

Universitäts- und Landesbibliothek Tirol

Orthopädische Sonderturnkurse

Blencke, August

Stuttgart, 1913

Viertes Kapitel. Die Häufigkeit der Wirbelsäulenverkrümmungen und der Wert der Statistiken

Orthopäden ohne weiteres recht geben, wenn er eingesteht, daß wir kein sicheres, untrügliches Zeichen für die allerersten Anfänge aller entzündlichen und nicht entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule besitzen und daß wir manchmal gezwungen sind, abwartend durch längere Beobachtung und den Vergleich aller Symptome die Klärung der Situation zu versuchen.

Und da es solcher unsicheren Fälle — jeder beschäftigte Orthopäde wird mir dies ohne weiteres zugeben — genug gibt, ist Vorsicht anzuraten und zwar größte Vorsicht. Es ist besser, in einem zweifelhaften Falle lieber eine Spondylitis, das Gefährlichere, anzunehmen, als umgekehrt, woraus dem Kinde ein später nicht wieder gut zu machender Schaden entstehen könnte, da ja beide Behandlungen grundverschieden sind und sich vollkommen ausschließen.

Ich muß dann hier noch eines Krankheitsbildes gedenken, das unter Umständen zu Verwechslungen Anlaß geben kann mit der soeben erwähnten Spondylitis. Es ist dies die sogenannte Wirbelsäuleninsuffizienz, eine Erkrankung der Wirbelsäule, auf die der Dresdener Orthopäde *Schanz* zuerst wohl aufmerksam gemacht hat und bei der die Schmerzen im Rücken im Vordergrund aller Erscheinungen zu stehen pflegen. Er führt dieses Krankheitsbild auf ein Belastungsmaßverhältnis zurück, durch das in der Wirbelsäule Reizzustände erzeugt werden, eine Art traumatischer Entzündung, die sich an denjenigen Stellen besonders lokalisieren, wo die stärksten Zug- und Druckspannungen zustande kommen und wo beim Eintritt anatomischer Veränderungen diese sich hauptsächlich abspielen. An diesen Stellen entstehen dann Klopf- und Druckschmerzen, ähnlich wie bei der Spondylitis, und von ihnen gehen dann auch oft genug ausstrahlende Beschwerden aus.

Auch bei diesen Fällen ist Gymnastik und Massage durchaus unangebracht, wie wir später noch ausführlicher hören werden.

Viertes Kapitel.

Die Häufigkeit der Wirbelsäulenverkrümmungen und der Wert der Statistiken.

Jede, auch die leichteste Abweichung der Wirbelsäule ist als ein ernstes Leiden aufzufassen, da wir es nie dem einzelnen Fall von vornherein ansehen können, ob er sich nicht in kurzer Zeit, früher oder später, verschlimmern kann. Eine schwere Verkrümmung der Wirbelsäule ist aber nicht nur ein bloßer Schönheitsfehler, nicht nur, wie der Baseler Orthopäde Professor *Hübsher* ganz richtig sagt, eine Verunstaltung des menschlichen Ebenmaßes, sondern sie birgt für dessen Träger die unheilvollsten Gefahren in sich, da vor allen Dingen, wie wir später noch sehen werden,

die inneren lebenswichtigen Organe, die Lungen und das Herz, in Mitleidenschaft gezogen werden und in ihrer Widerstandsfähigkeit leiden.

Die Skoliose ist eine überaus häufige Deformität, nach Hoffa die häufigste, die dem Arzte zur Behandlung kommt. Nach seiner Statistik beträgt die Frequenz der Skoliose unter den Deformitäten überhaupt 27,63 %, eine Zahl, die sich mit der von anderen Autoren gefundenen ziemlich deckt.

Die Skoliose ist nicht eine Erkrankung bestimmter Stände, sondern wir finden sie in allen Schichten der Bevölkerung, und Kinder der reichsten Leute, denen es nicht an Pflege, Sorgfalt usw. fehlt, werden ebenso befallen wie die Kinder der ärmsten, Kinder der Stadt- ebenso oft wie Kinder der Landbewohner.

Die ätiologischen Momente und die Formen der Skoliosen sind nach Schultheß dagegen bei den verschiedenen Volksklassen nicht dieselben. Während wir aus der bäuerischen Bevölkerung meistens nur rachitische Skoliosen zu sehen bekommen, liefert uns die städtische Schuljugend das Hauptkontingent zu den leichteren Formen.

