(Aus dem Unfallkrankenhaus in Wien [Leiter: Prof. Dr. Lorenz Böhler].)

Bemerkungen zur Arbeit von Schwerdtfeger: Erfahrungen mit der Wirbelbruchbehandlung nach Böhler.

(Ds. Arch., Bd. 37, H. 4.)

Von

Lorenz Böhler.

(Eingegangen am 4. Dezember 1910.)

Schwerdtfeger hat im Arch. f. Orthop. 37, H. 1, 48 die Veröffentlichung einer Reihe von nach Böhler behandelten Wirbelkörperstauchungsbrüchen angekündigt und hat dabei schon vorweggenommen, daß seine Verletzten trotz der nach der Reposition vorgenommenen monatelangen Ruhigstellung im Gipskorsett, weder einen wesentlich gebesserten anatomischen Zustand hatten, noch auch ein besseres funktionelles Ergebnis aufwiesen als die nach Magnus mit 6wöchiger Bettruhe und mit Massage behandelten.

Ich habe ihm darauf im Arch. f. Orthop. 37, H. 2, 128 folgendes geantwortet: „Meine Behandlung besteht in Einrichtung, Ruhigstellung und sofort einsetzender Übung des ganzen Körpers.

Wenn Schwerdtfeger keinen wesentlich gebesserten anatomischen Zustand erzielt hat, so kann ich das nur darauf zurückführen, daß er entweder überhaupt nicht eingerichtet oder nach dem Einrichten nicht lange genug ruhiggestellt hat. Wenn die Beweglichkeit nach Abnahme des Gipskorsettes stark eingeschränkt war, so hat er während der Dauer der Ruhigstellung nicht entsprechend üben lassen. Wenn es aber an der Einrichtung und an der von mir geforderten Übungsbehandlung gefehlt hat, so hat er kein Recht zu sagen, daß er diese Wirbelbrüche, welchen er ohne Einrichtung und ohne sofort einsetzende Übungsbehandlung ein Gipskorsett anlegte, nach meiner Methode behandelt hat. Ein derartiges Vorgehen hat mit meiner Methode nichts zu tun und ich habe immer wieder betont, daß das Anlegen eines Gipsmieders ohne Einrichtung und ohne sofortige Übungsbehandlung schädlich ist. Ich muß mich ganz entschieden dagegen verwahren, daß eine derartige Behandlung mit meinem Namen verknüpft wird.

Ich fordere nun von Schwerdtfeger, daß er in seiner angekündigten Arbeit von jedem Wirbelbruch das Alter angibt, dann die Größe der Gibbusbildung vor und nach dem Einrichten und nach Abschluß der Behandlung, die Zeit der Ruhigstellung und den Beginn und die Art der Übungsbehandlung während der Ruhigstellung.“

Im Arch. f. Orthop. 37, H. 4, 478 hat Schwerdtfeger die vorher angekündigten Wirbelbrüche mit Angabe des Alters, der Gibbusbildung vor dem Einrichten, nach der Entfernung des Gipsverbandes und am Schluß der Behandlung,

die Art der Einrichtung, Ruhigstellung und Übungsbehandlung genau veröffentlicht, so daß man ein einwandfreies Bild über seine 6 Fälle bekommt. Man kann daraus ersehen, daß er bei keinem einzigen den gebrochenen Wirbelkörper oder die geknickte Wirbelsäule voll aufgerichtet hat. Die gute Einrichtung ist aber die Voraussetzung für ein einwandfreies Heilergebnis. Beim 6. Fall hat er ein Gipsmieder angelegt, obwohl die Buckelbildung nach dem Versuch der Einrichtung genau so groß war als vor demselben. Daß ein derartiges Vorgehen schädlich ist, habe ich immer schon betont. Bezüglich der Ruhigstellung und der Übungsbehandlung schreibt er, daß die Verletzten das Tragen des Mieders als sehr unangenehm empfanden und die Turnübungen nur sehr widerwillig ausführten.

