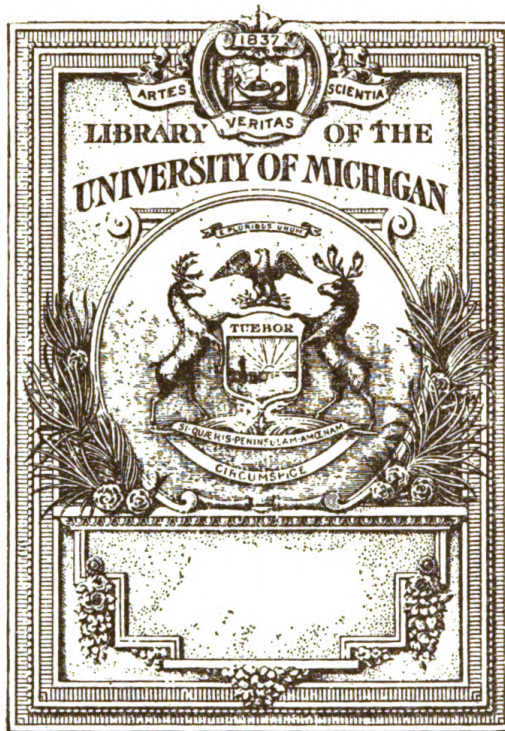




B 3 9015 00249 336 2
University of Michigan - BUHR





610.5
Z6
C54

Zentralblatt
für
Chirurgische und Mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Herausgegeben von

Priv.-Doz. Dr. von Baeyer-München, Priv.-Doz. Dr. Baisch-Heidelberg, Prof. Bie-
salski-Berlin, Prof. Cramer-Köln, Prof. Gocht-Halle a. S., Prof. Hoefmann-
Königsberg i. Pr., Prof. Kölliker-Leipzig, Prof. Lange-München, Prof. Ludloff-Frank-
furt, Prof. Riedinger-Würzburg, Prof. Ritschl-Freiburg i. B., Priv.-Doz. Dr.
Wollenberg-Berlin

sowie von

Prof. Dr. Martinez Angel-Madrid, Prof. Dr. v. Bayer-Prag, Priv.-Doz. Dr. Chry-
sospathes-Athen, Prof. Dr. Dollinger-Budapest, Prof. Dr. Galeazzi-Mailand, Pro-
fessor Dr. Haglund-Stockholm, Prof. Dr. Hevesi-Klausenburg, Priv.-Doz. Dr.
Hübscher-Basel, Prof. Jonnesco-Bukarest, Prof. Dr. Lorenz-Wien, Dr. R. W.
Lovett-Boston, Prof. Dr. Panum-Kopenhagen, Prof. Dr. Putti-Bologna, Prof. Dr. Ry-
dygier-Lemberg, Prof. Dr. Schulthess-Zürich, Oberarzt Dr. Sinding-Larsen-
Fredrikvaern, Prof. Dr. Spitzky-Wien, Priv.-Doz. Dr. Tilanus-Amsterdam.

Redigiert von

Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Band IX

Mit zahlreichen Abbildungen im Text.



BERLIN 1915.
VERLAG VON S. KARGER.
KARLSTRASSE 15.



Druck von Ernst Klöppel, Quedlinburg.

Medical
Harrold
10-22-11

Verzeichnis der Original-Arbeiten.

	Seite
Bähr, Ferd. Statistisches vom Plattfuss	1
Bayér, Karl. Zur Technik des Extensionsverbandes . .	25
Hoeftmann, F. Erlangung von Dienstfähigkeit durch Oberschenkelprothese	49
Klostermann, Ludwig. Wie verhindert man das Ab- rutschen von Klumpfussverbänden?	147
Lewy, J. Zur Deckung von Substanzverlusten bei der Nervennaht	193
Ritschl, A. 12 Gebote zur Verhütung des Krüppeltums bei unseren Kriegs-Verwundeten	145
Schede, Fr. Zur Behandlung von Oberschenkelbrüchen	73
Vulpus, O. Anmerkung zu den 12 Geboten von Pro- fessor Ritschl-Freiburg	51
Preis Ausschreiben zur Verbesserung der Ersatzglieder für Kriegsverstümmelte	214

Berichte.

VIII. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft. Florenz, am 14. Dezember 1913	12
Niederländische orthopaedische Vereeniging. 28. Juni 1914 in Amsterdam	94

Statistisches vom Plattfuss

von

FERD. BÄHR

in Hannover.

„Was das Geschlecht betrifft“, sagt Hoffa in seinem Lehrbuch, „so verteilen sich von den 338 Fällen 217 auf das männliche und 121 auf das weibliche Geschlecht. Das männliche Geschlecht ist daher beinahe doppelt so häufig betroffen als das weibliche.

Was den Sitz der Deformität betrifft, so betraf dieselbe unter 327 Fällen mit genauer Angabe

58 mal die rechte Seite,
65 mal die linke Seite,
204 mal beide Seiten.“

Diese Angabe, die auch Joachimsthal unverändert in das Handbuch der orthopädischen Chirurgie übernommen hat, finde ich nach meinen Erfahrungen schon lange nicht mehr zutreffend. Die Hoffa'sche Rechnung bezieht sich auf das Material der Münchener chirurgischen Poliklinik aus den Jahren 1879—89!

Ich habe aus den letzten anderthalb Jahren 300 eigene Fälle zusammengestellt. Sie ergeben für das weibliche Geschlecht 159, für das männliche 141, darunter 15 linksseitige, 18 rechtsseitige, 217 doppeltseitige Plattfüsse, soweit vermerkt.

Ich will nun aus diesen Zahlen noch nicht den Schluss ziehen, dass das weibliche Geschlecht stärker beteiligt sei. Aber soviel ist doch sicher, dass die früheren Verhältniszahlen nicht den Tatsachen entsprechen. Ganz abgesehen davon, dass nach meiner Beobachtung heute eine absolut grössere Anzahl von Plattfüssen zu unserer Kenntnis kommt, dürfte die stärkere weibliche Beteiligungsziffer in der Zunahme der weiblichen Beschäftigung begründet sein, und darin, dass heute mehr weibliche Mitglieder den Krankenkassen angehören. Und bei alledem muss ich noch darauf hinweisen, dass eine grosse Anzahl Plattfusskranker von den Schuhmachern und Bandagisten versorgt werden. Ausserordentlich häufig sind die Verkäuferinnen im stadium adolescentium mit Plattfussbeschwerden geworden. Auch steht es für mich fest, dass quoad deformationem die weiblichen Patienten mehr die leichteren, die männlichen die schwereren Formen zeigen.

Bezüglich des Lebensalters verteilen sich meine Fälle:

	Männliche	Weibliche
1. Dezennium	8	8
2. „	42	48
3. „	27	41
4. „	35	26
5. „	16	14
6. „	9	15
7. „	4	7
	<u>141</u>	<u>159</u>

Es wäre aber verfehlt, diese Zahlen ohne weiteres für die Zeit des Auftretens des Plattfusses geltend zu machen. Viele Patienten haben sich schon einige Zeit vorher mit irgendwelchen Mitteln beholfen. Viele Patienten haben auch lange vorher Plattfüsse gehabt, die aber bis dahin keine oder keine erheblichen Beschwerden machten. Die hier gemachte Altersangabe entspricht also nur dem Zeitpunkt, zu welchem der Patient zu uns kam. Und ich fürchte, dass es mit der eingangs angegebenen Statistik dieselbe Bewandnis hat. Wie verschieden in dieser Richtung Statistiken ausfallen können, zeigt eine Notiz bei Whitman (Orthopaedie Surgery.) Er berechnet auf 1000 Fälle 220 nach dem 30. Lebensjahr, also ein gutes Fünftel, während ich etwas über zwei Fünftel habe. Vielleicht ist in der Heimat Whitman's die Fusspflege weiter gediehen, und setzt dementsprechend die Therapie früher ein.

- 1) **Eden.** Gelenkchondrome. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. H. 1. p. 277.)

Verf. konnte einen der seltenen Fälle von Enchondrombildung (von der Ansatzstelle der Gelenkkapsel geht die Tumorentstehung aus) bei einem 22 jährigen Matrosen, ohne besondere Ursache im Hüftgelenk entstanden, beobachten. Nach Lexer handelt es sich um Knorpelversprengung aus der Entwicklungszeit durch Fehler der Mesenchymdifferenzierung bei der Gelenkbildung, nach Rehn und der alten Virchow'schen Lehre um infektiöse Uebertragung der Enchondrome in zusammenhängenden Geweben. Die Operation (radikale Entfernung der Gelenkkapsel, wenn nötig mit Resektion des betreffenden Gelenkes) bietet die einzige Garantie vor Rezidiven.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 2) **Cohen.** On some angioneural arthroses (periarthroses, pararthroses) commonly mistaken for gout or rheumatism. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLVII. Nr. 2, p. 228.)

Von 27 Fällen angioneurotischer Gelenkleiden werden 7 als besonders lehrreich beschrieben. Verf. führt febrile und afrebile Fälle an, die Behandlung unterscheidet sich auch nicht von der der Gicht und des Rheumatismus, mit denen das klinische Bild dieser Erkrankung verwechselt wird: symptomatische Therapie, diätetische, Hydrotherapie, Massage, hochfrequente Ströme, Opothérapie.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 3) **Walther.** Gonorrhoeal metastatic arthritis. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX, Nr. 15, p. 561.)

Von den zahlreichen Operationen bei gonorrhöisch-metastatischer Arthritis erwähnt Verf. nur 4 der modernsten. 1. Aspiration des erkrankten Gelenks. 2. Dieselbe + Injektion eines Antiseptikums oder Desinficiens. 3. Inzision, Irrigation und Drainage. 4. Fullersche Operation: vesiculotomia seminalis. Eine lokale Therapie der Gelenke ist erfolglos, wenn nicht der ursprüngliche Herd, der die Toxaemie verursacht — ein Zeichen davon ist die Gelenkaffektion — entfernt wird. Die Operation braucht eine geschickte Hand und kann nicht theoretisch erlernt werden, sondern nur durch mehrmaliges Sehen ihrer Ausführung durch einen darin bewanderten Operateur. (Fuller, New-York.) Spitzer-Manhold, Zürich.

- 4) **Bofinger.** Die Wassermann'sche Reaktion bei nicht syphilitischen Erkrankungen, insbesondere bei akutem Gelenkrheumatismus. (Strassburger Med. Zeitung 1913, 10.)