Mädchen werden häufiger befallen als Knaben; in den meisten Statistiken kommen etwa auf 5—6 skoliotische Mädchen ein skoliotischer Knabe, wobei hervorzuheben ist, daß die hochgradigsten Formen der Skoliose häufig bei Knaben angetroffen werden, was der Leipziger Orthopäde Prof. Kölliker damit zu begründen sucht, daß die Deformität in ihren Anfangsstadien bei Knaben noch weniger beachtet wird als bei Mädchen. Auch der Orthopäde Schreiber sucht dieses Verhältnis, das zwischen Knaben und Mädchen besteht, dadurch wenigstens etwas zu klären, daß man bei Mädchen betreffend des Wuchses ängstlicher ist und diese eher zum Arzt bringt als die Knaben. Ganz unrecht haben genannte Autoren damit sicherlich nicht.

Schultheß hat darauf hingewiesen, daß man hier entschieden einen Unterschied machen muß zwischen Anstaltsstatistiken und Schulstatistiken, und daß letztere ein ganz anderes Resultat ergaben als jene, nämlich ungleich höhere männliche Prozentsätze.

Die vorhandenen Statistiken ergeben sehr verschiedene Zahlen; die Angaben schwanken zwischen 3—4 und 86 %. Ich will die Zahlen und die Statistiken hier nicht einzeln anführen, da es meines Erachtens zwecklos ist, möchte aber Schultheß' Ansicht über die Häufigkeit der Skoliose nicht unerwähnt lassen, der sich dahin äußert, daß nur in 8 % unbestreitbare Verkrümmungen vorhanden sein dürften, die sich während der Schulzeit nicht wesentlich vermehren, ein Prozentsatz, der auch ungefähr mit dem von dem Amerikaner Orthopäden Bradford gefundenen übereinstimmt, nach dem etwa 10 % aller amerikanischen Schulkinder mit Rückenverkrümmungen behaftet sind, von denen 3 % dringend der orthopädischen Behandlung bedürfen. Die erheblichen Differenzen, die wir in den Stati-

stiken finden, erscheinen durchaus nicht wunderbar, wenn man bedenkt, daß es sehr schwer ist, nach einem einheitlichen Prinzip vorzugehen und daß die verschiedenen Untersucher ganz Verschiedenes als Deformität und Nichtdeformität angesehen haben.

Wie bereits erwähnt, sind sicherlich bei den großen Zahlen von einem Untersucher Haltungsanomalien mit eingerechnet, die bei niedrigen Zahlen ein anderer Untersucher wieder vollkommen ausschaltete.

Staffel, ein bekannter Wiesbadener Orthopäde, schrieb mir: „Wenn da in manchen Statistiken behauptet worden ist, die Schuljugend sei bis zu 50 % skoliotisch oder an Rückgratsverkrümmung leidend, so kann diese Statistik nur von Beobachtern herrühren, denen vollständig die Fähigkeit fehlt, eine Rückgratsverkrümmung zu diagnostizieren. Ärzte, die zu solch' horrenden Zahlen gekommen sind, kennen gar nicht die „Breite des Normalen“ und sie haben ohne Zweifel alle Abweichungen von dem, was ihnen als Norm vorgeschwebt hat, in den großen Topf der Rückgratsverkrümmungen geworfen, wobei oft sicher noch die Tendenz mitgewirkt hat, möglichst hohe Zahlen zu erhalten. Ich zweifele auch nicht daran, daß solche Beobachter oft nicht die Fähigkeit gehabt haben, eine zufällige abnorme Haltung als solche zu erkennen.“

Staffel hat mit einem dortigen Stadt- und Schularzt Mädchenklassen von Volksschulen auf Rückgratsverkrümmung untersucht und stellte solche, die man ehrlicherwise so nennen darf, in 2—3 % der Fälle fest. Das andere, was für verdächtig gehalten wurde, waren harmlose Varietäten innerhalb der Breite des Normalen oder Krümm- und Schiefhaltungen ohne jede Abnormität im Skelett.

Genannter Autor würde es deshalb für recht nützlich halten, wenn die Schulärzte durch praktische Kurse, die in jeder größeren Stadt ein erfahrener Orthopäde erteilen könnte, in den Stand gesetzt würden, die Haltung und Gestalt der zu untersuchenden Kinder richtig zu beurteilen. Dann würden seiner Meinung nach die fabelhaften Zahlen bald auf das richtige Maß zusammenschrumpfen.

Nach den Untersuchungen meines hiesigen Fachkollegen Kirsch, der solche an den Magdeburger Volksschulen anstellte, sind solche Differenzen, wie wir sie in den Statistiken finden, zum Teil auch aus der Verschiedenheit der lokalen Verhältnisse und aus Zufälligkeiten erklärbar; denn auch er fand bei seinen Untersuchungen zwischen einzelnen Parallelklassen derselben Schule sehr erhebliche Unterschiede. Wie manchmal von anderen abweichende Verhältnisse herauskommen können, beweist z. B. die Krug'sche Statistik, der vielleicht mit seinen Angaben allein dasteht, daß die Mädchen mit 22,5 % seltener skoliotisch sind als die Knaben mit 26 %, und wie erklärt sich das?

