganz entgegengesetzten Befunde an Arthritis deformans gar nicht gedacht habe; ich hielt nur die eine Erklärung für zulässig, dass eine bei der ursprünglichen Verletzung übersehene Fractur des vorderen Pfannenrandes den Anlass zur nachträglichen Verschiebung gegeben habe. Es hätte freilich auffallen müssen, dass die Fractur vorn und nicht am hinteren Rande, der Austrittsstelle des Kopfes entsprechend, gelegen war, ferner, dass nach der Reposition des Kopfes keine Neigung zur Wieder-verschiebung bemerkt worden war. Dennoch stellte ich die Diagnose auf Luxatio publica incompleta infolge von Pfannenrandbruch und ergriff in dieser unrichtigen Voraussetzung meine Maassregeln. Mehrfach wiederholte Versuche, in der Narkose eine Besserung der Stellung zu erzielen, blieben selbstverständlich ohne Erfolg, und so entschloss ich mich denn am 17. April 1877 zur probatorischen Incision des Hüftgelenks, um eventuell direct auf den verschobenen Kopf einwirken zu können. Indessen nach Eröffnung des Gelenks durch den hinteren Resectionsschnitt fand

ich zu allgemeiner Ueberraschung, dass der Kopf vollkommen in der Pfanne stand, nur war weder Pfanne noch Kopf normal. Die Pfanne war ziemlich stark, besonders nach vorn erweitert, so dass hierdurch sich die abnorme Stellung des Kopfes erklärte. Der Kopf selbst war difform, seines Knorpels grösstentheils beraubt, mit polirten Schliffflächen und unregelmässigen Vertiefungen; um den Hals herum mässige Entwicklung von Osteophyten. — Es erschien hiernach das Zweckmässigste, die Resection vorzunehmen, um den Process zum Stillstand zu bringen. — Absägung des Gelenkkopfes. — Der Verlauf war nicht einfach. Unter hohem Fieber bildeten sich Eitersenkungen nach dem Oberschenkel hin, welche zahlreiche Incisionen nöthig machten. Endlich blieb eine hartnäckige, bis in die Pfannengegend führende Fistel, welche erst nach zahlreichen Ausschabungen sich schloss. Bei der Entlassung am 12. November 1877 war das functionelle Resultat vorzüglich. Das Gelenk war beweglich, Patient ging mit wenig erhöhter Sohle, ohne zu hinken. —

Im Jahre 1878 kehrte er noch 4 mal zurück, da die Fistel immer wieder aufbrach. Seit der letzten Entlassung, Anfangs Januar 1879, ist sie indessen dauernd geschlossen geblieben, und hat Patient sein bewegliches und brauchbares Gelenk behalten.“

Der letzte hier anzuführende Fall, den uns Herr Dr. Riedel in Aachen mitzuthellen die Freundlichkeit hatte, stammt aus dessen Praxis und lautet: „Ein 17jähriges Mädchen bemerkt, dass ihr rechtes Bein seit circa 2 Jahren, angeblich nach einem Sprunge, auf den sie sich aber nicht genauer zu besinnen weiss, langsam kürzer geworden ist und sich nach aussen gedreht hat. Status praesens vom 20. Februar 1887: 4 Cm. reelle Verkürzung, volle Rotation des Beines nach aussen, so dass der Fuss auf der lateralen Seite aufliegt. Trochanter überragt die Nélaton'sche Linie um 2 Cm., Kopf dicht unter der Spina ant. sup. sichtbar, bei Bewegungen auch fühlbar. Flexion frei, Ab- und Adduction mehr oder weniger behindert, Rotation nach innen sehr wenig. 26. Februar 1887 Resection durch Schnitt, von vorn unter der Spina ant. sup. beginnend, wobei man sofort auf den Kopf kommt, der in einer nach vorn und oben gewanderten Pfanne steckt, während das Lig. teres hinten in der Fossa acetabuli seinen Ursprung behielt, stark gedehnt von hinten nach vorn verläuft. Das Lig. teres ist ödematös, gut 1 Cm. dick. Schenkelhals fehlt fast ganz, der rundliche Kopf hat makroskopisch keine Epiphysenlinie, ist also beinahe geschwunden. Bei der mikroskopischen Untersuchung entdeckt man den Rest der Epiphysenlinie, bestehend in einer schmalen Knorpelzone mit eingelagerten runden Zellen, ohne Proliferationserscheinungen, dicht unter der Oberfläche des Gelenkknorpels (E). Grössere Partien des Kopfes (F)



sind ganz durch Fettgewebe ersetzt, im Uebrigen besteht er aus normaler Spongiosa. Deutliche Randwülste (*RR*) trennen Kopf vom Hals. Der Knorpel ist in seinen oberflächlichsten Schichten in seiner Grundsubstanz aufgefasert, mit kleinen Zellen durchsetzt, die keine Aehnlichkeit mehr mit Knorpelzellen haben. Reactionsloser Verlauf. Die Wunde ist jetzt bis auf einen schmalen, granulirenden Streifen geschlossen. Patientin liegt noch, so dass über den Erfolg der Operation noch nichts zu sagen ist.“

