



Ueber
die Resection des Hüftgelenks.

Inaugural-Dissertation
der medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt

von

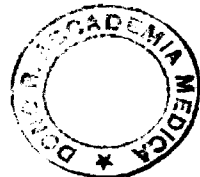
A. Gutbier

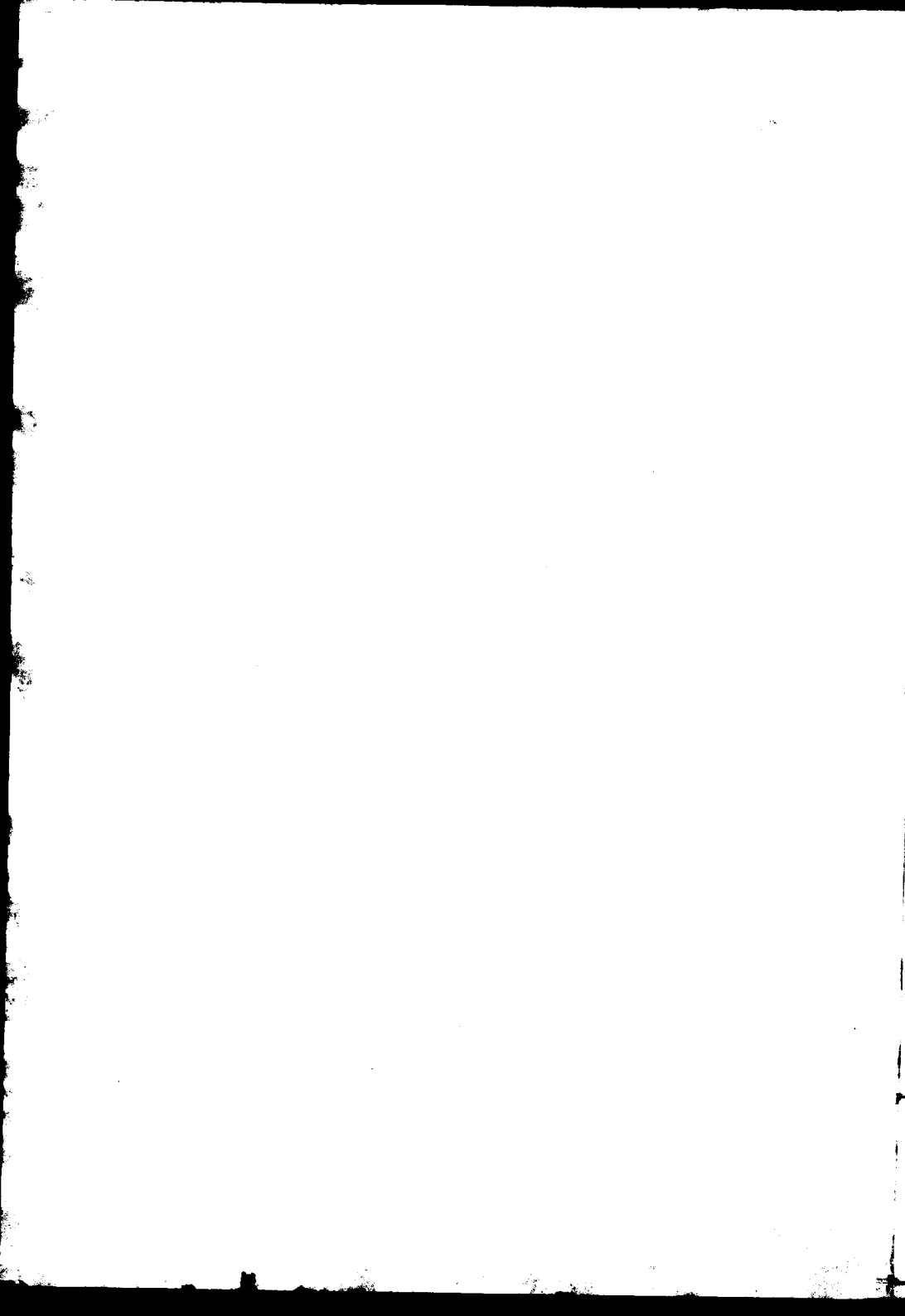
aus Ohrdruff.



Jena, 1879.

Druck von A. Neuenhahn.





Die Geschichte der Hüftgelenkresection greift, abgesehen davon, dass schon Hippocrates, Celsus, Paul von Aegina Ansichten über die Resectionen im Allgemeinen ausgesprochen, und jedenfalls die Abtragung von Knochen theilen und Gelenkenden gekannt, bis ins 18. Jahrhundert zurück und sowohl sie wie die Resectionen überhaupt werden mehr als eine Errungenschaft der Neuzeit bezeichnet.

Die Abtragung des Gelenkkopfes des Femur wurde zuerst von Charles White 1769 in Manchester auf Grund von Leichenversuchen vorgeschlagen, fand jedoch, trotzdem dass auch an Thieren die Brauchbarkeit des resecurten Hüftgelenkes experimentell nachgewiesen wurde, erst viel später Eingang in die chirurgische Praxis.

Der Erste, welcher die Operation am Lebenden ausführte war Anthony White im Jahre 1815.

Er resecurte bei einem 14jährigen Knaben 4" vom oberen Ende des Oberschenkels wegen Caries mit glänzendem Erfolge. Es trat vollständige Beweglichkeit mit geringer Verkürzung der betreffenden Extremität ein.

Seitdem ist die Operation vielfach in Deutschland, England, Frankreich und Amerika ausgeführt worden,

freilich in den meisten Fällen mit wenig ermunternden Erfolgen.