Kirsch gibt wohl die richtige Antwort: „Da es nach Krug's Angaben

nicht zugänglich war, bei den größeren Mädchen die Kleider bis zum Kreuzbein herabzuziehen, nun, so wird er wohl alle Lendenskoliosen bei den Mädchen übersehen haben.“

Ich meine, solche Untersuchungen haben wenig Wert und sollten lieber unterbleiben, da sie imstande sind, nur noch mehr Verwirrung in ein Gebiet hineinzutragen, das ohnehin nach mancher Richtung hin noch sehr der Klärung bedarf.

Beweisend für diese meine Behauptungen sind Prof. L a n g e s Ausführungen auf dem letzten Orthopädenkongreß, nach dem in München bei den Untersuchungen der Schulärzte festgestellt wurde, daß in den Schulen im 6. und 7. Lebensjahre sich viel mehr Skoliosen fanden als im 14. und 15., woraus man nun wieder den Schluß ziehen zu müssen glaubte, daß die Schule heilend auf die Skoliose einwirkte. Nach L a n g e s Ansicht ist dies aber einfach so zu erklären, daß im 6. und 7. Lebensjahr sehr häufig die Unsicherheit der Haltung vorkommt, wobei sich die Kinder bald rechts-, bald links-konvex halten und diese unsicheren Haltungen sind dann als Skoliosen angesehen und auch als solche gezählt worden. Da nun solche unsicheren Haltungen in späteren Jahren in vielen Fällen verschwinden, nun, so mußten infolgedessen die Zahlen der angeblichen Skoliosen geringer werden. L a n g e schloß diese seine Ausführungen mit den Worten:

„Ich glaube, wir müssen den ganzen Untersuchungen über Schulskoliosen, die nicht von orthopädischen Fachärzten und die nicht auf Grund von Zeichnungen gemacht sind, mit größtem Mißtrauen begegnen und dürfen keinerlei Schlüsse daraus ziehen.“

Ich kann dem Münchener Orthopäden auf Grund meiner hier gemachten Erfahrungen voll und ganz beipflichten. Bevor ich die Leitung der Magdeburger Sonderturnkurse übernahm, lag sie in den Händen der jeweiligen Schulärzte derjenigen Schulen, in denen sie zunächst eingeführt waren. Man benutzte ein Wirbelsäulenschema, in das das jeweilige Resultat der Anfangsuntersuchungen eingezeichnet wurde. Als ich dann im Beisein der Turnlehrerinnen bei der Übernahme der Kurse die Kinder nachuntersuchte, nun, da konnte ich zum Erstaunen jener oft gerade das Gegenteil einzeichnen von dem, was eingezeichnet war, bei einer Reihe von Fällen auch seitliche Abweichungen, wo keine eingezeichnet waren, so daß man eine Verschlimmerung in den jeweiligen Fällen hätte annehmen können, trotzdem die Kinder schon eine Zeitlang in den Sonderturnkursen geturnt hatten.

Wie kam dieses?

Die betreffenden Ärzte hatten sicherlich das Bild richtig eingezeichnet, wie es sich ihnen bei der ersten Untersuchung präsentiert hatte, nur hatten sie den Fehler begangen, daß sie auf Grund dieser einmaligen Untersuchung diesen Befund eingezeichnet hatten. So waren eine Reihe

von Skoliosen in den Anfangsbefund aufgenommen, die gar keine Skoliosen waren.

Um den Unterschied zwischen Haltungsanomalien und Skoliosen den Turnlehrerinnen recht klar vor Augen zu führen, pflegte ich dann so zu verfahren, daß ich die Schülerinnen, die uns zur engeren Wahl behufs Aufnahme in den Kursus zugeschickt waren, in einer Reihe mit entblößtem Rücken antreten ließ. Wir gingen nun prüfend langsam durch, manche seitliche Abbiegung sahen wir beim ersten Durchgehen, und wenn wir dann zum zweiten, zum dritten Male durchgingen, nun, dann fanden wir ganz andere Bilder, dann hatten die Kinder ihre Stellung geändert, und ließen wir nun eine stramme, straffe Haltung für eine kurze Spanne Zeit einnehmen, nun, dann schwanden bei den genaueren Einzeluntersuchungen noch eine ganze Reihe seitlicher Abweichungen, die in schlaffer Haltung auf den ersten Blick als eine Skoliose imponiert hatten. Auf diese Weise haben es die Turnlehrerinnen, denen ich dieses immer und immer wieder vor Augen zu halten pflege, namentlich an recht drastischen Fällen, gelernt, einen Unterschied zwischen Haltungsanomalien und wahren Skoliosen zu machen und können es jetzt besser beurteilen als gewisse Ärzte, die „über so einfache Dinge eine Belehrung nicht mehr nötig zu haben glauben“, und die nur ein überlegenes Lächeln übrig haben, wenn man ihnen sagt, daß Fehler bei den Untersuchungen vorgekommen sind, und die dann gleich bei der Hand sind, von Interessenpolitik und ähnlichen Dingen zu reden, weil sie ihren Gegnern nicht wissenschaftlich beikommen, weil sie dieselben nicht wissenschaftlich widerlegen können.