Wenn man nach guter Einrichtung ein einwandfrei sitzendes Mieder anlegt, klagen die Verletzten nicht über Beschwerden und Unannehmlichkeiten, wie ich bei meinen 170 Fällen gesehen habe. Wenn das Mieder nicht gut angelegt und später nicht gepflegt und planmäßig kontrolliert wird, drückt es und kann sogar Druckgeschwüre erzeugen. Ich habe im Laufe der letzten 10 Jahre eine große Anzahl auswärts angelegter Gipsmieder gesehen, die technisch unvollkommen oder die im Laufe von einigen Wochen zerbrochen waren und deshalb keine Stütze mehr gaben. Derartige Mieder sind unter allen Umständen nicht nur wertlos, sondern schädlich. Schwerdtfeger hat kein Gipsmieder abgebildet. Aus der Bemerkung, daß seine Wirbelbrüche das Tragen desselben als sehr unangenehm empfanden, kann aber mit Sicherheit geschlossen werden, daß sie technisch nicht einwandfrei waren.

Wenn die Turnübungen nur sehr widerwillig ausgeführt wurden, ist dies darauf zurückzuführen, daß der Bruch nicht gut ruhiggestellt war und daß er seinen Verletzten den Glauben an die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Übungen nicht beibringen konnte, weil er wohl selbst nie daran geglaubt hat und vielleicht recht froh war, daß er beweisen konnte, daß die Ruhigstellung schädlich sei. Wieweit man Leute mit Wirbelbrüchen psychisch beeinflussen kann, geht z. B. daraus hervor, daß im Schrifttum einige Male angegeben worden ist, daß Wirbelverletzte im Gipsmieder sehr gut turnten und beschwerdefrei waren, daß sie aber einen Kollaps bekamen und ohnmächtig wurden, wenn man das Gipsmieder entfernte. Dieses Verhalten findet man bei jenen Verletzten, denen man während der Behandlung sein Erstaunen ausgedrückt hat, daß sie keine Schmerzen haben und so gut turnen können und denen man öfters gesagt hat, was wird aber geschehen, wenn das Mieder abgenommen ist und wenn die Stütze der Wirbelsäule wegfällt. Solche Verletzte arbeiten sich dann im Verlaufe der 12—16 Wochen dauernden Ruhigstellung in den Gedanken hinein, daß sie bei der Abnahme des Gipsmieders keinen Halt im Rücken haben werden und sie klappen deshalb zusammen, weil der behandelnde Arzt am Erfolg gezweifelt hat. Ich bin bei meinen 170 Wirbelbrüchen so vorgegangen, daß ich sie am Tage der Gipsabnahme zuerst im Gipsmieder in Anwesenheit meiner Assistenten und Gäste mit allen anderen turnen ließ. Dann wurde das Mieder weggeschnitten und jeder turnte sofort weiter als ob nichts geschehen wäre. Junge Leute konnten sich auch nach schweren Verletzungen nach 3—4 Tagen so weit bücken, daß sie bei durchgestreckten Kniegelenken mit den Fingerspitzen den Boden berühren konnten. Ältere brauchten dazu 3—4 Wochen. Daß die Muskeln durch die

Ruhigstellung bei entsprechender Übungsbehandlung, die nur in einem einwandfrei sitzenden Gipsmieder möglich ist, nicht leiden, zeigen meine Abbildungen. Ich habe schon lange den Satz aufgestellt, daß Wirbelbrüche bei entsprechender Behandlung in der Regel 6 Monate nach der Verletzung kräftiger und elastischer sind als vorher und ich kann diesen Satz auch jetzt aufrecht erhalten.

Schwerdtfeger bringt in seiner Arbeit zum Vergleich zu den 6 eingerichteten Wirbelbrüchen noch 2, die er ohne Ruhigstellung behandelt hat, und zwar einen 15jährigen ohne Achsenknickung und einen 64jährigen Berginvaliden mit beträchtlicher Buckelbildung. Der Junge war nach 9 Wochen beschwerdefrei und voll beweglich und der Alte hatte nach 7 Wochen eine Bewegungseinschränkung von $\frac{1}{4}$ gegenüber dem Normalen und außerdem ein Spannungsgefühl im Bereiche des verletzten Wirbels und leichtes Schwächegefühl in den Beinen.

