

V.

Zur Behandlung der Zehenstellungsanomalieen.

Von

Dr. H. Ebbinghaus.

Chefarzt des städtischen Johanniter-Krankenhauses zu Altena i. W.

Mit 4 Abbildungen auf Tafel I.

Die Zahl der missgebildeten Füße, die ihre hauptsächlichste Ursache in fehlerhaftem Schuhwerk haben, ist eine derart grosse, dass man als Orthopäde fast an klassischen Normalfüssen suchen muss. Besonders in der Damenwelt findet man nicht selten in den herrlichsten Seidenschühchen Fussformen, die in Erschrecken setzen können. Möglich, dass darin die Baarfuss-tänzerinnen in der Folgezeit Wandel schaffen und sich dadurch orthopädisch verdient machen! Wenn auch in den meisten Fällen die Fussverkrüppelung nur als leicht verdeckbarer Schönheitsfehler gilt und nicht besonders beachtet wird, wenn durch die Pediküre von Zeit zu Zeit die mancherorts sich bildenden Hühneraugen und Schwielen entfernt sind, so können sich doch an die Anomalieen bekanntermassen Krankheitszustände anschliessen, die ärztliche Hilfe dringend erfordern; nicht näher eingehen will ich hier auf die mancherlei Entzündungen und Abszesse der Schwielen, Schleimbeutel u. dergl.

Jede dauernde Veränderung oder Verschiebung im Bereich der drei Stütz- und Tragpunkte des Fussgerüsts muss eine sekundäre Umformung des Fuss skeletts bedingen, welche die Gefähigkeit, die Abwicklung des Fusses oder doch mindestens die Elastizität des graziösen Ganges beeinträchtigt.

Für die beiden vorderen Stützpunkte des Fuss skeletts, die Köpfchen der Mittelfussknochen der grossen und der kleinen Zehe, sind diese beiden Zehen selbst von grosser Wichtigkeit, dienen sie doch als Strebe- und Stempfeiler beim Auftreten und gewissermassen als Abstossfedern bei der beim Gehakt einsetzenden Abwicklung des Fusses. Jede Lage- und Richtungsänderung dieser Zehen muss daher nach dem bekannten Parallelogramm der Kräfte die Wirkung ihrer Kräftefaltung und Leistungsfähigkeit in diesen Beziehungen verändern.

Ein Blick auf die nebenstehenden Fuss skizzen lässt uns diese Form der Füße als eine fast alltägliche Beobachtung erkennen: den Hallux valgus und den Digitus minimus varus. Während erstere Form meist bei Hauptbelastung des inneren Fussrandes auftritt und den Plattfuss vergesellschaftet,

findet sich die zweite mehr bei Klump- und Hohlfüssen. Das innere bzw. äussere Fusssohlengewölbe sind oder werden durch die beiden Stellungsanomalieen geschädigt, die statischen Verhältnisse des Fusses erleiden ausschlaggebende Veränderungen; die Gehfähigkeit wird beeinträchtigt, bei stärkerer Inanspruchnahme der Füße, wie sie bei der Arbeit unausbleiblich ist, erschwert oder unmöglich. Auf der Valgität des Grosszehengrundgelenks, auf der Varität des Kleinzehengrundgelenks oder auf dem kleinen Zehen selbst treten Entzündungen von Schwielen und Schleimbeuteln auf, wodurch die Gebrauchsfähigkeit des Fusses aufhört.

Soviel über das Krankheitsbild, dessen einzelne Etappen oft genug Grund zur ärztlichen Inanspruchnahme bieten!

Selbstverständlich kann die symptomatische Behandlung in solchen Fällen nicht vor Rezidiven schützen, die Kausaltherapie kann nur eine orthopädische oder chirurgische sein. Wenn bislang hierbei jedoch hauptsächlich der Hallux valgus angegangen wurde, so liegt der Grund dafür in den durch ihn bewirkten häufigeren und schwereren Gehstörungen.

Als orthopädische oder chirurgische Verfahren nenne ich nur: bei Hallux valgus: Schienungen aller Arten, mit oder ohne Zug durch den Schuhrand; einseitige oder beiderseitige Resektion der Grosszehengrundgelenksenden mit oder ohne Exstirpation des Schleimbeutels; Tenotomien; Abmeisselung des ganzen vorspringenden Valgusknochenwinkels etc. Bei den schweren Störungen des Digitus minimus varus und den oft unerträglichen Hühneraugenschmerzen bleibt nach meist vergeblichen Tenotomien u. dergl. oft nur die Exartikulation der kleinen Zehe mit oder ohne Resektion des Köpfchens des Metatarsus quintus.

Alle diese Methoden, das beweist schon ihre grosse Zahl, sind unsicher im Erfolg, z. T. entstellend im Resultat, langwierig und durch die möglichen Komplikationen nicht vollkommen ungefährlich, wie man es doch billigerweise von einem Verfahren, welches auch aus kosmetischen Gründen angewandt werden könnte, verlangen kann.