Für ein einigermaßen in solchen Dingen geübtes Auge ist es nicht schwer, wirkliche Skoliosen herauszufinden, bei denen schon Niveaudifferenzen vorhanden sind; es wird auch keine Schwierigkeiten machen, S-förmige Verkrümmungen richtig zu erkennen und zu beurteilen; schwierig ist es aber sicherlich, anfangs einseitige wirkliche Skoliosen von bloßen Haltungsanomalien zu unterscheiden, die solche nur allzuoft und allzu leicht vortäuschen können, bei flüchtiger Untersuchung wenigstens.

Man soll sich deshalb nicht mit einmaliger Untersuchung begnügen, sondern soll die Fälle 2—3mal ansehen — auch *Lorenz*, einer unserer tüchtigsten und bekanntesten Orthopäden, verlangt dies und tut es selbst, trotzdem ihm wohl reichere Erfahrungen auf diesem Gebiete zur Seite stehen als manchem anderen, der nur ein spöttisches Lächeln für solche Dinge übrig hat — und man wird dann noch eine ganze Reihe Fälle ausmerzen können, die bei der ersten Untersuchung als Skoliose in die Erscheinung traten, aber gar keine waren, wie sich dann bei einer nochmaligen Untersuchung herausstellte.

Nur solche Statistiken haben Wert und werden ein einigermaßen richtiges Bild geben, nicht aber jene flüchtigen Massenuntersuchungen, die von hohen und höchsten Prozentzahlen berichten.

Auch über das Vorkommen der einzelnen Skoliosenarten möchte ich noch einige Daten bringen.

Nach Schultheß' Untersuchungen standen in bezug auf häufiges Vorkommen die komplizierten, rechtskonvexen Dorsalskoliosen an erster Stelle, denen dann die einfachen Dorsal- und Lumbodorsalskoliosen folgten, sodann die Totalskoliosen und endlich die Lumbalskoliosen; die geringste Frequenz wiesen die dorso-zervikalen Formen auf. 126

Alle Statistiken ergaben übereinstimmend mehr linkskonvexe als rechtskonvexe Skoliosen. In den einzelnen Formen überwog bei der Dorsalskoliose die rechtskonvexe Form bedeutend. Die rechtskonvexe Totalskoliose ist seltener als die linkskonvexe.

Schultheß konnte auf Grund seiner untersuchten und behandelten Fälle die Beobachtung machen, daß die Lendenskoliose im allgemeinen in einem späteren Alter auftritt als die Totalskoliose; ich kann diese Beobachtung auf Grund meines Materials nur voll und ganz bestätigen.

Fünftes Kapitel.

Schule und Skoliose.

Wir kommen nunmehr zu den Ursachen der Wirbelsäulenverkrümmungen und möchten den Einfluß, welchen die Schule auf dieselbe hat, in einem gesonderten Kapitel betrachten, da gerade nach dieser Richtung hin noch viele falsche Ansichten bestehen. Man pflegte früher der Schule den Hauptanteil bei der Bildung der Skoliosen zuzuschreiben und diese Ansicht finden wir auch heute immer und immer wieder vertreten. Aus alten orthopädischen Lehrbüchern wurde sie immer wieder in neue und neueste Arbeiten übernommen, die nicht der Feder der Fachorthopäden entstammten und in denen die neueren und neuesten Forschungen in der Ätiologiefrage der Skoliose nur wenig oder gar keine Berücksichtigung fanden.

Daß auch heute noch Ärzte auf diesem Standpunkt stehen, nun, dafür möge als Beweis die neuere Arbeit eines amerikanischen Kollegen dienen, der die Ansicht vertritt, daß drei Viertel aller Skoliosen der Schule zur Last zu legen sind. Ich möchte diesem Kollegen dringend das Studium der neueren Arbeiten über die Skoliosen empfehlen, ich möchte ihm ferner dringend raten, die neueren und neuesten Arbeiten über statistische Untersuchungen zu lesen, die von Fachkollegen in richtiger Weise angestellt sind und in denen nicht Skoliosen mitgezählt wurden, die gar keine Skoliosen waren.

Wenn Fahrner behauptet, daß 90% aller Skoliosen in die Schulzeit fallen, und Eulenburg, daß 8% vor der Schulzeit vorhanden sind und 89%