Bofinger hat unter 52 typischen Fällen von akutem Gelenkrheumatismus in 31 Fällen eine positive Wassermann'sche Reaktion gefunden. Die Hemmung tritt nicht nur im akuten Stadium auf, sie findet sich auch noch ein Jahr nach Ablauf desselben in gleicher Stärke. — Diese Tatsache verdient bei der Beurteilung von Gelenkerkrankungen weitgehende Berücksichtigung.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

- 5) **Lance.** La polyarthrite rhumatoide chez l'enfant. (Maladie de Still.) (Gaz. des hop. 87^e année. Nr. 20, p. 315.)

Die Still'sche Krankheit besteht in Anschwellung und Versteifung verschiedener Gelenke bei Kindern beim Zahnwechsel, hat weder zu Ankylosierung noch zu Vereiterung Tendenz und zeigt keinerlei Knochenveränderungen. Drüsen und Milz sind dabei vergrößert. Die Natur der Erkrankung ist identisch mit der rheumatischen Erkrankung Erwachsener. Spitzer-Manhold, Zürich.

1*

- 6) **Wilkie.** A case of osteochondritis deformans juvenilis
(The Edinburgh med. Journ. Vol. XII. Nr. 1, p. 55.)

Die Osteochondritis deformans wird bei Kindern zwischen 3—12 Jahren gefunden, oft mit Tuberkulose verwechselt und ist nach Perthes eine knorpelige Degeneration des Femurkopfes und oberen Halsteiles, die in Zusammenhang mit abnormer Blutversorgung zu bringen ist. Verf. hat einen 8jährigen Jungen mit diesem Leiden in Behandlung. Er wird an Hüft- und Glutaealmuskeln, die leicht atrophisch sind, massiert, darf aber herumgehen und die Schule besuchen, wird nur unter Beobachtung gehalten. Symptome: ein ausgesprochenes Hinken, das eine kongenitale Hüftgelenksluxation vortäuscht. Abnorme Prominenz des grossen Trochanter. Adduktionsstellung. Flexion und Extension in der Hüfte frei, Rotation etwas, Abduktion wesentlich beschränkt, Rütteln im Hüftgelenk verursacht keine Schmerzen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 7) **Ely** (S. Franzisko, Kalifornien). La patologia della tubercolosi articolare. (Archivio di Ortopedia. A. XXX, 3.)

Gestützt auf die Untersuchung von über 100 anatomischen Stücken aus Resektionen, Amputationen und kleineren Operationen hat Verf. mehr als 400 mikroskopische Präparate hergestellt.

Die Gelenktuberkulose beginnt wahrscheinlich als solitärer Tuberkel der Synovialis, des lymphoiden Markes, oder der inneren Schicht des Periosts und greift, solange sekundäre Injektionen fehlen, nie die übrigen Gelenkgewebe direkt an. Ihre Entwicklung von Anfang bis zu Ende ist ähnlich derjenigen, die sie in allen anderen lymphoiden Geweben des Körpers zeigt. Die Unterschiede sind gegeben durch die besonderen mechanischen Verhältnisse, die sie in den Gelenken und Knochen umgeben.

Weiterhin bespricht Verf. die verschiedenen Zeiten der Gelenktuberkulose. Warum entwickelt sich die Tuberkulose in der Gelenkgegend und nicht im Schaft der langen Röhrenknochen?

Er schliesst aus, dass das Trauma Ursache von Tuberkulose sei, da die Gelenke, die am meisten den Traumen ausgesetzt sind, durchaus nicht die von der Tuberkulose vorzugsweise befallenen sind. Leichter ist es zu verstehen, dass ein Tuberkuloseherd bei einem Gelenk bestehen kann, ohne dass man Kenntnis davon hat, und dass ein Trauma ihn verschlimmern und zur Beobachtung durch uns bringen kann. Ebenso schliesst er das rasche Wachstum und die reiche Zirkulation aus.

Er verwirft als Ursache die auf das Trauma folgende Kongestion, die spongiöse Struktur des Knochens und akzeptiert auch nicht die

Hypothese, die heutzutage die grösste Anerkennung findet, dass nämlich die epiphysären Arterien der langen Röhrenknochen „terminale“ seien und somit ein tuberkulöser Embolus hier leichter stecken bliebe.

Vielmehr glaubt er, den Grund der Lokalisation in der Struktur der Gewebe an jener Stelle zu finden. Die Synovialis und das Mark sind von lymphoider Natur und überall im Körper werden die lymphoiden Gewebe durch den Tuberkelbazillus ganz besonders invadiert.

Die Anwesenheit des lymphoiden Markes ist an die Funktion eines Gelenkes gebunden, und je grösser im allgemeinen die Funktion ist, desto grösser ist die Menge des lymphoiden Markes. Dies erklärt die Häufigkeit der Erkrankung bei Kindern, die ihre Gelenke ausgiebiger gebrauchen als Erwachsene. Ist die Funktion aufgehoben, so verschwinden die beiden Gewebe.

Zur Behandlung einer tuberkulösen Arthritis ist daher die Funktion des Gelenkes aufzuheben.

Die sekundäre Infektion kompliziert die Krankheit. Andere freie Gewebe werden angreifbar. Buccheri, Palermo.

8) **Bargellini.** Sulla cura tubercolinica nella tubercolosi ossea e articolare (Atti della Società lombarda di scienze med. e biol. Vol. II. Fasc. 3.)

Die Knochen- und Gelenktuberkulose ist als lokaler Ausdruck einer Allgemeininfektion zu betrachten. Unter dem therapeutischen Gesichtspunkt ist daher das Tuberkulin zu verwenden, das die verschiedenen konservativen Behandlungsmethoden ergänzt. Nicht stark beeinträchtigter Allgemeinzustand und gut erhaltene Abwehrkräfte bilden geeignete Bedingungen zur Anwendung der Tuberkulinbehandlung bei der Knochen- und Gelenktuberkulose.

Verf. hat die spezifische Behandlung in 15 Fällen versucht, die fast sämtlich Kinder betreffen; bei 3 Fällen handelte es sich um Tuberkulose des Ellenbogens, bei 4 um Spondylitis, bei 1 um Koxitis und Tuberkulose des Radius und Karpus, bei 1 um Tuberkulose des Kniegelenks, bei 1 um Epiphysentuberkulose des oberen Endes der Tibia, bei 2 um Tuberkulose des Fusses und bei 1 um Tuberkulose mit multiplen Herden.

Verf. machte subkutane Tuberkulineinspritzungen in kleinen Dosen, die mit entsprechenden Intervallen allmählich gesteigert wurden, so dass jede klinisch erkennbare Allgemein- und Herdreaktion vermieden wurde.

Die Injektionen wurden gut vertragen. Der Allgemeinzustand wurde konstant besser: Abfall der febrilen Temperatur, Zunahme des Körpergewichts, Besserung der Blutzusammensetzung. Die Wirkung des Tuberkulins löste häufig eine ausgeprägte Heilungstendenz des lokalen Prozesses aus; Abszesse wurden resorbiert, die Sekretion nahm ab, Wunden reinigten sich, Fistelgänge verödeten, Gelenkexsudate kamen zur Resorption. Buccheri, Palermo.

- 9) **Antonin Poncet** (Lyon). Aetiologische Formen der chronischen Gelenkentzündungen. Tuberkulöser Rheumatismus und seine Behandlung. (Zschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII. S. 647—649.)

Zahlreiche ätiologische Formen der chronischen Gelenkentzündungen. Trauma, Infektion, Diathese, Störung der inneren Sekretion. Andere — anscheinend ohne Ursache — sind tuberkulöser Natur. Nimmt die Entzündung rheumatische Formen an — tuberkulöser Rheumatismus. Beweis: 1. Entwicklung der chronischen Gelenkentzündungen gleichzeitig, parallel oder abwechselnd mit andern tuberkulösen Erscheinungen. 2. Auftreten mit Vorliebe auf tuberkulösem Gebiet (bei Nachweis von latenter Tbc.). 3. Auftreten von Gelenkreaktionen, ähnlich dem tuberkulösen Rheumatismus nach Tuberkulinreaktionen. 4. Ausartung von tuberkulösen Arthritiden in wirkliche Gelenk-Tbc. 5. Experimentelle Erzeugung chronischer Arthritiden beim Tier durch Tuberkulininjektion.

Behandlung: Spezifisch (Spenglers J. K., Tuberkuline, etc.) Lokal: Immobilisation, Bier'sche Stauung, Wärmelichtbäder. Am besten ist Heliotherapie. Resektion nur bei schmerzhaften, rebellischen Formen und fehlerhaften Gelenkversteifungen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

- 10) **Liniger** (Düsseldorf). Lehrreiche Fälle aus der Unfallpraxis. I. Unfall und Tuberkulose. (Aerztl. Sachverst.-Z. 1914. Nr. 7. S. 133—138.)

Vier ausführl. auseinandergesetzte Fälle von Knochen-, bzw. Gelenktuberkulose (Wirbel-, Schulter-, Knie- und Fussgelenk), bei denen von Verletzten ein Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Unfall behauptet, auch ärztlicherseits öfters angenommen worden war, bei denen es aber schliesslich zur Zurückweisung der Entschädigungsansprüche kam, da der Zusammenhang zwischen Unfall und Tuberkulose letzten Endes doch abzulehnen war.

L. erwähnt noch, dass er bei mehreren hundert Fällen von angeblich traumatischer Tuberkulose, in keinem Fall den Zusammenhang mit dem Unfall einwandfrei nachweisen konnte. Er lehnt

Tbc. nach Unfall nicht unbedingt ab, verlangt aber die Erfüllung folgender Forderungen:

1. Einwandfreies Feststehen des Unfalles.
2. Erheblicher, wenn auch nicht unbedingt schwerer Unfall.
3. Beobachtung direkter Unfallfolgen.
4. Charakteristischer Verlauf der Tuberkulose (Eintritt nicht vor einem, nicht später als sechs Monate nach dem Unfall).

Natzler, Mülheim-Ruhr.

11) **Paul Zander** (Berlin). Gelenktuberkulose und Unfall. (M. Klinik 1913. H. 51, S. 2123.)