Eine neue und wohl vielversprechende Epoche, ist, wie für die Behandlung der Operationswunden überhaupt, auch für die Ausführung und Nachbehandlung bei Hüftgelenkresectionen durch Einführung des Lister'schen Verfahrens eingetreten.

Indikationen zu dieser Operation werden einmal durch traumatische Zerstörung des Gelenkes gegeben, dann durch organische Erkrankung, welche innerhalb des Gelenkes und des Knochens Platz gegriffen.

Es gehören also dahin von den Gelenkverletzungen:

Die complicirte Luxation mit Austritt des Gelenkendes aus des Wunde.

Veraltete und uneingerichtete Luxationen.

Complicirte Fracturen.

Fremde Körper, die in das Gelenk eingedrungen, nicht extrahirt werden können und die Functionsfähigkeit des Gelenkes stören.

Von den organischen Erkrankungen des Gelenkes sind hier zu nennen:

Chronische Gelenkentzündung mit Destruction der das Gelenk bildenden Theile oder mit Spontanluxation einhergehend.

Caries der Gelenkenden.

Nekrose, die bis in die Epiphysen eindringt und das Gelenk in Mitleidenschaft zieht.

Neubildungen, die functionsstörend sind.

Ankylose.

Im Weiteren sollen drei Fälle von Hüftgelenkresection, ausgeführt wegen chronischer Gelenkentzündung mit Eiterung und Destruction der Gelenkenden mitgetheilt werden.

Gelenkentzündungen, die einen chronischen Character angenommen haben, mit Eiteransammlung innerhalb des Gelenkes einhergehen und den Knochen betheiligen, können auf zweierlei Weise behandelt werden:

Entweder auf conservativem Wege, also durch Mittel, welche die Resorption des Eiters bewirken und neue Exsudation verhindern, Entlastung der Gelenkenden durch Extension und gegebenen Falles durch Antiphlogose.

Oder auf operativem Wege:

1. durch eine blosse Incision und Entleerung des Eiters. Das Gelenkleiden wird dann wie jede andere offene Wunde unter Listers Cautelen weiter behandelt.
2. durch Resection.

Im Allgemeinen geht man von dem Grundsatz aus, wo operirt werden soll, die Operation so bald als möglich zu machen, ehe die Kräfte des Patienten durch anhaltende Eiterung Fieber, und Schmerzen so reducirt sind, dass die Aussicht auf Erfolg dadurch sehr vermindert ist.

Was die Prognose der Hüftgelenkresectionen im Allgemeinen anlangt, so ist dieselbe natürlich ernster als bei Operationen an peripherer gelegenen Körper-

theilen, ungünstiger auch als die Prognose bei Operationen an den oberen Extremitäten.

Die Prognose der bei eitriger Coxitis vorzunehmenden Operationen ist bei Weitem günstiger als die durch die übrigen Indikationen sich ergebenden.

Nur Fälle von scrophulöser oder tuberculöser Caries pflegen wegen der bestehenden allgemeinen Dyskrasie eine höchst zweifelhafte Prognose zu ergeben.

Nach Leisrink, der eine Anzahl von Fällen, in denen die Operation wegen cariöser und fungöser Coxitiden gemacht wurde, zusammengestellt hat, starben von den 105 Todten unter 176 Operirten 24 an accidentellen Wundkrankheiten, 23 an Erschöpfung 12 an Phthise, 3 an Durchfällen, 8 an Amyloiddegeneration, 4 an progressiver Caries. Jacobson hat die Zahl auf 250 erhöht, von denen er 146 als gestorben, 104 als geheilt anführt.

Noch ungünstiger sind die Resultate da, wo die Operation wegen Verletzung des Gelenkes ausgeführt wurde.

Von 12 von Heyfelder zusammengestellten Fällen überlebte Keiner den 23ten Tag nach der Operation.

Trotzdem findet die Hüftgelenkresection auch gegenüber diesem hohen Mortalitätsverhältniss ihre volle Berechtigung, indem sie einmal in Anwendung kommt in Fällen, deren Prognose schon an sich quoad vitam ausserordentlich getrübt ist, sich aber durch die Operation günstig gestalten kann, wie z. B. bei den die Kräfte des Kranken vollständig erschöpfenden chronischen Gelenk- und Knocheneiterungen.

Hier vermag die Operation schon allein einen heilsamen Einfluss auszuüben auf den Zustand des Patienten, indem durch sie der als Fremdkörper immer neuen entzündlichen Reiz gebende kranke Knochentheil entfernt wird, eine oft sehr ausgebreitete Eiterung in eine beschränkte, die schlechte in eine gesunde verwandelt wird.

Ferner erscheint die Ausführung derselben aus dem Grunde vollständig berechtigt, weil die Prognose, was die Wiederherstellung der Brauchbarkeit des Gelenkes anlangt, eine relativ gute zu nennen ist.

Es wird dem Kranken durch die Operation jedenfalls ein gebrauchstüchtigeres Glied gegeben, als er es vorher besass, und als er es oft bei conservativer Behandlung erhalten würde.

Gewiss ist die Operation indicirt in allen Fällen, wo bei fortgesetzter conservativer Behandlung die Kräfte des Patienten sich schnell verzehren würden, und ein Stillstand des Processes nicht abzusehen ist, ferner wo sie durch Beseitigung von mechanischen Hindernissen einen Stillstand des Processes und Ausgang in Heilung herbeizuführen vermag, wie dies durch Entfernung von cariösen und nekrotischen Knochentheilen geschieht.