Bei Fällen, die keine Achsenknickung haben, richte ich auch nicht ein, weil eben nichts einzurichten ist. Dann entfällt auch die Ruhigstellung. Bei alten Leuten und bei Invaliden pflege ich ebenfalls nicht einzurichten, weil diese ihre Wirbelsäule nicht mehr stark beanspruchen müssen. Die lange Ruhigstellung würde für sie einen unnötig schweren Eingriff bedeuten. Wenn Schwerdtfeger schreibt, daß ich darüber nichts erwähnt habe, so stimmt dies nicht, denn im Arch. klin. Chir. 177, 425—427 (1933) habe ich derartige Fälle genau beschrieben und abgebildet. Wenn man für die Einrichtung und Ruhigstellung die entsprechende Auswahl trifft, sind die Heilergebnisse in der Regel überraschend gut.

In den letzten 10 Jahren haben über 4000 Ärzte mein Krankenhaus besucht (s. Technik der Knochenbruchbehandlung, 5. und 6. Aufl., S. 1504 und 1505). Alle haben meine Wirbelbrüche zum Teil mit und zum Teil ohne Gipsmieder gesehen. Ich möchte nun fragen, ob einer von ihnen sich erinnern kann, daß meine Wirbelbrüche nicht mit Begeisterung turnten und ob nicht alle nach kurzer Zeit gute Beweglichkeit und Kraft zeigten.

Weil Schwerdtfeger seine Wirbelbrüche weder eingerichtet, noch entsprechend ruhiggestellt hat und weil er es an der notwendigen Übungsbehandlung fehlen ließ, muß ich mich nochmals ganz entschieden dagegen verwahren, daß er eine derartige Behandlung mit meinem Namen verknüpft.

Zusammenfassend stelle ich fest, daß man gute Behandlungsergebnisse nur erzielen kann, wenn man den zusammengepreßten Wirbelkörper vollständig aufrichtet. Wenn dies im ventralen Durchhang nicht möglich ist, muß man zum dorsalen übergehen. Am besten gelingt die Einrichtung am 1. Tage, um dann immer schwieriger zu werden. Schwerdtfeger hat viel zu spät einzurichten versucht. Deshalb ist es ihm nie gelungen. Vor dem Anlegen des Gipsmieders muß unbedingt durch Röntgenaufnahmen festgestellt werden, ob die Einrichtung tatsächlich gelungen ist. Das Anlegen eines Gipsmieders ohne Einrichtung, wie es Schwerdtfeger bei allen seinen Fällen gemacht hat, ist nicht nur überflüssig, sondern schädlich. Das Gipsmieder muß so angelegt werden, daß es einwandfrei sitzt. Dann macht es keine Beschwerden. Aus der Bemerkung Schwerdtfegers, daß seine Verletzten das Gipsmieder sehr unangenehm empfanden, geht hervor, daß es nicht gut angelegt war. Nach dem

Anlegen des Gipsmieders muß sofort eine neue Röntgenkontrolle gemacht werden, um festzustellen, ob die Stellung gut ist. Dann muß das Gipsmieder jede Woche auf guten Sitz und auf Festigkeit geprüft werden. Wenn es locker oder weich wird oder wenn es bricht, gibt es keinen Halt mehr und der aufgerichtete Wirbelkörper wird wieder zusammensinken. Die ganze vorausgegangene Behandlung ist dann wertlos. Außerdem muß mindestens alle 4 Wochen eine Röntgenkontrolle gemacht werden, um festzustellen, ob die Lordose nicht geringer wird. Sobald man dies festgestellt hat, muß man ein neues Gipsmieder anlegen, bevor es zum Zusammensinken des aufgerichteten Wirbelkörpers kommt. Während der ganzen Dauer der Ruhigstellung müssen alle Übungen planmäßig täglich durchgeführt werden. Schwerdtfeger scheint dies nicht in der richtigen Weise durchgeführt zu haben, weil er schreibt, daß seine Verletzten die Übungen nur sehr widerwillig machten. Wir haben die Erfahrung, daß alle sie mit Begeisterung ausführen.

Wer diese primitivsten Forderungen nicht erfüllt, soll die Aufrichtung gar nicht versuchen, weil er damit keine guten Ergebnisse erzielen kann.

Prof. Dr. Lorenz Böhler, Unfallkrankenhaus Wien.