Ein Mann will im Jan. 1908 auf das rechte Knie gefallen sein. Hierauf wurde eine etwa 2 Monate später auftretende Erkrankung des Kniegelenks zurückgeführt, die einen 13 monatlichen Krankenhausaufenthalt nötig machte, da es nach Schwellung des Knies zu mehrfachen Punktionen, zur Eröffnung des Gelenks und schliesslich zur Amputation des Oberschenkels kam. Der erstbegutachtende Arzt trat unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich das Leiden so unmittelbar an den Unfall anschloss und sich gewissermassen unter den Augen des Arztes entwickelte, für den Zusammenhang zwischen Unfall und Gelenktuberkulose ein. Der zweite Gutachter lehnte den Zusammenhang zwischen Unfall und Kniegelenktuberkulose ab, nahm vielmehr einen solchen mit einem bestehenden Lungenspitzenkatarrh an. Der Vertrauensarzt des Schiedsgerichts äusserte sich dahin, dass die Gelenktuberkulose durch den einfachen Stoss zum Aufflackern gekommen sei. Der von der Berufsgenossenschaft beim Reichsversicherungsamt eingelegte Rekurs wurde zurückgewiesen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

12) **Beck**. Weitere Erfahrungen mit Rosenbach'schem Tuberkulin bei der kindlichen Tuberkulose. (Zschr. f. Kinderheilk. X, 2, 3.)

Verfasser hat die an dieser Stelle bereits besprochenen Versuche mit Rosenbachs Tuberkulin bei weiteren 45 Fällen von Tuberkulose, darunter 11 Kindern mit Knochenkaries, fortgesetzt. Er hat auch jetzt die gleichen günstigen Erfahrungen gemacht, fand bei Knochen- und Gelenktuberkulosen einen Rückgang der Gelenkschwellungen, Schliessen der Fisteln und Rückkehr der Beweglichkeit. Verfasser empfiehlt das Rosenbach'sche Tuberkulin bei allen Fällen von kindlicher Tuberkulose.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

13) **Hagemann**. Ueber die Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit künstlichem Licht. (D. m. W. Nr. 30. 1913.)

Da wir leider nicht alle Patienten mit chirurgischer Tuberkulose nach Samaden oder Leysin schicken können, und da wir in Deutschland zu wenig andauernden Sonnenschein haben, um eine zweckmässige Heliotherapie durchführen zu können, müssen wir zu künstlichen Lichtquellen unsere Zuflucht nehmen. Als das wirksamste Prinzip der Höhensonne betrachtet man die violetten und die ultravioletten, also die kurzwelligen, chemischen Strahlen; diese werden geliefert von der elektrischen Bogenlampe, der Finsen-Reynschen Lampe, der Quarzlampe, den Eisenelektroden- und den Quecksilberdampflampen. Mit der Bach-Nagelschmidt'schen Quarzlampe machte Verf. therapeutische Bestrahlungen lokal bei 31 Patienten mit oberflächlichen Erkrankungen der Haut, tuberkulöser und nicht tuberkulöser Natur, und bei tuberkulösen Fisteln und Tuberkulose der Knochen und Gelenke, mit negativem Erfolg ausser bei einem einzigen Fall: Bei einem 65jährigen Mann mit Knie- und Sprunggelenktuberkulose heilten in gefensterten Gipsverbänden die Fisteln glatt nach 14 lokalen Bestrahlungen in 3 Monaten. Diese lokale Behandlung hatte also nicht die Erfolge, wie sie Bernhard mit lokalen Sonnenbeleuchtungen in Samaden erreicht. Umso bessere Heilerfolge hatte Verf. mit Allgemeinbestrahlungen, besonders dann, wenn er das Quarzlicht mit dem Licht von Kohlenfadenglühlampen kombinierte. Verf. glaubt nämlich, dass nicht die ultravioletten Strahlen allein die ausschlaggebende Rolle bei der Heliotherapie spielen, sondern dass auch die roten langwelligen Strahlen des Lichts sehr wichtig sind, ja sogar, dass die eigentliche Heilwirkung von den warmen roten und ultraroten Strahlen ausgeht die ja in viel grössere Tiefen dringen als die kurzwelligen. Die mit dem kombinierten Licht behandelten Patienten wurden viel schneller und intensiver pigmentiert als die nur mit Quarzlicht bestrahlten. Nur unter dem kombinierten Licht fühlt sich der Patient wie in dem Sonnenbad. H. verbindet die Bestrahlungen mit dem Freiluftbad, er lässt die Behandlung in gut durchlüfteten Räumen, auf Veranden oder ganz im Freien vornehmen. Die so behandelten Patienten nahmen schnell an Gewicht zu und besserten sich auf der ganzen Linie, sowohl bei Tuberkulose wie bei chronischer Osteomyelitis; die lokalen Erscheinungen heilten langsamer, als die Besserung des Allgemeinbefindens eintrat, wie bei Rollier. Verf. behandelte auch eine Reihe von Fällen poliklinisch, während die Patienten ihren Berufsgeschäften oblagen. Experimenti causa wurde jede andere Behandlung ausser der Ruhigstellung in Streckverbänden vermieden; das soll aber nicht das Normalverfahren sein, sondern alle bisherigen Methoden sollen mit der Lichtbehandlung kombiniert werden. Mit der Lichttherapie

muss man genau so vorsichtig beginnen wie mit der Sonnenbehandlung; die erste Bestrahlung soll nur 3 Minuten dauern, und bei jeder folgenden werden 3 Minuten zugegeben bis zur Gesamtdauer von $\frac{1}{2}$ Stunde, täglich oder jeden 2. Tag, je nach dem Befinden des Pat.; tritt stärkere Hautreaktion (Rötung, Blasen, Oedem der Haut) ein, so schiebt man 3—4tägige Pausen ein. Die mit Kohlenfadenlampen kombinierte Bach-Nagelschmidt'sche Quarzlampe kostet bei der Quarzlampengesellschaft in Hanau etwa 370 Mark; die Bestrahlungsstunde, während der 3 Patienten zu gleicher Zeit behandelt werden können, beansprucht etwa 40 Pfennig Stromkosten. Wir können also alle geeignete Fälle der Lichttherapie zuführen.

Klar, München.

14) **Vulpus.** Ueber die künstliche Belichtung der chirurgischen Tuberkulosen. (Zschr. f. Balneologie 1914, 1.)

Die Heliotherapie hat in den letzten Jahren die Behandlung der Knochen und Gelenktuberkulosen in neue Bahnen gelenkt. Die Sonnenstrahlen in der Tiefebene weisen gegenüber den Strahlen der Höhensonne einen geringeren Gehalt an ultravioletten Strahlen auf, den man durch Verlängerung der Bestrahlungsdauer wieder wett machen kann.

Vulpus wendet in seinem Sanatorium Rappenaу die Heliotherapie seit mehreren Jahren in umfassender Weise an. An trüben Tagen und im Winter greift er — um die erfolgreiche Behandlung nicht aussetzen zu müssen, zur künstlichen Belichtung. Er verwendet Kohlenbogenlicht für die lokale Bestrahlung oberflächlicher und tiefer Krankheitsherde. Die Konzentration wird mit einem verschieblichen Hohlspiegel herbeigeführt, die Dauer der Bestrahlung beträgt 10 Minuten, steigend bis 30 Minuten. Die Quarzlampe dient ihm zur Bestrahlung von Hauttuberkulosen und zur Allgemeinbestrahlung. Vulpus beschreibt die von ihm geübte Bestrahlungstechnik und gibt seiner Ueberzeugung Ausdruck. in der künstlichen Bestrahlung zwar kein völlig mit den Sonnenstrahlen vikariierendes Heilmittel, aber doch einen jederzeit funktionsbereiten, konstant wirkenden Ersatz zu besitzen.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

15) **Hermann v. Schrötter** (Wien). Zur Heliotherapie der Tuberkulose. (M. Klinik 1913. H. 51, S. 2114—2115.)

„Für die Heliotherapie kommt es (innerhalb gewisser Grenzen) nicht so sehr auf die Intensität der Lichtstrahlung, als auf eine ausreichende Dauer der Besonnung an.“ Sichere Heilerfolge können auch in mittleren Lagen und am Meer erzielt werden. Es muss auch berücksichtigt werden, dass das Hochgebirgsklima an einen geschwächten Organismus oft zu grosse Anforderungen stellt.

Quarzlampe und Röntgenlicht können nur hinsichtlich der lokalen Wirkung mit der Sonne konkurrieren, sie hierin sogar überreffen. Der Wert der Heilstätten ist heute weniger als je zu bezweifeln.

Das Pigment entsteht aus Zerfallsprodukten der Retesicht und stellt Abkömmlinge der aromatischen Aminosäuren dar. Die Retesicht ist gewissermassen den Organen mit innerer Sekretion beizuordnen. Vielleicht ist ein Zusammenhang zwischen verminderter innerer Sekretion der Haut und Disposition zur Tuberkulose vorhanden.

Der günstige Einfluss der erhöhten Belichtung auf Typus und Chemismus der Atmung steht fest.

Die Resultate der Heliotherapie sind bei chirurgischer, Peritoneal- und Genitaltuberkulose positiv, noch zweifelhaft bei der Urogenital-Lungentuberkulose. Natzler, Mülheim-Ruhr.

16) **H. Freund.** Unsere Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung chirurg. Tuberkulosen. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 87 Bd. p. 208.)

Verf. bringt die Erfahrungen, die an der Garre'schen Klinik in Bonn mit Röntgenbehandlung der chirurg. Tuberkulosen gemacht wurden. Es sind 24 Knochentuberkulosen, 8 Drüsen- und 4 Peritonealtuberkulosen, die zur Beurteilung herangezogen werden konnten. Die übrigen 35 waren während der Behandlung weggeblieben. Bezüglich der Technik hatte sich Verf. an die von Iselin inaugurierte gehalten. Die Bestrahlung der Lymphome ergab im ganzen befriedigende Resultate, dagegen sind dieselben bei der Knochen- und Gelenktuberkulose auffallend schlecht, von 21 Fällen wurden nur 4 geheilt, 3 gebessert 14 ergaben Misserfolge. Besonders schlecht waren die Resultate bei der Handtuberkulose, günstiger die kleinen Röhrenknochen der Hand doch auch hier war ein völliger Misserfolg vorhanden, bei dem Ellbogengelenk konnten nur 2 von 5 Fällen geheilt, 1 gebessert werden, 2 dagegen blieben unbeeinflusst. Ebenso blieb ein Fungus des Kniegelenkes und eine Fusstuberkulose unbeeinflusst. Nach einer Vermehrung der in jeder Sitzung verabfolgten Strahlenmenge liess sich kein besserer Erfolg erzielen. Verf. hat sogar eher den Eindruck, dass sie zu einer Verschlechterung beigetragen haben könnte. Insbesondere war es eine gesteigerte Wucherung des fungösen Granulationsgewebes während der Dauer intensiver Röntgenbestrahlung, die dem Verf. auffiel und die in mehreren Fällen die Verschlechterung bedingte. Verf. glaubt für das schlechtere Verhalten der Bonner Patienten gegenüber der Bestrahlung vielleicht einen maligneren Charakter der betr. Tuberkulosen annehmen zu müssen. Baisch, Heidelberg.