Die Ausführung der Operation geschieht folgendermassen: Der Kranke wird zunächst entweder auf die gesunde Seite gelagert oder auch auf den Rücken oder Bauch, während die kranke Seite dem Rande des Operationsbettes möglichst genähert wird.

Die kranke Extremität wird im Knie leicht flectirt und adducirt, so dass die Gesässmuskulatur erschlafft

ist. Sodann erfolgt der Schnitt durch die Weichtheile, der in der Regel den Gelenkhals trifft, und Eröffnung der Kapsel. Hierauf wird mit der Säge die betreffende Knochenpartie durchtrennt und, wo das Lig. teres erhalten, auch dieses durchschnitten.

Muss die Resection wegen Miterkrankung der Pfanne eine totale sein, so werden dann noch der betreffende Theil des Pfannenrandes, sowie etwaige innere Theile der Pfanne mit einem scharfen meist raspel- oder löffelartigen Instrument entfernt.

Nach Extraction des resecirten Knochenstückes ist die Operation vollendet; es erfolgt dann noch die Reinigung der Wunde, Drainirung und Heftung derselben.

Was die verschiedenen Operationsmethoden betrifft, so kommen für die Durchtrennung der Weichtheile, abgesehen von den älteren Methoden, gegenwärtig hauptsächlich folgende Verfahren in Betracht:

1. Langenbecks Verfahren.

Derselbe macht einen Schnitt von der Mitte des Trochanter major in der Richtung der Fasern des Gluteus maximus nach der Spina posterior superior von etwa 6—10 Ctm. Länge, je nach der Grösse des zu entfernenden Knochenstückes.

Dieser Schnitt hat den Vorthail, dass er in Fällen von spontaner Luxatio iliaca sehr günstig liegt, anderentheils die Resection des Trochanter mit Schonung der Weichtheile möglich macht, und wird jetzt fast ausschliesslich in Fällen von eitrigen Coxitiden in Anwengebracht. (König).

2. Verfahren von Schede.

Der Schnitt beginnt etwas unterhalb der Spina anterior superior, etwa einen Fingerbreit nach innen von derselben und wird gerade nach abwärts geführt. Nachdem der Hautschnitt geführt, legt man den inneren Rand der Mm. sartorius und rectus femoris bloß und gelangt in dem lockern Muskelinterstitium vordringend auf den äusseren Rand des M. ileopsoas. Man kann nun sehr leicht, namentlich wenn man das Bein etwas beugt, abducirt und nach aussen rotirt, mit stumpfen Haken die Mm. rectus und sartorius nach aussen, den M. ileopsoas nach innen ziehen lassen, und hat dann sofort die Gelenkkapsel vor sich. Man verletzt auf diese Weise keine Muskelfaser, kein Muskelansatz wird abgetrennt, die Blutung ist eine minimale, mit einem Worte, der Eingriff ist viel geringer, als bei jeder andern Methode. Die Kapsel ist leicht zu spalten und der Gelenkkopf in loco mit der Stichsäge wegzusägen.

3. Verfahren von Hüter.

Derselbe macht ebenfalls an der vorderen Seite des Gelenkes einen Schnitt; nur legt er denselben etwas mehr nach aussen; es kommt der Schnitt auf die Lateralseite des Sartorius. Zur Ermöglichung eines constanten Wundabflusses empfiehlt er von der hinteren Seite des Oberschenkels eine Contraapertur zur Einlegung von Drainröhren anzulegen.

4. Rosers Verfahren.

Er macht einen an der vorderen Seite des Schenkels nach aussen von der Art. und Nerv. cruralis und in der Höhe des Schenkelhalses beginnenden sowie in

wird in den einzelnen Fällen verschieden ausfallen müssen, noch dazu, da die Trochanterresection als ein viel schwererer Eingriff zu betrachten ist als die blosse Decapitation. Sie wird sich hauptsächlich nach der die Resection indicirenden Krankheit zu richten haben. Wird die Resectio articuli coxae durch Luxationen, also veraltete traumatische Luxationen oder spontane Luxationen nach Gelenkwassersucht, Arthritis deformans oder durch vorausgegangne aber geheilte Caries indicirt, so wird die blosse Decapitation vollständig ausreichen. Besteht dagegen ein cariöser Process im Hüftgelenk, so möchte es wohl unter allen Umständen geboten sein, die Durchsägung im Trochanter vorzunehmen, um, wie schon bemerkt, etwaige Trochanterherde nicht zu übersehen, sowie auch um erkrankte Partieen der Pfanne mit entfernen zu können.

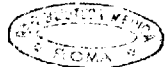
Wahl und Ausführung der Nachbehandlungsmethode sind wohl noch wichtiger als die Methode der Operation. In den ersten Wochen ist es geboten durch möglichste Ruhe, der Extremität eine Feststellung des oberen Endes des Femur in der Pfannengegend zu erzielen, später durch Streckung und Bewegung, Verminderung der Verkürzung und grössere Beweglichkeit zu erlangen.