Soweit die Casuistik! — Unsere Nachforschungen ergaben leider keine grössere Zahl hierhergehörender Fälle und sind derselben nicht leicht endgültige Schlussfolgerungen zu entnehmen, zumal die letzten zwei Fälle von Küster und Riedel, ersterer wegen Mangel an späterem Bericht über den Gesundheitszustand des Patienten, letzterer wegen der kurzen, seit der Operation verflossenen Spanne Zeit, wenig dazu beizutragen vermögen. Es bleiben demnach nur die Beobachtung Fock's und die unsrige. In beiden Fällen handelt es sich um eine Coxitis deformans mit dem Unterschiede, dass der Fock'sche Fall als eine Arthritis deformans traumatica aufzufassen ist, da Patient vor circa 26 Jahren einen Schlag durch Pferdehuf gegen die erkrankte Hüfte erlitten, während unser Patient eine traumatische Einwirkung entschieden in Abrede stellt, bei ihm also die Affection eher als Arthritis def. idiopathica bezeichnet werden kann. Ob diese beiden Formen von Arthritis thatsächlich zwei durchaus verschiedene Krankheiten bedeuten, was von gewiegter Seite behauptet wird, müssen wir in Abwartung weiterer Beobachtungen dahingestellt lassen. Zu Gunsten solcher Annahme soll die Thatsache sprechen, dass die traumatische Form fast ausschliesslich monoarticulär, die idiopathische Arthritis, welche auf eine Erkrankung des Rückenmarks zurückgeführt wird, daher auch mit dem Namen „spinale Form“ belegt ist, meist polyarticulär aufzutreten pflege. Neben diesen klinischen Erfahrungen sollen pathologisch-anatomische Unterschiede existiren, welche die eine und die andere Form charakterisiren.

Die Fragen, die mehr das praktische Interesse des Chirurgen beschäftigen und denen wir auf Grund dieser allerdings sehr schmalen Casuistik näher zu treten wünschen, sind folgende:

1. Werden die Schmerzen, welche die Hauptklage der mit Coxitis deformans behafteten Patienten bilden, durch die Resection des Hüftgelenks beseitigt?
2. Wird das neugebildete Gelenk vielleicht nicht später von derselben Affection befallen?
3. Wie verhalten sich die functionellen Resultate einer unter obengenannten Umständen vorgenommenen Hüftgelenkresection?

Versuchen wir ihre Beantwortung!

Bezüglich des ersten Punktes erfahren wir aus der Beobachtung Fock's, dass Patient, welcher nächtlicher Schmerzen wegen jede Nacht $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Gran Morphium nehmen musste und trotzdem oft noch keine Ruhe fand, durch die Resection vollständig von seinen Schmerzen befreit wurde. Bei unserem Kranken verloren sich die Schmerzen bald nach der Operation fast gänzlich und sind seit dem Eingriffe so gering geblieben, dass sich Patient deshalb zu keinerlei Klage veranlasst fühlt. — Ein gleich günstiges Resultat ergab die Resection des Ellenbogengelenks bei einer mit Olenitis deformans behafteten Dame, die sich nur der grossen Schmerzen wegen zur Operation entschloss und durch sie dauernd von denselben erlöst wurde. Im Falle Küster's wird auch von „häufigen Schmerzen in der Hüfte“ berichtet; ob der Eingriff sie beseitigte, ist leider nicht bemerkt.

Fragen wir weiter: Wie steht es mit dem Recidiv?

Die bisher publicirten Fälle geben uns bezüglich dieser Frage keine genauen Aufschlüsse. Unser Patient ist seit der nun bald vor $2\frac{1}{2}$ Jahren stattgehabten Operation bis dato, wie wir uns persönlich überzeugen konnten, ohne Recidiv geblieben, und ziehen wir die diesbezüglichen Erfolge der Resection bei anderen an Arthr. deform. erkrankten Gelenken in Betracht, so erscheint uns die Prognose der Operation auch in diesem Punkte zu Gunsten der Frage zu entscheiden.

Wir sind in der Lage, von einem Falle von Arthr. deform. cub. berichten zu können, der vor circa 5 Jahren durch Resection behandelt, bis heute von Recidiv verschont geblieben ist. Auch Herr Dr. Riedel theilte uns einen Fall von Resection des Kiefergelenks wegen Arthr. deform. mit, der vor 4 Jahren operirt, gleichfalls von keinerlei Recidiv gefolgt war.

Wir kommen zur letzten, die functionellen Resultate der Operation betreffenden Frage.

Während wir die Prognose der Resection bezüglich der die Affection in hohem Maasse begleitenden Schmerzen und hinsichtlich der Recidivfrage als eine günstige bezeichnen möchten, können wir für ihre functionellen Resultate das Nämliche nicht geltend machen. Leider lässt uns auch hierin die Casuistik ohne genauere Nachrichten, da der Publication sämmtlicher Fälle keine längere Beobachtung der betreffenden Patienten vorausgegangen; doch lesen wir im Fock'schen Bericht, „dass Patient noch der Krücken zur Stütze bedürfe, weil die linke Extremität die Körperlast noch nicht allein zu tragen vermöge“. Im Falle Küster heisst es: „Patient hat ein bewegliches und brauchbares Gelenk behalten“, ob er auch ohne Stützapparat

gehen kann, ist nicht bemerkt. Die Functionsresultate der Resection in unserem Falle gehören ebenfalls nicht zu den erfreulichsten. Patient vermag sich ohne Krücken nicht fortzubewegen, die rechte Extremität hat die Befähigung des Mittragens der Körperlast verloren trotz des guten Allgemeinbefindens und des guten Zustandes der Gesamtmusculatur des Operirten. Ob die Schuld dieses ungünstigen Resultates im Alter des Patienten oder in der Affection selbst liegt, welche möglicherweise die Entwicklung eines tragfähigen Gelenks verhindert, vermögen wir aus Mangel an reichlicherer Erfahrung nicht zu bestimmen; nichtdestoweniger erinnerte uns die letzte Untersuchung unseres Operirten lebhaft an die Aeusserung eines erfahrenen italienischen Chirurgen, anlässlich einer Discussion über die Leistungen der Hüftgelenkresection bei deformer Coxitis.

„Die Resection des Hüftgelenks bei Arthritis deformans befreit den Kranken von seinen Schmerzen, verurtheilt ihn aber für den Rest seines Lebens zu den Krücken.“