17) **Ahreiner.** Ueber die Abbott'sche Methode der Skoliosenbehandlung. (Strassburger Med. Zeitung 1914, 4.)

Verfasser bespricht eingehend Theorie und Technik von Abbots Verfahren und die widersprechenden Urteile namhafter Autoren über dessen Wert. Er hat einen von Abbots Original abweichenden Rahmen konstruiert, der ausser der Billigkeit (er kostet etwa die Hälfte des Abbot-Rahmens) noch den Vorteil mehrfacher Verwendbarkeit — zu Redressements von Platt- und Klumpfüssen, Hüft- und Kniekontrakturen, und zu Redressements in Extension. —

Ahreiner nimmt das Redressement im Gegensatze zu Abbot nicht in einer einzigen Sitzung vor, was ihm ein gewaltiger Eingriff erscheint, sondern redressiert in Etappen. Zur Nachbehandlung verwendet er ein dem Nyrop ähnliches Stützkorsett.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

18) **Philipp Erlacher** (Graz). Aenderungen der Respiration im Abbotschen Verband. (Zschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXXII. S. 412—426. Mit 8 Abbildg.)

Die Respiration ist von ausserordentlichem Einfluss auf die Formung des Brustkorbes, der Rippen und indirekt auf die der Wirbelsäule. Skoliotiker atmen hauptsächlich — bei der Atmung durch Rippenhebung! — einseitig mit ihrer konvexen und vorderen Brustpartie. E. hat einen Respirationsmesser konstruiert, der im wesentlichen aus einer beweglichen Pelotte besteht, deren Exkursionen direkt auf einen Zeiger übertragen werden. Bei normaler Atmung betrug die Exkursion der konkaven Seite kaum 0,5 mm im Durchschnitt, die der konvexen 3 mm und mehr, im Abbotschen Verband dagegen 3 mm und darüber, wie vorher auf der konvexen Seite. In der Richtung durch das hintere Fenster im A.schen Verband soll die Wirbelsäule ausweichen. — E. hat festgestellt, dass in 3 Wochen die Brustwand um ca. 1 cm herausrückt. Aber auch die Respiration wird dadurch nach einer ganz bestimmten Richtung hin beeinflusst und zur Bekämpfung der Rotation dienstbar gemacht. Auch die Torsion wird dabei beeinflusst. Günstig beeinflusst wird bei rechtsseitigen Skoliosen die Beeugung des linken Thoraxraumes, die Verdrängung des Herzens nach links, sowie die Atmung der linken Lungenhälfte. Im Röntgenbilde liess sich eine direkte Aufhaltung des linken Lungenfeldes feststellen. Bei der einzigen linkskonvexen Skoliose, die E. unter seinen Fällen hatte, war das Allgemeinbefinden weniger günstig, was Verf. nach dem Vorhergesagten leicht erklärlich findet.

Abbot schneidet den Verband auf der Bauchseite ziemlich hoch aus. Verf. vermeidet das möglichst, um die Bauchatmung aus-

zuschalten und damit die wirksamere Brustatmung mehr zur Geltung kommen zu lassen.

Schon vor Anlegung des Verbandes lässt er seine Patienten u. a. auf einem sogenannten Schrägbock (Abbildung) Atemübungen machen, insbesondere mit der konkaven Seite. Natzler, Mülheim-Ruhr.

Aus Kongress- und Vereinsberichten.

VIII. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft. Florenz 14. Dezember 1913.

Diskussion über Nerven Anastomosen.

Cusumano-Rom, Studio comparativo fra i diversi metodi di anastomosi dei tronchi nervosi (1. Mitteilung).

Purpura-Rom, glaubt, dass die funktionelle Wiederherstellung nach Nerven-anastomosen abhängig sei von der mehr oder weniger gut hergestellten Beziehung zwischen den blutigen Flächen der Nerven und von der Zahl der durchschnittenen Fasern in kraftpendenden Nerven.

Nicoletti-Rom. Wie Redn. in einer Reihe von Mitteilungen dargelegt hat, ist die funktionelle Wiederherstellung in den durch traumatische Läsionen der betreffenden Nerven vollständig gelähmten Muskeln ausser allem Zweifel, wenn sie auch der Zeit und dem Mass nach verschieden ist.

Redn. hat auch Gelegenheit gehabt, zwei von ihm mit Nerven Anastomosen operierte Patienten vorzustellen. Bei dem einen wurde der zentrale Stumpf des Ischiadicus längs gespalten, der Lappen umgeklappt und in zwei kleinere geteilt, die End-zu-End mit dem Ischiadicus poplyteus internus respektiv externus vernäht wurden; bei dem andern wurde die periphere Portion der oberen primären Chorda des linksseitigen Plexus brachialis, die in der Nähe der Wurzeln abgerissen war, schwalbenschwanzartig auf die mittlere primäre Chorda desselben Plexus brachialis überpflanzt.

Die Patienten wurden beide im Jahre 1913 in der R. Accademia Medica demonstriert und befinden sich in sehr befriedigendem Zustand der funktionellen Wiederherstellung. Der erste, der totale Lähmung des linken Fusses und Unterschenkels infolge ausgedehnter Unterbrechung des Ischiadicusstammes durch eine im Jahre 1910 erlittene Schusswunde zeigte, wurde dann im April 1911 operiert und begann im April 1912 die linke Extremität zu gebrauchen, so dass er jetzt ohne Stock gehen kann. Der zweite, der erst am 23. Februar 1913 operiert wurde, ist merklich gebessert, insofern sämtliche gelähmten Muskeln bereits seit einigen Monaten auf die elektrischen Reize antworten, auf die sie vorher vollkommen reaktionsunfähig waren.

Anzilotti, Ulteriori osservazioni sull'operazione di Stoffel per paralisi spastiche.

A. erinnert an einen Fall, den er auf dem letzten Kongress der orthopädischen Gesellschaft mitteilte, und an die Reserven, die er trotz Erzielung eines guten Resultates über die Möglichkeit machte, dass längere Zeit nach der Operation Rezidive auftreten könnten. Er berichtet nun über einen weiteren Fall eines Eingriffes nach Stoffel an dem N. medianus wegen zerebraler infantiler Hemiplegie, in dem zunächst ein gutes Resultat erhalten wurde, dann aber nach drei Monaten wie bei dem ersten Fall ein zwar nicht vollständiges, aber schweres Rezidiv auftrat. Er führt die von anderen operierten Fälle auf

und schliesst dahin, dass die neue Operation wegen der Gefahr der Rezidive noch studiert werden muss, wobei er die Kombination der Stoffel'schen Operation mit Eingriffen an den Sehnen zur besseren Regulierung des gestörten Gleichgewichtes vorschlägt.

Palagi-Florenz. Di un caso di paralisi spastica operato col metodo di Stoffel.

P. berichtet kurz über den klinischen Fall eines 12 Jahre alten Mädchens, das nach einer im Alter von 4 Jahren durchgemachten postdiphtherischen Encephalitis spastische Hemiparese mit sehr leichten Erscheinungen an der oberen Extremität und etwas ausgeprägteren an der unteren zeigte, wo ein gewisser Grad von Retraktion des Quadriceps und einfacher funktioneller Spasmus des Triceps surae bestand. In dem speziellen Zustand dieses letzteren Muskels, der leicht hypertrophisch und nicht verkürzt war, sah Redner die Indikation zur Operation von Stoffel, die er erst nach erfolglosem Versuch der forzierten Dehnung des Muskels in Narkose an dem N. tibialis in dem von dem Autor angegebenen Masse und unter Innehaltung der von diesem beschriebenen Technik vornahm. Bei der Operation wurde eine Anomalie in dem Ursprung der verschiedenen Aeste des N. tibialis gefunden, die er kurz beschreibt. Das Resultat besteht vorläufig — 3 Monate nach dem Eingriff — in einer derartigen funktionellen Schwächung des Triceps, dass die dorsalen Flexoren deutlich das Uebergewicht haben, und in einer Besserung der Funktion des Gliedes beim Gehen, die aber mit auf die Wiedererziehung der Bewegungen zurückzuführen ist, obwohl die Nachbehandlung vorzeitig unterbrochen werden musste.

Trotzdem es sich nur um einen einzigen Fall handelt, der noch dazuseit zu kurzer Zeit operiert ist, als dass positive Schlüsse daraus gezogen werden könnten, hat Redner ihn mitteilen wollen, um Gelegenheit zur Erörterung des praktischen Wertes der Stoffelschen Operation auf Grund einer grösseren und längere Zeit umfassenden operativen Statistik zu geben.

Für seine Person fürchtet er bei der Stoffelschen Operation die Schwierigkeit der Dosierung bei der Nervenresektion und vor allem die äusserste Leichtigkeit der Rezidive. Nicht ganz zu vernachlässigen ist weiter für die Praxis die unbedingte Notwendigkeit einer sorgfältigeren und längeren Nachbehandlung als nach den Tenotomien.

Diskussion.

Putti-Bologna. Der Versuch, den er im Laufe des Jahres an verschiedenen Kranken mit der Stoffelschen Operation gemacht bringt keine Änderung an dem Urteil, das er über den Wert des Eingriffes auf dem letzten Kongress abgegeben hat.

Maragliano-Genua glaubt, dass die Stoffelsche Operation besonders in den Muskelkrämpfen bei nicht fixierter Kontraktur indiziert sei, wie sie z. B. im ersten Stadium der Littleschen Krankheit vorliegen. Er hat einen Fall von Littlescher Krankheit mit befriedigendem Erfolg operiert. Bei einer Kranken mit Spasmus und Athetose der oberen Extremität erzielte er eine Besserung des Spasmus, während die Athetose nur ganz minimal beeinflusst wurde.

Galeazzi-Mailand kann noch kein endgültiges Urteil über den Wert der Stoffelschen Operation abgeben, da er nicht sämtliche Operierte nachuntersucht hat; er gibt an, einige Rezidive zu beklagen gehabt zu haben.

Scarlini-Mailand, L'operazione di Anzoletti nella cura del piede torto congenito.