Als beste Nachbehandlungsmethode wird sich für die meisten Fälle die Extension der kranken Extremität ergeben. Dieselbe hat einmal den Zweck, durch Immobilisation dem Gliede die für die Heilung nöthige Ruhe zu verschaffen, ferner dasselbe während der Heilung in einer Stellung zu fixiren, wie sie für die spätere Gebrauchsfähigkeit Bedingung ist; also Rotation, Adductions-

stellung, Flexion zu verhüten, ferner ein Zurücksinken des Trochanter in die Pfanne, welches dem Abfluss des Eiters hinderlich sein würde, zu vermeiden. Die Extension wird bewirkt durch Gewichte, wie sie Volkmann in Anwendung bringt oder durch Schraubenvorrichtungen (Taylor'sche Maschine) oder durch Zug. Volkmann und Schede ziehen allen andern Methoden die der Gewichts-extension bei horizontaler Lage vor. Um der Extension einen genügenden Angriffspunkt zu bieten, übt man eine Contraextension am Becken aus, indem man um den Damm herum einen Rollschlauch aus Gummi führt und denselben oberhalb des Kopfes befestigt oder ebenfalls mit Gewichten belastet.

Soll die Extremität in Abductionstellung fixirt werden, so genügt dies Verfahren; will man sie jedoch in horizontaler gerade ausgestreckter Lage feststellen, so muss man auch an der gesunden Seite des Beckens eine Contraextension ausüben. Für Kinder genügt ein Extensionsgewicht von 4—8 Pfd., für Erwachsene 10—12 Pfd. (König). Die Art und Weise, wie man die Extension bewerkstelligt, ist verschieden.

Zu erwähnen ist der Heftpflasterextensionsverband. Wird derselbe nicht vertragen, so kann man den Rollbindenextensionsverband in Anwendung bringen. Man umwickelt die Extremität mit Flanellbinden und fixirt die die Ansa bildenden Längstreifen durch zahlreiche Stecknadeln zu beiden Seiten, dann deckt man diese Schicht mit einer zweiten Binde. — Nicht so sehr zu empfehlen soll der gepolsterte Gipsstiefel sein, da derselbe oft Gangraen durch Druck hervorruft.



Eine andere Nachbehandlungsmethode ist die mit dem gefensternten Gipsverband mit und ohne Extension. Derselbe muss, wenn er das Hüftgelenk fixiren soll, sich über das Becken einerseits und bis zum Knöchel erstrecken. Auch die gesunde Extremität muss bis an die Mitte des Oberschenkels mit in den Verband aufgenommen werden.

Fall I.

Hermann Anschütz, 25 Jahre alt.

Anamnestisches.

Patient war im Allgemeinen gesund. Im 13. Jahre überstand er den Typhus, im 19. Jahre litt er an einem eczematösen Ausschlage, der vorzugsweise in den Gelenkbeugen auftrat. Im März 1875 fiel er eines Abend bei hart gefornem Boden und Glatteis auf die linke Trochanterialgegend. Er konnte sich wegen heftiger Schmerzen im Hüftgelenk nicht sofort wieder erheben; erst nach einer halben Stunde gelang es ihm die etwa 200 Schritt entfernte Wohnung mühsam und hinkend zu erreichen. Am folgenden Tage jedoch konnte Patient, wenn auch unter Schmerzen seiner Beschäftigung wieder nachgehen; nach einigen Tagen waren alle Beschwerden gewichen.

Vier Wochen nachher, als Patient einen schweren Holzstamm trug, stellten sich wieder heftige stechende Schmerzen im linken Hüftgelenk ein, die aber nach der Ruhe im Bett am andern Morgen wieder aufgehört hatten. Acht Tage später traten in Folge eines anstrengenden Marsches die Schmerzen in besagtem Gelenke wieder ein, Patient achtete dieselben jedoch nicht und benutzte einen

Stock zur Unterstützung beim Gehen. Nach einigen Tagen hatten sich die Schmerzen indess so gesteigert, dass er gezwungen war, sich niederzulegen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies geschah Ende April desselben Jahres, seitdem ist Patient bettlägerig.

Die Schmerzen waren heftig; jede Bewegung der Extremität unmöglich. Es gesellte sich dazu Anschwellung der Gelenkgegend, sowie eine von hier bis in die Knie- und Fussgelenke ausstrahlende lebhaft Schmerzhaftigkeit der ganzen Extremität.

Die Geschwulst röthete sich und wurde von dem behandelnden Arzt incidirt, wobei eine grosse Quantität übel riechenden Eiters entleert wurde.

Ein zweiter Abscess bildete sich etwas weiter nach unten und innen. Auch dieser wurde incidirt. Die Incisionsöffnungen heilten rasch wieder zu; jedoch mehr nach hinten bildeten sich bald spontane Oeffnungen, die fistulös wurden, ziemlich viel Eiter entleerten, und aus welchen sich bisweilen auch nekrotische Fragmente entfernen liessen.

Es entstand eine Contraction im Hüftgelenk bei abducirtem und nach aussen rotirtem Schenkel.

Nachdem Patient schon 5 Monate im städtischen Krankenhaus in Ohrdruf gelegen, wurde er am 2. Jan. 1877 in die chirurgische Klinik zu Jena aufgenommen.

Status praesens.

Patient ist von mittlerer Grösse mit sehr kräftigem Knochenbau, schlaffer Muksulatur, wenig entwickeltem Panniculus adiposus, blasser Hautfarbe.

Die linke untere Extremität ist verkürzt, nach innen rotirt, hochgeradig adducirt, so dass das linke Knie über der Mitte des rechten Schenkels liegt, im Hüft- und Kniegelenk stark gebeugt.