Der Verdienst, einen neuen therapeutischen Weg beim Hallux valgus mitgeteilt zu haben, gebührt Ludloff, der auf dem diesjährigen Berliner Orthopäden-Kongress eine ebenso einfache, wie sinnreiche Behandlungsmethode mitteilte, nämlich die Schrägosteotomie des 1. Metatarsus; hierdurch wird in der einfachsten Weise möglich, den nach aussen vorspringenden exponierten Knochenwinkel am Grosszehengrundgelenk zu einem nach innen nach dem 2. Metakarpus zu gerichteten, unexponierten zu machen. Neben der Einfachheit der Methode ist noch ein grosser Vorteil der, nicht an der Stelle der meist mit Schwielen und Schleimbeuteln besetzten Grosszehenbasis, die so schwer zu desinfizieren und aseptisch zu halten ist, operieren zu müssen, sondern an einer reinen, leicht zu sterilisierbaren Hautstelle den kleinen Schnitt anlegen zu können. Durch Stellung der Fragmente in einen leicht nach unten zu konkaven Winkel kann auch noch auf Wiederherstellung des medialen Fussgewölbes bis zu einem gewissen Grade hingewirkt werden.

Die Resultate des ungefährlichen Eingriffs scheinen, wie auch der Autor der Methode angibt, die besten zu sein, wie mir ein Fall, den ich unlängst operierte, bestätigte. Es handelte sich um ein älteres Fräulein, das an schwerem Hallux valgus mit fistulöser Schleimbeutelentzündung am Grosszehengrundgelenk litt, wodurch es völlig arbeits- und gehunfähig wurde. Neben der Ludloff'schen Schrägosteotomie des 1. Metatarsus wurde hier noch die Exstirpation der vereiterten Bursa, sowie Sehnenverlängerungen der Grosszehensensoren nach Beyer gemacht. Trotzdem konnte die Dame schon nach 5 Wochen mit bestem funktionellen und kosmetischen Resultat entlassen werden. Beistehendes Röntgenogramm wurde bei der Entlassung aufgenommen.

Soviel mir bekannt ist, ist ein ähnliches Verfahren bei dem Digitus minimus varus bislang nicht angewandt, wenigstens nicht mitgeteilt worden.

Nichts liegt nun näher, als den Ludloff'schen Gedanken auf die seitlichen Deviationen der anderen Zehen, — und eventuell auch auf die Finger, — zu übertragen, d. h. bei derartigen Verbiegungen der Zehen oder Finger stets den Angriffspunkt für die Korrektur in die Diaphyse des zugehörigen Mittelfuss- bzw. -handknochens zu verlegen.

Die dorso-plantaren Abweichungen, wie z. B. die Hammerzehen dürften sich wegen der nach der Reposition ungedeckt liegenden Knochenvorsprünge, die beim Auftreten exponiert liegen, nicht für diese Operationsart eignen.

Ein Fall von schwerem Digitus minimus varus, den ich nach dem obigen Gedankengang zu operieren Gelegenheit hatte, hat den Kranken und mich, sowohl was das funktionelle, wie das kosmetische Resultat angeht, ausserordentlich befriedigt, es sei mir daher gestattet, das angewandte Verfahren kurz zu schildern: Es handelte sich um einen 18jährigen gesunden jungen Mann, der an doppelseitiger Hohlfussanlage litt, die indessen während der ganzen Jugend niemals die geringsten Gehbeschwerden machte. In der letzten Zeit trat nun, wohl infolge stärkerer Inanspruchnahme der Füße bei der Arbeit, allmählich eine erhebliche Schwäche und verstärkte Müdigkeit im linken Fuss und Bein ein, die den jungen Mann zum Hinken zwang und eine langsame Abmagerung des Beines bedingte.

Die wenig auffallenden Hohlfussformationen waren beiderseits gleich, nur hatte, im Gegensatz zu der rechtsseitigen normalen Zehenstellung, der linke Fuss einen ausgesprochenen Digitus minimus varus, der, wie oben skizziert, über dem benachbarten 4. Zehen lag. — Es wurde die Schrägosteotomie des 5. Metatarsus ausgeführt in Verbindung mit einer geringen Verlängerung der Extensorensehnen der 5. Zehe nach Beyer, da auch eine geringe Dorsalrichtung der Zehengrundphalanx, die ja bei Hohlfuss nicht selten ist, bestand. Es wirkte nach der Operation geradezu überzeugend; wie die 5. Zehe nunmehr in jede gewünschte Stellung gebracht werden konnte und darin ohne jede Rückfederung verharrte. Selbstredend wurde die Zehe für etwa 14 Tage auf einer lineären Schiene in leicht überkorrigierter Stellung gestreckt gehalten.

Zu der Operation selbst sei noch erwähnt, dass ich in beiden Fällen einen schmalen, sehr scharfen Meissel verwandte und nicht, wie Ludloff empfiehlt, eine kleine, an einem Handgriff befestigte kreissegmentartige Säge.

M. E. ermöglicht ein solcher Meissel bei, wie aus dem Röntgenbilde ersichtlich, Vermeidung jeglicher Splitterung des Knochens, mit einem minimalen Schnitt auszukommen und gewissermassen subkutan zu operieren, was bei Anwendung der Operation auch aus rein kosmetischen Gründen, der ich sehr das Wort reden möchte, doch unbedingt in Betracht kommt.

Jedenfalls meine ich, der Ludloff'schen Operation bei Hallux valgus und der oben angegebenen Erweiterung derselben auch bei anderen seitlichen Zehenstellungsanomalieen, insbesondere bei dem so überaus häufig vorkommenden Digitus minimus varus, zur Besserung statisch-funktioneller Beschwerden sowohl, wie aus kosmetischen Gründen, für weitere umfangreiche Nachprüfungen bei allen Orthopäden warm das Wort reden zu sollen.