Redner lenkt die Aufmerksamkeit auf den praktischen Charakter und den Nutzen der von Anzoletti bereits im Jahre 1907 für die Behandlung des angeborenen Klumpfußes vorgeschlagenen Operation (subkutane Durchschneidung des Lig. deltoideum und der Sehne des Tibialis post.). Die Operation ist leicht ausführbar, ganz gefahrlos, höchst rationell und gibt in den Grenzen ihrer Indikationen sichere und stabile Resultate, wie die Photographien zeigen können, die Redner von Patt. unmittelbar nach der Behandlung oder mehrere Jahre nach Beendigung vorlegt.

Diskussion:

Cappelli-Fano. Bei der Behandlung der Klumpfüsse ist stets gegenwärtig zu halten, wie schwer a priori die Entscheidung für die eine oder andere Methode ist. Die Elemente, die zum Auftreten der Deformität führen, sind vielfältige und der Chirurg hat sie Fall für Fall zu bewältigen, indem er je nach dem Bedürfnis zu ganz einfachen oder komplexen Mitteln greift.

Palagi-Florenz behandelt systematisch mit der Anzolettischen Operation einige Fälle von angeborenem Klumpfuß, die dem Alter und den Charakteren der Deformität nach für diese Behandlungsmethode geeignet sind, die seiner Ansicht nach unbestreitbare Vorzüge gegen die anderen gebräuchlichen Verfahren aufweist.

Unter Anführung eines ihm vorgekommenen Falles weist Redner auf die Eventualität hin, dass die durch die Anzolettische Operation erzielte Hyperkorrektion wenn auch in ganz seltenen Fällen definitiv in einem solchen Grad der Planovalgusstellung bestehen bleiben kann, dass dadurch die Funktion des Fußes wenigstens nach Ablauf des Kindesalters geschädigt werden muss. Er glaubt, dass diese Gefahr gegenwärtig zu halten sei, ist aber übrigens von der Möglichkeit, sie zu vermeiden, überzeugt, wenn das Verfahren nur in den Fällen angewendet wird, in denen es strikt indiziert ist, und wenn die grösste Peinlichkeit auf die Nachbehandlung verwendet wird.

Galeazzi zeigt, dass die Operation von Anzoletti nichts mit der ersten Operation von Phelps gemein hat, und bestätigt die vorzüglichen Resultate der Anzolettischen Operation, die in seiner Klinik weitgehende Anwendung findet.

Putti-Bologna. Il trattamento delle scoliosi col metodo di Abbott.

Seit Februar des laufenden Jahres hat Redner das Verfahren an einigen Kranken des Istituto Rizzoli versucht. Seine ersten Versuche waren nicht von Erfolg gekrönt, da die Technik der Applikation der Gipskorsetts eine mangelhafte war. Auf dem Kongress der deutschen orthopädischen Gesellschaft und auf dem internationalen medicin. Kongress zu London hatte er Gelegenheit, der Diskussion über die Mitteilungen Abbotts und den praktischen Demonstrationen, die dieser von seiner Methode gab, anzuwohnen. So hat er eine Summe von Kenntnissen erwerben können, deren er sich zur Behandlung von sieben Patienten bediente. Von sechs derselben werden die Photographien und Radiogramme, die vor und nach Applikation der Gipskorsetts ausgeführt wurden, vorgelegt. Die von ihm benutzte Technik ist genau die des Autors. Von den sechs Pat. ist einer seit 7 Monaten in Behandlung, zwei seit 4, einer seit 3 und zwei seit 2 Monaten. Das Alter der Kranken geht von 5 $\frac{1}{2}$ bis zu 12 Jahren. Die Resultate können als gut bezeichnet werden, was die Korrektion der Rippendeformität, die Modifikationen eines Teiles des Brustkorbes, die

komplexive oberflächliche Morphologie des Rumpfes angeht. Die Radiogramme zeigen dagegen, dass es durch die Abbottsche Stellung zwar unzweifelhaft gelingt, vorteilhaft auf die rotatorische Komponente der Deformität einzuwirken, der Effekt der seitlichen Kurven aber mehr ein ausgleichender als ein korrigierender ist.

Immerhin ist anzuerkennen, dass trotz der wissenschaftlichen Begründung der gegen die Theorie von Abbott erhobenen Einwürfe der Wert der Arbeit der amerikanischen Kollegen doch kein geringer ist. Grösse Berücksichtigung wird von nun an die rotatorische Komponente der Deformität finden müssen, auf die sich die Behandlung der Skoliose „in Rotation“ stützt. Nur hierin weicht eigentlich die neue Methode von allen bisher angegebenen und ausgeführten Verfahren ab.

Dass mit der Abbottschen Methode nicht nur die Korrektur, sondern eine wirkliche Hyperkorrektur sämtlicher Komponenten der Deformität erzielt werden könnte, dürfte heute niemand behaupten, auch ihr Urheber nicht. Dagegen haben wir die Pflicht, unsere Erfahrung zu erweitern, denn die Hoffnung ist nicht unbegründet, dass es uns bei Befolgung dieser neuen Vorstellungen gelingen kann, unsere Statistiken der Skoliosebehandlung bedeutend zu verbessern.

Was die Methoden für die Kontrollierung der Korrektur anbelangt, so ist die radiographische Untersuchung unerlässlich; nur diese kann uns ganz Aufklärung über den wirklichen Zustand der Wirbelsäule geben.

Galeazzi-Mailand. Contributo al raddrizzamento forzato della scoliosi col metodo di Abbott.

G. zeigt, wie es ein Verdienst Abbotts ist, mit der Kyphose und Ueberkorrektur die aktive Hilfe wirkungsvoll umwandelnder natürlicher Kräfte, wie die modifizierte Schwerlinie und die Umkehrung der Atmungsfunktion, gesellschaftlich zu haben, was das Verfahren von Abbott zweifellos zu einem rationelleren macht als alle anderen für die forzierte Korrektur der Skoliose vorgeschlagenen Methoden.

Doch während das leitende Prinzip der Methode recht rationell ist, ist die Technik eine sehr mangelhafte; deshalb hat er sie zu vervollkommen gesucht, indem er für das Redressement nach den Prinzipien Abbotts einen von ihm konstruierten Apparat benutzt, durch den es möglich ist

1. die Ueberkorrektur der Wirbelsäule in Kyphose vorzunehmen, indem man das Rückgrat stets unter Augen hat;
2. das forzierte Redressement der Skoliose mit multiplen Kurven vorzunehmen;
3. die Detorsion der Wirbelsäule unter Einwirkung auf die Achse der Wirbelsäule selbst und unter genauer Dosierung auszuführen.

Er hat 20 Fälle im Alter von 7—22 Jahren operiert. Trotz der wahrhaft suggestiven Immediatresultate gibt er kein endgültiges Urteil über die neue Behandlungsmethode, dazu will er die Dauererfolge abwarten. Behaupten aber liesse sich jetzt schon, dass die Heilung nach nur 2—4 Monaten der Immobilisierung keine stabile sein kann, wie Abbott angibt. Das sei übrigens vorauszusehen gewesen, wenn man bedacht hätte, dass eine Dauerheilung nicht möglich ist, wenn sie nicht an eine Umwandlung der Skelettbestandteile geknüpft ist; und diese kann nicht so schnell erfolgen.

Diskussion.

Salaghi-Florenz. Auf die übereinstimmende Ansicht von Spezialisten wie Lange, Schanz u. a. gestützt, betont S., dass die Behandlung eine lokalisierte sein muss unter Mobilisierung der einzelnen Wirbel, und dass das verbogene Segment nicht, wie Abbott tut, in toto verlagert werden darf. Die Atmung kann nie, wie sie auch immer verwertet werde, zur Herbeiführung der Mobilisierung genügen; wir wissen, dass auch die rationellsten und Jahre lang durchgeführten Atmungsübungen nur eine geringe Unterstützung der Behandlung sind. Dagegen kann ein mobilisiertes Rückgrat die korrigierte Haltung durch die blosse Kraft der Muskeln beibehalten.

Bei der Behandlung der Skoliose müssen wir also die durch die abnorme Wirkung der Belastung im Laufe der Jahre vollbrachte Deformierungsarbeit in umgekehrtem Sinne wiederholen. Das kann nur durch lange und beharrliche Mühe geschehen, indem man mit der Präzision der Hand auf die Rippenwinkel (dorsales Segment) oder auf die Querfortsätze (lumbales Segment) einwirkt, so die einzelnen Wirbel beweglich macht und im Verein damit die seitliche Flexion, die Rotation und Torsion in horizontaler Bauchlage des Pat. bekämpft. Salaghi verwirft die Abbottsche Methode als dem gesunden Raisonement und der täglichen Erfahrung widersprechend und glaubt, dass sie allgemein verlassen werden dürfte.

Galeazzi zeigt Salaghi, dass das Abbottsche Verfahren zweifellos eine physiologische Behandlungsmethode der Skoliose ist, da bewiesen ist, dass die Kyphose die Stellung der primären Wirbelsäule ist, dass die kyphotische Haltung diejenige ist, die die Wirbelsäule annimmt, wenn ihre normale Entwicklung gestört wird; dass die Kyphose die Stellung der Wirbelsäule beim Fötus im Uterus und beim Neugeborenen beim ersten Versuch der aufrechten Körperhaltung ist, dass die Kyphose die Ausgangsstellung der Mehrheit der Skoliosen darstellt.

Lavermicocca-Mailand, Sulla scolio metrica.

L. gibt einen kurzen Überblick über die verschiedenen Methoden der Skoliosometrie und kritisiert deren Mängel.

Die Dokumente der photographischen Methode sind überaus unzuverlässig und ungenügend; er neigt zu einer grösseren Anwendung der Stereophotographie. Zur Beseitigung aber des Übelstandes, dass nacheinander die Figur vor und nach der Behandlung betrachtet werden muss, wodurch der unmittelbare Vergleich verhindert wird, legt er ein von ihm ausgedachtes äusserst praktisches Mittel dar, durch das es ermöglicht wird an demselben stereoskopischen Bild das Subjekt gleichzeitig vor und nach der Behandlung im Relief seiner plastischen Natürlichkeit zu beobachten.

Diese Methode, die Redn. als „Binostereoskopie“ bezeichnet, ist von höchst einfacher Ausführung und bietet gegen die einfache Photographie unbestreitbare Vorteile, namentlich wenn man die Torsion der verschiedenen Segmente der Wirbelsäule bestimmen will. Die Exemplare, die Redn. vorlegt, sind von erstaunender Beweiskraft.