Patient kann die Extremität activ gar nicht bewegen; passive Bewegungsversuche verursachen sofort die heftigsten Schmerzen. Das Becken ist verschoben, so dass auf der kranken Seite die Spina anterior superior fast 5 cm. höher steht; die linke Hüftgelenkgegend ist ziemlich stark geschwollen, derb infiltrirt. Es zeigen sich in derselben mehrere Fistelnarben, sowie noch zwei offene Fisteln. An der Innenseite des Oberschenkels besteht eine etwa eigrosse ziemlich elastische Geschwulst, ähnlich wie geschwollene Lymphdrüsen. Auf Druck auf dieselbe entleert sich aus den Fisteln etwas mehr Eiter. Die in die Fisteln eingelegte Sonde gelangt jedoch nirgends auf den Knochen. Der Trochanter der kranken Seite steht etwa 4 cm. oberhalb der Roser'schen Linie; rechts 1 cm. oberhalb derselben. Druck auf den Trochanter ist schmerzhaft, der kranke Oberschenkel stark abgemagert.

Es wird unter solchen Umständen dem Patienten eine Wiedererlangung der Brauchbarkeit der Extremität nur durch die Resection des erkrankten Gelenkes in Aussicht gestellt.

Resectio capitis femoris, am 16. Jan. 1877.

Es wird die Waschung der erkrankten Gelenkgegend mit 1% Carbollösung vorgenommen. Nachdem die Narkose eingetreten und Patient auf die rechte Seite gelegt

worden, wird unter Spray ein Schnitt von ungefähr 10 cm. Länge, in der Mitte des Trochanter beginnend und in der Richtung der Spina posterior superior nach oben und hinten in der Richtung der Fasern des Glutaeus maximus durch Haut und subcutanes Fettgewebe geführt.

Der eingeführte Finger gelangt ohne alle Schwierigkeit zum Schenkelhals, welcher an seiner hintern Seite vom Periost entblösst ist. An der vordern Seite wird dasselbe durch ein Raspatorium entfernt, wobei sich ergibt, dass der grösste Theil des Schenkelkopfes gar nicht vorhanden ist, sondern nur eine kleine pilzförmige Protuberanz, am Halse sich befindend, welche in einer Art neugebildeter, mit schlaffen Granulationen ausgekleideter und theils von Muskeln theils von neugebildetem Knochengewebe formirter Gelenkhöhle eingebettet ist. Da die Herumführung der Kettensäge um den Schenkelhals weder mit der Charrière'schen Heftnadel noch mit der Heine'schen Resectionsnadel gelingt, so wird derselbe mit der Stichsäge an seiner Abgangsstelle vom Trochanter durchsägt. Trotzdem bot die Entfernung des resecirten Knochenstückes einige Schwierigkeiten. Dieselbe gelang erst nach Abtrennung der Fasern des Glutaeus vom obern Theil des Trochanter jederseits etwa in der Ausdehnung $\frac{1}{2}$ cm. und unter starker Abduction des Schenkels, wodurch die spaltförmige Muskelwunde etwas erweitert wurde. Die fungösen Granulationen in der Gelenkhöhle wurden mit einem scharfen Löffel so viel als möglich ausgekratzt.

Die nun vorgenommene Untersuchung der bestehenden Fisteln mit der Pell'schen Sonde ergibt keine Com-

munication mit der Gelenkhöhle; bei einer Erweiterung derselben aber wurden eine Anzahl kleiner plattenartiger Sequester an der äussern Seite des Trochanter aufgefunden und entfernt. Da das obere Ende dieses Fistelganges nur durch eine dünne Schicht von der Operationsstelle getrennt ist, so wird dieselbe durchbohrt; ebenso wird die untere Fistel gespalten und die auch hier sich findenden analogen Sequester entfernt.

Durch die dritte untere Fistel gelangt man mit der Sonde und dem Finger bis auf die innere Fläche des Schenkels, wo sich eine umschriebene, harte, in der Mitte fluctuirende Stelle findet ähnlich einem Lymphdrüsen-Abscess. Da die Fluctuation noch ziemlich tief ist, so verspart man die Incision auf später. Es wird nun die Ausspülung der Wunde und Fistel mit Carbollösung vorgenommen und nach Einlegung von Drainageröhren die Wunde durch 7 Nähte geschlossen und nach Listerischen Cautelen verbunden. — Es wurde während der Operation eine Arterie unterbunden.

Patient wird auf die rechte Seite gelagert.

Nachdem der kleine decubitus auf dem Kreuz geheilt, wird am 29. Januar mittelst Heftpflaster und Flannellbinden der gewöhnliche Extensionsverband mit Gewichten angelegt.

Das Befinden des Patienten während der Reconvalescenz war vollständig befriedigend. Die Operationswunde ist gut geheilt.

Eine der Fisteln an der hinteren Seite des Gliedes und namentlich eine an der inneren Seite eitern noch etwas, weshalb es wahrscheinlich ist, dass noch nekro-

tische Knochenstückchen zurück sind, die aber gegenwärtig nicht zu constatiren sind.

Nachdem Patient die Klinik verlassen, trifft am 4. Nov. 1878 Nachricht über denselben ein. Derselbe soll jetzt, nachdem, vor Kurzem noch ein ziemlich grosser Knochensplitter im Krankenhause zu Waltershausen entfernt worden ist, sich sehr wohl befinden, und völlige Heilung demnächst in Aussicht stehen.

Fall II.

Paul Körner, Geschirrhalterssohn aus Ilmenau.
19 Jahre alt.

Erkrankte am 14. Januar 1877 mit heftigen Durchfällen, Leibschmerzen u. s. w. und soll nach Angabe der Verwandten die Krankheit ein Nervenfieber gewesen sein. Der Verlauf der Krankheit war protrahirt; es trat grosse Schwäche, Abmagerung und schliesslich Decubitus an allen Stellen, die bei horizontaler Rückenlage dem Drucke ausgesetzt waren, ein.

