

GUILDAL, KOPENHAGEN:

FALL ZUR ERLÄUTERUNG DER FRAGE
VON CALVÉ-PERTHES-CONGENITAL SUBLUX.

Guildal teilte den Fall eines Patienten mit, der vor einem Jahr wegen einer einseitigen Calvé-Perthes behandelt wurde. Gleichzeitig wurde die andere Hüfte röntgenphotographiert und zeigte vollkommen normale Verhältnisse mit caput tief in acetabulum und in normaler Höhe.

Ein Jahr später zeigt diese Hüfte typische Calvé-Perthes-Veränderungen.

G. fügte hierzu einige Bemerkungen über die Theorie von Calot, nach der das Calvé-Perthes-Leiden immer ein verkannter Fall legte subluxatio coxae sein sollte, was der mitgeteilte Fall widerlegte.

DISKUSSION:

Bentzon, Kopenhagen:

Die Calvé-Perthes-Krankheit lässt sich nicht so selten diagnostizieren, bedeutend früher als die charakteristischen Veränderungen im Caput auf dem Röntgenbild auftreten. Ich habe Fälle gehabt, wo Hinken und Beweglichkeitseinschränkung — am häufigsten eine Verkleinerung des Einwärtsrotationsauschlages — in einem solchen Grade zugegen war, dass die Diagnose als unzweifelhaft angesehen werden musste, 5—6 Monate bevor die krankhaften Prozesse im Caput auf dem Röntgenbild nachweisbar wurden. Bei früh diagnostizierten Fällen mache ich, um — falls es möglich ist — einer groberen Deformation des Caput vorzubauen, eine Bandagierung in Gibbs mit dem Hüftgelenk in Abduktion und Einwärtsrotation und in dieser Ban-

dage liegt der Patient 6 Wochen fest. Bei dieser Stellung im Hüftgelenk umfast Acetabulum ein grösseres Stück der Caput-rundung und man muss deshalb annehmen, dass Acetabulum auf diese formbewahrend wird wirken können.

H. Waldenström, Stoskholm:

Ich bin mit Dr. Bentzon vollkommen darüber einig, dass es wahrscheinlich von Bedeutung sein würde, um eine bleibende Deformierung zu vermindern, ob man eine Methode finden konnte, wodurch der Druck zwischen dem aufgeweichten caput und der Gelenkpfanne bei coxa plana aufgehoben oder bedeutend vermindert werden konnte.

Soll man aber dies versuchen, dann hilfts es nicht mit einer so kurzen Zeitperiode wie die von Dr. Bentzon vorgeschlagene, sondern diese muss bedeutend verlängert werden.

In meinen späteren Publikationen über die Entwicklung und das Schlussstadium von coxa plana, habe ich gewisse Perioden, in die man diesen Aufweichungsprozess einteilen kann, angegeben. Die kürzeste Zeitperiode, mit der man zu rechnen hat, ist 2 bis 3 Jahre. Man sollte also eine Behandlungsmethode durchführen, die mindestens 2 bis 3 Jahre hindurch den Druck zwischen den Gelenkflächen im Hüftgelenk bedeutend verminderte. Eine so eingreifende Behandlung darf selbstverständlich nur unternommen werden, wenn man tatsächlich etwas dabei gewinnen kann. Einige Erfahrungen habe ich in dieser Hinsicht.

Meine ersten Fälle, also in den Jahren 1907—08, behandelte ich zu einem gewissen Grade nach diesen Prinzipien d. h. einige Monate permanente Extension und dann ungefähr 2 Jahre hindurch eine entlastende Lederbandage. Da ich aber keinen besonderen Unterschied in den Resultaten von dieser Behandlung und von derjenigen, die ich jetzt verwende, sehen kann, habe ich sie aufgegeben. Meine jetzige Behandlung besteht in einer permanenten Extension in Bettlage 2 bis 3 Monate, falls Contractur vorhanden ist. Nachher keine andere Behandlung als Verbot von Sport, Turnen, Hüpfen, Springen u. s. w. ungefähr 2 Jahre hindurch.

Haglund, Stockholm:

Was die Behandlungsweise betrifft, glaube ich nicht, dass es eine Immobilisation gilt. Nur während der akuten, coxitis-ähnlichen Periode kann eine *kurze* Immobilisation (3 bis 6 Wochen) wünschenswert sein, weil die Irritationssymptome dann schnell verschwinden. Dagegen soll der Patient das Hüftgelenk lange in abduzierter Stellung belasten, welches durch eine einfach gelenkige Hüftenbandage ohne den geringsten Eingriff im täglichen Leben des Patienten geschehen kann. Ich betrachte auch nicht die Entlastungsbandage indiziert. Wir wissen alle, wie Hüftgelenke mit sogar sehr bedeutender Destruktion nach Perthes eine fast normale Funktion zeigen können und darnach müssen wir mit unserer Behandlung hinstreben. Es gilt also meiner Auffassung nach nur darum, die Adduktionsbelastung zu verhindern. Man hat ja immer einige solche Patienten zur Behandlung, und meines Wissens wird jeder von ihnen gesund — darunter verstehe ich, dass die Hüfte eine gute, schmerzfreie und aushaltende Funktion bekommt. Wie das obere Ende von Femur z. B. auf einem Röntgenbild geformt ist — ist verhältnismässig untergeordneter Bedeutung.

Bentzon:

Meine Angabe von der Behandlung, die ich bei früh diagnostizierten Fällen von Perthes verwende, war unvollständig. Nach der erwähnten festen Gipsbandagierung von 6 Wochen mit der Hüfte in abduzierter, einwärtsrotierter Stellung setzt der Patient mit Verwendung eines Nachtlagers fort, das die Extremität in derselben Stellung hält, bis die Krankheit vollkommen zu Ende ist.