Inbezug auf die graphische Methode erinnert er an die verschiedenen bisher konstruierten Skoliosometer, von den einfachsten bis zu den kompliziertesten; alle jedoch weisen unleugbare Übelstände auf. Nun legt er einen neuen, von ihm erdachten Apparat vor, den er als „Pantoskoliosograph“ bezeichnet. Das Problem, das Redn. damit hat lösen wollen, ist die Auftragung des Systemes

der drei Koordinaten (frontale Ebene, sagittale Ebene und horizontale) auf nur eine Ebene. Gleichzeitig wird die Figur auf die Hälfte reduziert (ev. kann die Skala variieren).

Schliesslich geht Redn. auf die plastische Methode ein, die ebenfalls bei der Skoliosometrie Verwendung findet, und legt das Modell eines von ihm konstruierten und als „Plasmoskoliosometer“ bezeichneten Apparates vor. Dieser besteht im wesentlichen aus einem durch zahlreiche Holzstäbchen gebildeten Quadrat, die in horizontaler Richtung angeordnet sind, und einzelne in sagittalem Sinne bewegt werden können. Indem diese mit dem Rücken des Skoliotikers in Kontakt gebracht werden, erhält man rasch den Abdruck der Deformität, wovon dann das Positiv in Gips oder einem sonstigen Stoff gewonnen wird.

Eine mit dieser seiner leichten, genauen und praktischen Methode gewonnene Plastik wird vorgelegt.

Valtancoli-Florenz. Due casi di spondilolistesi studiati con la radiografia.

V. berichtet über zwei zu Zürich von Prof. Schulthess beobachtete Fälle von Spondylolisthesis, von denen ein sehr demonstrativer radiographischer Befund erhalten werden konnte. Für die Behandlung wurde unter Zug ein Gipskorset appliziert, das dann durch ein orthopädisches Korset ersetzt wurde. Es wurde bedeutende Besserung erzielt.

Bassetta-Mailand. Delle affezioni del cingolo scapolare come elemento etiologico della scoliosi dorsale.

Analog den statischen Skoliosen kommt eine Skoliosenform vor, deren Aetio- logie strikt von den Affektionen des Schulterblattgürtels abhängig ist. Diese Erscheinung wurde auf die typischste und evidenteste Weise in einem Falle von schlecht konsolidierter Fraktur des linken Schlüsselbeines angetroffen, die durch winkligen Callus (90°) und unter bedeutender Verkürzung der natürlichen Länge des Schlüsselbeines verheilt war, wodurch die Schulter gehoben, nach innen ge- bracht und nach vorn gedrängt wurde. Die Wirbelsäule bekam eine bedeutende Konvexität nach links mit einem mässigen Grad von Rundrücken, kompensiert durch eine leichte Kurve mit der Konvexität nach rechts und bedeutender Lor- dose der Lendenwirbelsäule. Die Bewegungen der Schulter und des Armes waren vollständig normal.

Eine keilförmige Osteotomie korrigierte die fehlerhafte Disposition der Fragmente. Eine kurze Periode der konsekutiven Heilgymnastik korrigierte auch die Abweichungen der Wirbelsäule vollständig und dauernd.

Diese ätiologisch von Affektionen des Schulterblattgürtels abhängigen Skoli- osen sind fast stets leicht und nicht stabil; mit einer gewissen Frequenz und vielleicht in der Mehrheit der Fälle sieht die Hauptkurve (die dorsale) mit der Konvexität gegen die gesunde Seite und kompliziert sich späterhin mit zwei Kompensationskurven (einer zervikalen und einer dorsalen), die in entgegengesetz- tem Sinne orientiert sind.

Diskussion.

Putti-Bologna glaubt, dass in dem von Bassetta besprochenen Fall sowohl die zervikodorsale Skoliose wie die charakteristische Haltung des Halses und des Kopfes als auf Schmerz beruhend aufgefasst werden müssen. Sie sei in anderen Worten ein Schmerzskoliose, die der Scoliosis ischiadica oder der Skoliose infolge von Furunkeln, Nierensteinen etc. an die Seite zu stellen ist. Nicht so

aufzufassen sind jene seitlichen Abweichungen, die Bassetta bei Individuen mit verschiedenen Affektionen der oberen Extremitäten angetroffen hat; diesen kommt ein ganz anderer Mechanismus zu und sind von Putti selbst bei einigen Kranken mit einseitiger Klumpfschulter und erheblicher Verkürzung einer Extremität beobachtet worden.

Galeazzi-Mailand. Die interessante Untersuchung Bassettas erlaubt eine sofortige praktische Anwendung von allgemein-chirurgischem Interesse. Nachdem dargetan ist, dass die Verkürzung des Schlüsselbeins durch deformen Callus nach Fraktur bei den Adoleszenten eine ferne Ursache von Skoliose ist, so ergibt sich, dass bei einer derartigen Läsion die Heilung mit Wiederherstellung der normalen Form und Länge der Knochen angestrebt werden muss und dass in denjenigen Fällen, in denen der deforme Callus nicht vermieden worden ist, es eine Pflicht ist, zur Korrektur der Deformität durch eine blutige und harmlose Operation zu schreiten. Die neuerdings an zahlreichen Fällen erworbene Erfahrung hat ihm gezeigt, dass die Behandlungsmethode der Schlüsselbeinfraktur, die den höchsten Prozentsatz an idealen Heilungen gibt, der rationell applizierte Dauerzug ist.

Vitale-Mailand. Lussazione completa di una vertebra cervicale senza fenomeni midollari.

Patient kommt mehrere Monate nach dem bei der Entgleisung eines Eisenbahnzuges erlittenen Trauma in die Klinik von Prof. Galeazzi.

Die Aufmerksamkeit wird angezogen durch die Haltung des Kopfes, der steif nach vorn flektiert ist mit etwas nach rechts rotiertem Gesicht; Haltung, die Patient beizubehalten sucht, obwohl er dabei leicht ermüdet und das Bedürfnis empfindet, den Kopf zu stützen. Er klagt über Schmerzen von neuralgischem Typus an dem rechten Arm, die bis an den Ellenbogen ausstrahlen.

Die funktionelle Untersuchung ergibt geringe Beschränkung der Flexion, stark ausgeprägte Beschränkung der Extension, der seitlichen Flexion und der Rotation.

Die elektrische Untersuchung lässt keinerlei Störung der oberflächlichen und tiefen Sensibilität sowie des Muskelzustandes erkennen. Reflexe normal, Pupillen gleich weit, auf das Licht reagierend.

Die radiographische Untersuchung zeigt eine vollständige Luxation des Körpers des fünften Halswirbels auf dem sechsten nach vorn. Das ganze obere Halssegment ist nach vorn geworfen. Man bemerkt Fraktur des Bogens an der Stelle, wo die Stiele sich mit den Gelenkfortsätzen vereinigen, durch die dem Körper die Verlagerung nach vorn ermöglicht wurde, während der hintere Teil des Bogens und der Dornfortsatz an ihrem Platz blieben. Dieser günstige Umstand erklärt uns, wie bei einer so schweren Luxation die Verengung des Markkanals ausgeblieben und das Rückenmark nicht durch Zerrung auf dem unteren Segment oder durch Druck des Bogens verletzt worden ist.

Catterina-Genua. Concetti fondamentali per la tecnica delle resezioni delle grandi articolazioni.

Vor allem muss der Chirurg das Gelenk von der mindest gefährlichen Seite her eröffnen, wodurch Verletzungen von Gefässen, Nerven und möglicherweise von Sehnen und Muskeln vermieden werden.

Weiterhin muss man an das Gelenk mit einer einfachen Methode herangehen, die einfache Direktiven und konstante Auffindungspunkte hat.

An dritter Stelle muss die Methode das Gelenk so übersichtlich wie möglich

machen; die Oeffnung muss dem Operateur ermöglichen, die versteckten Punkte der Gelenke zu überblicken, damit nichts seiner Untersuchung entgehen kann.

Die Methode muss sich für jegliche Resektionsindikation eignen, mag es sich nun um akute und chronische Entzündungsprozesse, Traumen oder orthopädische Zwecke handeln.

Schliesslich muss die Resektionsmethode das bestmögliche künftige Funktionsvermögen des Gliedes sichern.

Unter Beobachtungen dieser Vorstellungen hat Redn. feststellen können, welche von den Operationsverfahren zu Gelenkresektion den Vorzug verdienen.

Beim Sprunggelenk wäre die mindest gefährliche Seite zu seiner Eröffnung die äussere und um das Verfahren noch weiter zu erleichtern, wenden wir hier die geniale Idee Albaneses an, den Fuss nach Ablösung des äusseren Malleolus von seinen Verbindungen mit dem Calcaneus, der Tibia, dem Astragalus nach innen umzuklappen; durch diese Luxation nach innen wird das Gelenk in die grösste Uebersichtlichkeit gebracht und wir können es allen Indikationen anpassen und es bestmöglich für seine künftige Funktion modellieren.

Was das Kniegelenk anbelangt, so ist wenig zu bemerken, da dieses Gelenk, das am leichtesten zu reseziieren ist und niemand einfallen wird, es von der Kniekehle her anzugreifen, sondern nur von den Seiten oder am besten von vorn entweder unter Anlegung eines die Kniescheibe umfassenden Lappens, oder indem man diese durch die Querinzision und die beiden seitlichen nach Volkmann teilt.

Was die Modellierung der Gelenkenden anbetrifft, so sind die italienischen Methoden von Bassini, Durante und Ruggi vorzüglich und entsprechen sehr gut dem Zweck.

Das Hüftgelenk ist in der Tiefe gelegen und die multiplen lineären oder gebrochenen Inzisionen entsprechen nicht den aufgestellten Forderungen. Die mindest gefährliche, leichteste, das Gelenk in die grösste Uebersichtlichkeit setzende, sich allen Verhältnissen anpassende und das beste künftige Funktionsvermögen sichernde Methode ist die von Ollier, die durch einen den grossen Trochanter umfassenden zungenförmigen Lappen, der mit dem daranhängenden Trochanter nach oben umgeschlagen wird, den Chirurgen in unmittelbaren Kontakt mit dem Femurhals und -kopf bringt, der durch eine Rotationsbewegung der Extremität nach innen mit der grössten Leichtigkeit aus der Nische gehoben wird. Es ist eine sehr elegante und äusserst rasche Operation.

Für die Oberextremität hat Redn. drei Methoden studiert und vorgeschlagen: eine für das Schultergelenk, eine für das Ellenbogengelenk und eine für das Handgelenk.