Nach ungefähr 10wöchentlichem Verlauf traten heftige Schmerzen im linken Hüftgelenk auf. Es zeigte sich eine bedeutende Geschwulst der Gelenkgegend, Röthe derselben, sowie Knieschmerz. Die linke Extremität nahm die Lage wie bei spontaner Luxation ein. Es bestand starke Adduction, scheinbare Verkürzung. Das linke Knie war auf dem rechten Oberschenkel, der linke Fuss auf dem rechten Fussrücken gelagert.

Nachdem eine Incision gemacht worden war, entleerte sich eine bedeutende Quantität Eiters.

Während dessen hatten sich die Decubitusstellen an der hinteren Seite des Körpers so verschlimmert, dass Patient in die Bauchlage gebracht werden musste, die er fortan nur selten mit der seitlichen Lage vertauschen konnte.

Es erfolgte die Aufnahme des Patienten in die hiesige Klinik am 27. November 1877.

Status praesens.

Patient nimmt die Bauchlage ein.

Es finden sich grosse zum Theil vernarbte Decubitusstellen am Kreuz und an den Trochanteren, an den Schulterblättern und einzelnen Dornfortsätzen.

Die linke Extremität befindet sich in der Lage der Luxation aufs Darmbein. Der Trochanter major steht fast 5 cm. oberhalb der Roser'schen Linie (rechts $1\frac{1}{2}$ cm.) Abduction und Rotation sind unmöglich. Adduction ohne Hinderniss. Man hält unter diesen Umständen die Wiederherstellung des Gebrauchs des Gliedes nur möglich nach vorausgegangener Resection des oberen Theiles des Femur.

Operation.

Resectio capitis femoris.

Nachdem der Kranke vollständig chloroformirt, wird er auf die rechte Seite gelagert und nach vorausgegangener Waschung mit 5% Carbollösung, von der Mitte des Trochanter, wo sich eine kleine Decubitusnarbe befindet, ein gegen 10 cm. langer Schnitt in der Richtung der Spina posterior sup. geführt.

Bei der Durchschneidung der Fasern des Glutaeus maximus machen sich die Unterbindungen zweier kleiner Arterien nöthig.

Nachdem die zweite Lage des Glutaeus durchschnitten, kommt man auf die verdickte Kapsel, aus welcher

sich eine ziemlich bedeutende Quantität einer gelblich trüben serösen Flüssigkeit ergiesst.

Bei der Untersuchung des grossen Hohlraumes findet man vor Allem den Schenkelkopf so reducirt, dass man an eine Epiphysenlösung erinnert wird. Man ist jedoch nicht im Stande eine Epiphyse aufzufinden. Am Kopfe sowie an der Innenfläche der Kapsel, die verdickt und erweitert ist, findet man zahlreiche kleinere und grössere polypöse Excrescenzen, theils transparent, theils gelblich oder weisslich knorplig.

Am hinteren oberen Theil der Kapsel findet sich eine neugebildete halbmondförmige etwa $1\frac{1}{2}$ cm. hohe, ziemlich scharfe Knochenleiste, der hintere obere Theil der neugebildeten Pfanne; also ganz der Befund der Spontanluxation und Arthritis deformans nach Hydarthros artic. cuxae.

Die weitere Operation bestand in Isolirung des Kopfes des Femur, theils mit dem Messer, theils mit dem Schabeisen, dann in der Herumführung der Kettensäge um den Hals und Absägung desselben, etwa in der Entfernung von $\frac{3}{4}$ cm. vom Schafte des Femur.

Nachträglich wurden noch eine Anzahl von Excrescenzen sowie gallertig, knorpeliger und knöcherner Bildungen mit Zange und Scheere entfernt. Ganz konnte indess die Kapsel nicht gereinigt werden, da der scharfe Löffel nicht im Stande war, diese Excrescenzen und Platten zu entfernen.

Stillung der Blutung wird theils durch Unterbindung, theils durch Umstechung und mit dem Baguelin'schen Apparat bewirkt.

Hierauf erfolgt Einlegung einer Drainage und Schluss der Operationswunde durch 5 starke und 2 schwache Nähte.

Am 22./XI. wird der erste Verband erneuert. Derselbe ist stark mit Blut durchtränkt. Auch die Drainröhre ist durch Blutcoagula verstopft. Das Aussehen der Wunde ist befriedigend. Patient wird in der Seitenlage auf einem Wasserbett gelagert.

Am 23./XI. erfolgt der dritte Verband.

Auch auf dem Wasserbett war Patient sehr unruhig. Der Verband ist wiederum blutig durchtränkt, doch weniger als am vorhergehenden Tage. Die Seitenlage wird nicht vertragen; eine der Decubitusstellen ist wieder aufgebrochen.

Patient wird in die Bauchlage gebracht, die ihm behaglicher ist.

Am 27./XI. Vierter Verband.

Patient ist völlig fieberfrei. Aussehen der Wunde befriedigend. Die Drainröhre wird gekürzt.

Am 1./XII. Fünfter Verband

Am 8./XII. Sechster Verband

} nichts besonderes zu
} bemerken.

Am 12./XII. Siebenter Verband.

Nähte und Drainagen werden entfernt. Die Wunde ist bis auf die Stelle, wo letztere gelegen geschlossen. Nur ein Paar Stichkanäle eitern etwas.