Beim Handgelenk werden Mittel- und Ringfinger gespreizt, der Winkel gespalten und in den dritten Intermetakarpalraum eingegangen, wobei sich das senkrecht zur Handfläche gehaltene Messer am 4. Metakarpus hinbewegt. Wenn das Messer Halt macht, da es mit der Schneide gegen die Basis des 4. Metakarpus stösst, wird die Hand gebeugt und ohne das Instrument zu entfernen, die Haut auf dem Rücken bis auf dem Vorderarm 15 cm weit inzidiert. Es wird nun das dorsale Ligament des Carpus eröffnet und unter Spreizung der Strecksehnen des 3. und 4. Fingers werden an dem Skelett entlang die zwei seitlichen, das Periost umfassenden Weichteillappen bis zur Blosslegung sämtlicher Knochen des Handgelenkes, der Basis der Mittelhandknochen und des unteren Endes des Radius und der Ulna emporgehoben. Nach beendigter Isolierung werden die

2*

beiden Hälften der Hand erfasst, in entgegengesetztem Sinne gedreht, gespreizt und flektiert. Der Carpus tritt in seiner Gesamtheit heraus, wird mit der Zange gefasst und sofort seine Exstirpation beendet. Die Vorderarmknochen und Metakarpalbasen können derart reseziert werden, dass die Hand in dorsale Flexion kommt, wenn man eine Coaptation zwischen Vorderarm und Metakarpus erhalten will. Das Wichtige dieser Methode besteht in der Verschonung sowohl des oberflächlichen wie des tiefen Arcus volaris.

Für das Ellenbogengelenk ist die sicherste und leichteste Zugangsseite die äussere. Durch einen äusseren Längsschnitt wird das radio-humerale Gelenk blossgelegt. Auf diesen äusseren Längsschnitt folgt eine Querinzision, die von ersterem ausgehend durch die Basis des Olekranon geht. Unter Auflegen des Ellbogens auf der inneren Seite wird das Olekranon, das allein den Eingang in das Gelenk hindert, mit einem breiten Meissel abgemeisselt. Der N. ulnaris läuft bei diesem Verfahren keinerlei Gefahr; die Operation ist somit sicher, leicht, übersichtlich. Die Modellierung der zu resezierenden Gelenkenden und die übrigen Manöver können je nach dem Fall modifiziert werden.

Beim Schultergelenk verfährt er auf folgende Weise: Längsinzision, die von dem Halse 4—5 cm über dem Schlüsselbein ausgeht, über dieses hinweg nach dem Rabenschnabel zieht und sich aussen von der Vena Cephalica haltend nach unten 10—15 cm weit, je nach der Ausdehnung des Leidens, in den Sulcus deltoideo-pectoralis hinget. Das Periost des Schlüsselbeins wird so weit wie nötig isoliert und zwei Löcher gemacht, zwischen denen man reseziert, oder man durchtrennt schräg etc. Es wird nun der akromiale Stumpf des Schlüsselbeins erfasst, gespreizt, indem man ihm wie das Blatt eines Buches öffnet, und unten und hinten durch Durchtrennen des Lig. coracoclaviculare und eines Teiles des M. subclavius isoliert. Trapezius und Deltoideus bleiben an dem Stumpf adhärent und es erscheinen sofort die Gelenkkapsel und die sie umgebenden Muskeln. Nach den gewöhnlichen Vorschriften wird in das Gelenk eingegangen, Kopf und Hals des Humerus isoliert und event. reseziert, ebenso nötigenfalls die Gelenkgrube. Gefässe oder Nerven werden nicht verletzt, da wir bei dieser Methode die Gewissheit haben, nie den Circumflexus zu verletzen, der, da er den Deltoideus versorgt, stets erhalten werden muss.

Salaghi-Florenz. Contributo alla cura della tubercolosi osteoarticolare (vorläufige Mitteilung).

Um dem erkrankten Knochen eine genügende Widerstandskraft zu verleihen, verabfolgt Redner systematisch Phosphor im Verein mit Jod, von welchem letzterem die chemofaktische und bakterizide Wirkung verwertet wird. Besondere Wichtigkeit hat dieses Vorgehen wegen des Ueberwiegens der primären Knochenform gegen die synoviale beim Tumor albus der grossen Gelenke und unter Berücksichtigung der Seltenheit der Fälle, in denen ein operatives Verfahren indiziert ist.

Die Behandlung wird sehr lange fortgesetzt und führt zu keinerlei Uebelständen, wenn die vom Verf. angegebenen Präparate und Kautelen benutzt werden.

In Verbindung mit den übrigen Mitteln der allgemeinen (diätetischen und klimatischen) und lokalen orthopädischen Behandlung macht die Kur, die durch die systematische Kombination von Jod und Phosphor neu ist, den Entzündungsprozess zu einem milderem und kürzt seine Dauer ab.

Bargellini-Mailand. Sugli esiti lontani del trattamento conservativo nella cura della coxite tubercolare.

Redner berichtet über Dauerresultate der konservativen Behandlung der tuberkulösen Coxitis, die ambulatorisch in der orthopädischen Klinik zu Mailand an Fällen der Kindheit und fast ausschliesslich geschlossenen Formen vorgenommen wurde.

Die lokale Behandlung hatte zur Basis die Immobilisierung mit Gipsapparat und die Entlastung der affizierten Extremität in korrigierter Stellung, späterhin den Schutz des erkrankten Gelenkes durch einen eigenen abnehmbaren mechanischen Apparat.

Die Allgemeinbehandlung fusste auf hygienisch-diätetischen Vorschriften mit Jodinjektionen und zuletzt mit Helio- und Tuberkulintherapie. Die Kontrolle des orthopädischen Resultates ergab 85% Ankylosen des Hüftgelenkes in guter Stellung, vollständige Gehfähigkeit ohne Stütze, Fehlen von Schmerzhaftigkeit, leichter Ermüdbarkeit und kontralateraler Neigung des Beckens; Verkürzung der Extremität um 2,60 cm, Atrophie des Oberschenkels um 3 cm und der Wade um 1 cm.

Bei 2% der Fälle wurde eine vollständige Restitutio ad integrum beobachtet, bei 3% eine geringe Beschränkung in der Gelenkfunktion mit dem klinischen und radiographischen Bild der Arthritis deformans juvenilis.

Bei 10% wurde, was die Funktionstätigkeit, das Hinken und die Stellung der geheilten Extremität anbelangt, ein schlechtes Resultat erhalten.

Unter dem radiographischen Gesichtspunkt wurde in den älteren Fällen knöcherne Ankylose mit breitflächiger Adaptation des Femur und des Beckens beobachtet.

Bei 2% der Fälle trat ein lokales Rezidiv auf, bei 35% etablierten sich neue Lokalisationen, verschieden nach Zeit, Sitz und Charakter, ohne vermutlichen Zusammenhang mit der Entwicklung des primären Herdes, die besonders schwer verliefen und fast stets tödlich endigten.

Die Sterblichkeit endlich beweist sich als gleich 40%, namentlich durch Meningitis.

Die konservative Behandlung hat also bei der tuberkulösen Coxitis einen guten definitiven Ausgang gegeben. Die erzielten Resultate sind besser oder schlechter je nach den hineinspielenden Faktoren wie Alter des Pat., Stadium, in dem die Behandlung eingeleitet wurde, Regelmässigkeit der Kur, erbliche Belastung, Virulenz der Infektion.

Was den Allgemeinerfolg anbelangt, so wurde bemerkt, dass die Heilung des Prozesses nicht vor neuen Lokalisationen schützt, die einen hohen Prozentsatz der geheilten Coxitiker zum Exitus führen.

Bassetta. Fractura intrauterina della tibia.

Redner legt die histologischen Präparate und die betreffenden photographischen Vergrösserungen des Unterschenkels eines Fötus von 13 bis 14 Wochen vor, der die charakteristische Form der sogenannten kongenitalen Unterschenkel in Flexion aufwies.

Die histologische Untersuchung hat erkennen lassen: es besteht eine vollständige Fraktur des Tibiaschaftes ungefähr zwischen den mittleren und dem unteren Drittel des Knochens mit bedeutender Diastase der Fragmente, zwischen die sich ein voluminöses Blutgerinsel gelagert und frei von dem oberen Fragment hängende und von der Vorderfläche des unteren Fragmentes abgerissene Perichondrienfetzen. Das Perichondrium der Hinterfläche ist dagegen inflektiert

und umgebogen durch die Schrägheit der Fragmente, die mit einer Neigung von fast 90° gegeneinander angeordnet sind.

Die Resultate der histologischen Untersuchung dieser fötalen Fraktur der beiden Unterschenkelknochen, verglichen mit den Resultaten der anatomischen Untersuchung der sogenannten kongenitalen Inflexionen des Unterschenkels, liefern nur Elemente zur Erklärung der konstanten grösseren Schwere der Tibialäsionen im Vergleich zu denen der Fibula, der Möglichkeit der Verheilung der Fibulafrakturen, der Bildung von Pseudarthrosen an dem Herd der Tibiafraktur und schliesslich der unterbliebenen Bildung eines Markkanals, worauf auch neuerdings die Chirurgen, die sich mit der blutigen Korrektur der kongenitalen Inflexionen des Unterschenkels beschäftigen, aufmerksam gemacht haben.

Andreini-Florenz. Della lussazione congenita della testa del radio. Considerazioni sulla patogenesi ed anatomia pathological con contributo clinico e statistico.

Ausgehend von einem Fall von doppelseitiger angeborener Luxation des Radiuskopfes nach aussen bei einem 15jährigen Knaben studiert Redner diese wenig bekannte und verhältnismässig seltene Deformität und bringt aus der Literatur einen Beitrag von 25 Fällen zur letzten Statistik über den Gegenstand. Die verschiedenen pathogenetischen Theorien werden gewürdigt und die, welche die Missbildungen für am wahrscheinlichsten erklärt, da sie besser als die anderen die recht häufige Vererbung, den pathologisch-anatomischen Befund und das gleichzeitige Bestehen sonstiger Alterationen erklärt.

Dem embryologischen Kriterium folgend, schlägt er vor, drei Perioden für das Auftreten der Deformität zu unterscheiden. Aus dem pathologisch-anatomischen Studium sämtlicher bisher bekannter Fälle schliesst er, dass die konstante Alteration zu Lasten des Skeletts und ganz besonders des Humerus und des Radius ist, die eine mehr oder weniger schwere Entwicklungshemmung aufweisen. Aus verschiedenen Betrachtungen nimmt er die Alteration des Humerus als primär und die des Radius als direkt oder indirekt sekundär an. Schliesslich werden die Gedanken erörtert, durch die sich die Therapie leiten zu lassen hat.

Scarlini-Mailand. Contributo alla trazione scheletrica diretta di Codivilla.