Am 20./I. 1878. Patient macht Gehversuche an der Krücke, wobei er über Schmerzen in den Fersen klagt, da wo die Decubitusnarben sind. Man giebt ihm deshalb Socken, die mit Watte gepolstert sind, wodurch die Schmerzen vermindert werden.

Temperaturen während der Heilung der
Wunde.

Am 21.	Morgens —	Abends 37,8
22.	38,4	38,8
23.	38,0	39,0
24.	37,8	38,6
25.	37,5	38,4
26.	37,2	37,6
27.	37,0	37,7
28.	37,3	37,5
29.	34,4	37,5
30.	37,0	37,2

Die Temperatur erfuhr demnach in der ganzen Heilungsperiode nur in den ersten 4 Tagen eine leichte Erhöhung. Die ganze übrige Reconvalescenz verlief fieberfrei.

Status kurz vor der Entlassung des Patienten.

Stand der rechten Spina ant. sup. etwa 1 cm. tiefer als links. Verkürzung der linken Extremität 6 cm.

Der Trochanter der linken Seite steht ungefähr 6 cm. über die Roser'schen Linie.

Die Incisionsnarbe ist 10 cm. lang, beginnt am hinteren Rand des Trochant. major, etwa 4 cm. unterhalb der Spitze desselben. Sie hat die Richtung gerade gegen die Spina post. sup. von der sie noch 3 cm. entfernt ist.

Auf der rechten Seite liegt die Spitze des Trochanter gerade in der Roser'schen Linie.

Es findet keine Beckenverschiebung weder nach vorn noch seitlich statt.

Lendenkrümmung normal.

Es zeigt sich keine Contractur im Hüftgelenk; beide Extremitäten sind vollkommen gestreckt.

Die Bewegung in der linken unteren Extremität im Fuss und Kniegelenk vollständig frei; im Hüftgelenk ist die Bewegung etwas beschränkt.

Der Kranke geht für gewöhnlich mit einem Stocke und einer Krücke, jedoch mehr aus Bequemlichkeit, denn mit zwei Stöcken geht er ebenso leicht, und ohne grosse Anstrengung mit einem Stocke.

Ja er ist im Stande einen Moment auf dem linken Bein zu stehen, und ohne alle Unterstützung einige Schritte zu gehen.

Bei der Entlassung, welche am 11./IV. erfolgt, geht Patient mit einem Stocke ohne alle Beschwerden.

Fall III.

Julius Wiesenhüter, 10jähriger Junge aus Gera.

Patient, sonst anscheinend gesund, leidet seit $1\frac{1}{2}$ Jahren an einer Hüftgelenkaffection. Um diese Zeit klagte er plötzlich über Schmerzen im rechten Gelenk; sein Gang wurde schmerzhaft und hinkend. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr hat sich in der rechten Hüftgelenkgegend eine derbe elastische Geschwulst gebildet, die allmählig zu ihrer jetzigen Grösse herangewachsen ist.

Die Untersuchung ergiebt, dass das rechte Bein um 4 Fingerbreite höher steht als das linke. Die Beweglichkeit desselben ist nur eine minimale. Den Trochanter major findet man 5 cm. oberhalb der Roser'schen Linie. Von ihm nach abwärts erstreckt sich eine prallelastische, Fluctuationen gebende, von sonst normaler, nur etwas gegen die andere Seite in erhöhter Temperatur befindliche von Haut bedeckte Geschwulst, etwa eine Spanne lang und $\frac{1}{2}$ Spanne breit.

Operation 24. Juni 1876.

Nachdem Patient chloroformirt worden ist, wird ein Längsschnitt auf dem Trochanter geführt; es entleert

sich guter Eiter. Die Höhle wird gereinigt. Darauf wird ein zweiter Schnitt geführt, der das obere Ende des ersten in einem Winkel von 30° trifft.

Hierauf erfolgt Lösung des oberen Femurtheils von dem äusseren Os ilei oberhalb des Acetabulum durch Durchschneidung der Bänder und fibrösen Adhäsionen.

Caput u. Collum femoris werden bedeutend reducirt gefunden.

Die Kettensäge wird hierauf oberhalb des Trochanter um den Hals herum geführt und dieser durchsägt.

Der Gelenkkopf ist mit dem oberen Pfannenrande und dem Darmbein fest durch knöcherne Verwachsung vereinigt, so dass Ablösung desselben mittelst des Hebels erfolgen muss.

Bei Untersuchung der Pfanne ergibt sich im mittleren Theil ihrer Fläche eine Perforation, durch welche die eindringende Hand die Art. iliaca deutlich pulsiren fühlt.

Es erfolgt noch Blutstillung, Einlegung von zwei Drainagen, und Heftung der Bänder durch Nähte.

Nach der Operation zeigt sich bedeutender Collaps. Gegen das Erbrechen wird Champagner gegeben.

In der Nacht steigt die Temperatur auf 39,5.

Patient schläft wenig.

Appetit liegt nieder.

Am Abend des folgenden Tages steigt die Temperatur auf 40,2.

Am 24./VI. findet Verbandwechsel statt.

Das Aussehen der Wunde ist befriedigend, ebenso das allgemeine Befinden.

14./VII. Verbandwechsel. Die Drainage wird gereinigt. Es findet sich ein Decubitus am Kreuz.

30./VII. Die Kräfte des Patienten nehmen zu. Die Drainage wird gekürzt.

Nach fortgesetzter Lagerung in der Bermet'schen Drahtose und Lister's Verband erfolgt Heilung des Decubitus.

29./VIII. Die Drainageöffnungen der Wunde sind durch straffe Granulationen ausgefüllt, durch die man mit der Sonde ohne Mühe einige Centimeter nach der Hüftgelenkgegend vordringen kann. Doch ist kein Knochen zu fühlen.

Die kranke Extremität liegt im Extensionsverband.

Der Kranke wird mit einer Krücke entlassen und einer kleinen etwas nässenden Fistel. Verkürzung der operirten Extremität verhältnissmässig gering.

Uebersehen wir noch einmal kurz alle drei Fälle. Bei allen dreien wurde die Operation wegen eitriger Coxitis gemacht, und zwar in einem Stadium der Krankheit, wo bereits Spontanluxation eingetreten war.

Das Operationsverfahren war im Bezug auf den Weichtheilschnitt das Langenbeck'sche, im Bezug auf die Knochensection das Schede'sche.

In allen drei Fällen wurde unter relativ ungünstigen Verhältnissen operirt, indem dieselben immerhin spät zur Operation kamen, in dem einen Falle sogar unter sehr ungünstigen Auspicien, wie aus dem am ganzen Körper des Patienten auftretenden Decubitus zu schliessen ist.

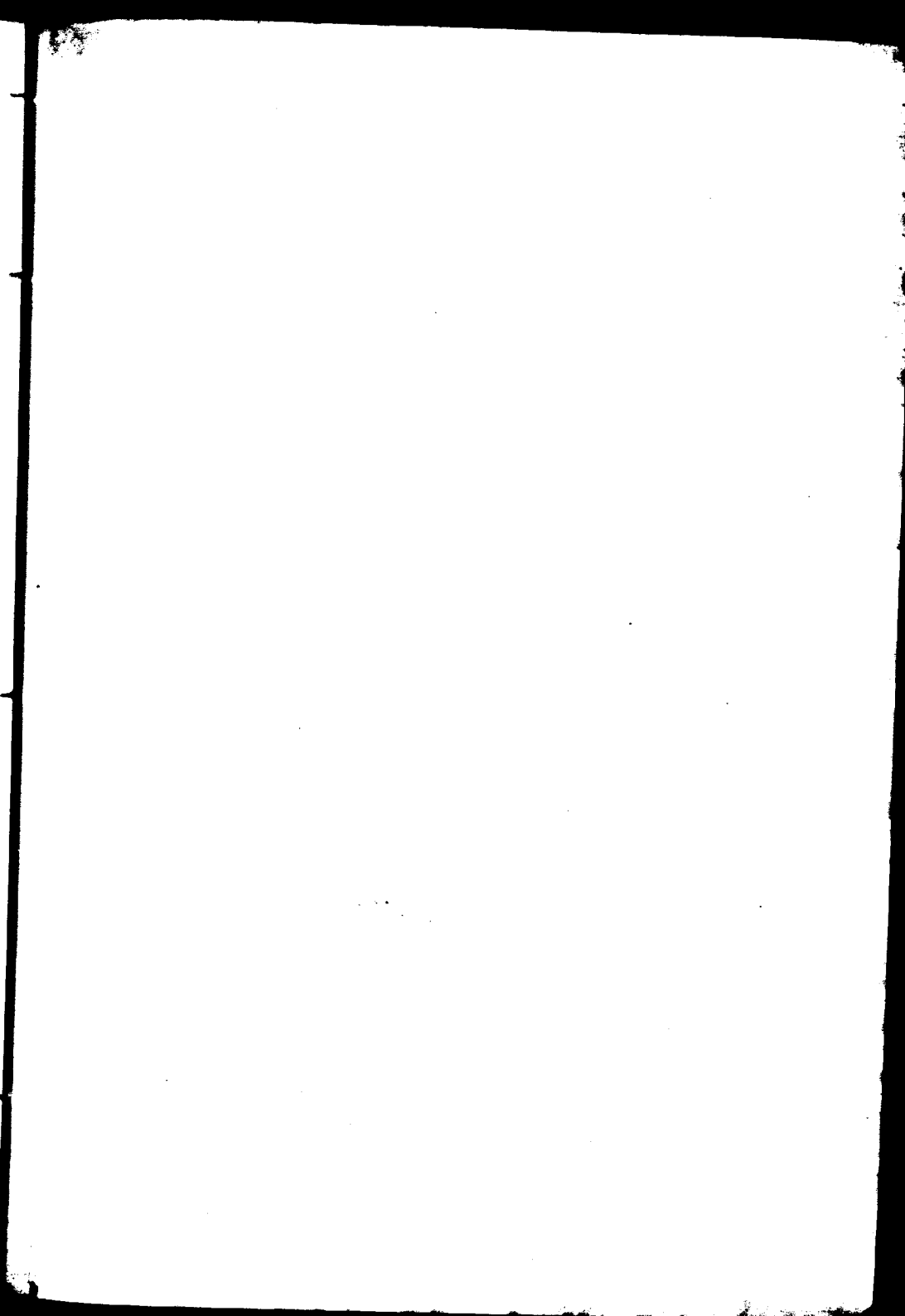
Die Nachbehandlung wurde mit Gewichtsextension ausgeführt.

Es würde in allen drei Fällen ein ziemlich bewegliches Gelenk mit relativ geringer Verkürzung und geringer Beckenverschiebung erzielt.

Der eine der Patienten war sogar im Stande auf dem resecirten Bein ohne jegliche Unterstützung zu stehen, der zweite konnte mit einer Krücke entlassen werden. Der dritte (Anschütz) ist nur im Stande auf zwei Krücken gestützt zu gehen.

14194





5176