Der hauptsächlich klinische Beitrag bezweckt die Bestätigung der Vorzüge, die durch den direkten Zug am Skelett bei der Nachbehandlung der zur Korrektur von erworbenen arthrogenen wie diaphysären Skelettdeformitäten vorgenommenen Osteotomien erzielt werden können.

Die benutzte Technik war die von Codivilla angegebene, des durch den Calcaneus eingetriebenen Nagels. Der Zug wurde nicht in den Verband eingeschlossen, sondern durch Gewichte kontinuierlich erhalten. Nach Erreichung des gewünschten Grades der Korrektur wurde die Extremität stets in einem Gipsverband immobilisiert, der so bald wie möglich die Belastung gestattete.

Der Verlauf war ein ganz regelmässiger, die Resultate vorzüglich. Als Beispiel für deren Güte werden die Radiographien und Photographien vor und nach der Behandlung von drei äusserst schweren fehlerhaften Ankylosen des Kniegelenkes vorgelegt, bei denen die vollständige Korrektur ohne Knochen-substanzverlust erzielt werden konnte, und von einem Fall von äusserst ausgeprägten rachitischen Verkrümmungen der Tibia, wo durch die Korrektur der

komplizierten Kurve des Knochens eine reale Verlängerung des Schaftes um ca. 6 cm erreicht werden konnte.

Vorlegung eines von Prof. Galeazzi ersonnenen Nageltyps, der leicht und vollkommen gradlinig in den Calcaneus eingeführt werden kann, in dem man ihn auf dem elektrischen Motor der Kreissäge selbst anbringt.

Vorlegung einiger Calcaneusradiographien von Individuen, die den Nagel bekommen hatten; an ihnen ist zu erkennen, dass das Gefüge des Knochens und seine innerste Struktur keinerlei definitiven Schaden dadurch erleiden, da die durch den Nagel erzeugte Beschädigung vollständig und rasch, ohne eine Spur zu hinterlassen, verheilt.

Scarlini-Mailand. Deformità congenita rara del bacino e dell'arto inferiore.

R. legt die Photographien und Radiographien vor, die sich auf einen 10 jähr. Knaben beziehen, der seit der Geburt eine deutliche Missbildung der rechten Extremität zeigte. Während man auf den ersten Blick die Läsion auf die Extremität beschränkt glauben konnte, zeigte eine sorgfältigere Untersuchung, dass auch die rechtsseitige Beckenhälfte schwer befallen war. Von den drei das Skelett dieses Segmentes bildenden Knochen ist nur das Sitzbein vorhanden, während das Darmbein und das Schambein klinisch und radiographisch fehlen. Das Sitzbein scheint den ihm entsprechenden Abschnitt der Gelenkpfanne zu bewahren und mit dieser hat der Femurkopf Beziehungen behalten, obwohl diese beiden Knochen nach oben und innen gegen das Kreuzbein verschoben worden sind.

Entwicklungshemmung des Femur, Fehlen der Fibula, Fehlen vieler Knochen im Tarsus und fast sämtlicher Metatarsalknochen und der Zehen.

Zahlreiche Aplasien und Defekte in der Muskulatur der ganzen Extremität vom Gesäss bis zum Fuss in direktem Zusammenhang mit den konstatierten schweren Skelettdefekten.

Dellitala. Lussazione posteriore completa dell'indice sul suo metacarpo.

Die Beschreibung des Falles führt zu folgenden Betrachtungen:

Die vollständigen Luxationen sind unblutig nicht reponierbar, während zur Erzielung der Reposition ein einfacher ganz harmloser Operationsakt genügt. Die Unmöglichkeit der Reposition erklärt sich aus der konstanten Zwischenlagerung des Gelenkfaserknorpels, der sich vorn von dem Saum des Metakarpus ablöst und durch seine anatomische Konstitution an der Basis der Phalanx adhärirt. Da der 2. Metakarpus nicht die dem 1. eigene Beweglichkeit besitzt, kann er sich nicht senken und somit gelten die für den Daumen so nützlichen genialen Angaben Fabbris nicht für die übrigen Finger.

Nach Feststellung, dass diese Luxation irreponibel ist, ist es unverständlich und schädlich, allzu sehr auf Manövern zu bestehen, die zu einer Pseudoreposition oder besser zu Frakturen der Basis der Phalanx führen können, die die Ursache zu schweren Versteifungen abgeben werden. Die Prognose muss eine reservierte sein sowohl in bezug auf die unmittelbare Reposition wie in bezug auf das funktionelle Resultat. In dem mitgeteilten Fall besteht nach einem Monat noch Beschränkung der Flexion.

Dellitala. Considerazioni sui casi di gonilite tubercolare curat all' Istituto Rizzoli mediante intervento chirurgico.

In einem Zeitraum von ca. 13 Jahren (1900—1913) kamen 682 Patienten mit Gonitis zur Behandlung. Von diesen blieben 172 längere oder kürzere Zeit im Institut, die übrigen 510 erfuhren eine konservative ambulatoische Behandlung mittelst Applikation von Gipsverbänden, Pappe- oder Zelluloidhülsen, die zu geeigneter Zeit erneuert wurden.

Die gegenwärtigen Untersuchungen des Redners beziehen sich auf 91 Patienten, die chirurgischen Operationen unterzogen wurden. Brieflich oder durch Nachuntersuchung konnte er die Dauerresultate bei einem Prozentsatz von 90% erfahren. An 91 Kranken wurden 100 Eingriffe vorgenommen, die sich folgendermassen verteilen: Osteotomia supracondyloidea, Sehnenverlängerungen: 7; Arthrektomien: 8; Resektionen: 73; Amputationen: 1; sekundäre Resektionen nach Reakutisierung des Prozesses: 6; sekundäre Amputationen nach Reakutisierung: 5.

Resultate der Osteotomien: gut in 2 Fällen; Fistelbildung in 1 Fall; verschlimmert: 2 Fälle. Von 2 weiteren Fällen fehlen Nachrichten. —

Resultate der Arthrektomien: gut mit gradliniger Ankylose in 1 Fall; mit Erhaltung der Bewegung in 1 Fall; mit Ankylose in Flexionsstellung: 2; an Meningitis gestorben: 1; Rezidive: 1. Die erzielten wenig guten Resultate rechtfertigen es, dass dieser Eingriff von fast sämtlichen Chirurgen aufgegeben worden ist.

Resultate der Resektionen: gute gradlinige Ankylose: 56; gute Ankylose aber mit leichter Flexion: 2; mit starker Flexion: 3; gestorben: 4 (3 an Kachexie, 1 durch Selbstmord); nach einer neuen Resektion geheilt: 6; amputiert wegen Rezidivs: 4.

Betrachtet man die definitiven Resultate (die nach einer neuen Resektion oder einer korrigierenden Osteotomie erhaltenen Heilungen), so bekommt man im ganzen 66 Heilungsfälle, d. h. 80%.

Alle Geheilten mit gradliniger Ankylose sind arbeitsfähig und klagen nicht über Beschwerden, wenn man von dem Hinken absieht, das in vielen Fällen kaum angedeutet ist. Die verbleibende Verkürzung beträgt im Durchschnitt 3 cm. Nur in einem Fall trat in einem Zeitabstand nach der Operation eine neue Lokalisation an dem Hüftgelenk auf, die nach 2 Jahren der Behandlung heilte.

Die Resektion wurde 51 mal an Erwachsenen, 29 mal an Kindern unter 15 Jahren ausgeführt.

Bargellini-Mailand. Di un caso di genu recurvatum congenito.

Redn berichtet über einen Fall von multiplen angeborenen Deformitäten bei einem 3 Jahre alten Knaben, der in der orthopädischen Klinik zu Mailand behandelt wurde.

Nach eingehender Beschreibung der verschiedenen Deformitäten, d. h. des rechtsseitigen angeborenen Genu recurvatum, der rechtsseitigen Hüftgelenkluxation und einer angeborenen Hautfurche der rechten Thoraxhälfte, bespricht Verf. die verschiedenen auf den mitgeteilten Fall bezüglichen pathogenetischen Hypothesen und die Richtung und den Ausgang der Behandlung, der das Genu recurvatum und das luxierte Hüftgelenk unterzogen wurden.

Buccheri, Palermo.

Zur Technik des Extensionsverbandes.

Von

Reg.-Rat Prof. KARL BAYER in Prag.

(Hierzu 2 Abbildungen im Text.)

So leicht es im allgemeinen ist, einen guten Extensionsverband mit einfachen Mitteln anzulegen, der in der Mehrzahl der Fälle auch lange gut vertragen wird, gibt es doch manche Ausnahmen von dieser Regel, die jedem Chirurgen bekannt, Schwierigkeiten verschiedener Art und allerlei Verlegenheiten bereiten. Dekubitus, Ekzeme, komplizierende Wunden, die Notwendigkeit öfteren Verbandwechsels etc. erschweren am häufigsten die Arbeit.

Eben diese Ausnahmen haben auch schon eine ganze Reihe von Modifikationen des ursprünglichen Volkmannschen Heftpflaster-Zugverbandes herbeigeführt, die jedem Chirurgen geläufig sind. Ich nenne die verschiedenen Pflastermassen, die elastischen Züge, Zug mit feuchten Binden, Gypsverbände mit Zügen, Extension durch das Eigengewicht der gebeugten Extremität bis zur Zuppinger-Schiene, Hackenbruchs Distraktionsklammern u. s. f.

Trotz der grossen Auswahl, über die wir heute verfügen, bereitet eine korrekte Anlegung eines Zugverbandes hie und da immer noch mannigfache Verlegenheiten. Seit Jahren schon gebrauche ich bei älteren Leuten und bei zu vulnerabler, empfindlicher Haut zum Zwecke der Extension vom Bandagisten nach Mass angefertigte Lederhülsen mit seitlich angebrachten Zugriemen, welche auch tägliche Revision durch Aufschnüren und Aufklappen erlauben, ohne den Kranken viel zu behelligen; doch hat auch die Hülse ihre Uebelstände (Rutschen, Faltung, Druck).

Der Witz einer guten Extension liegt in der möglichst grossen Angriffsfläche des Verbandes und der Verhütung aller Verschiebung infolge des Zuges und doch gleichmässig weicher, nirgends schnürender oder drückender Anschmiegung an die Extremität. Ein solcher Zugverband wird sich dem Ideal umso mehr nähern, je einfacher, je leichter an- und abzulegen er ist.

Vor die Aufgabe gestellt, in einem schwierigen Falle die durch wiederholten Dekubitus gescheiterte Extension um jeden Preis weiter noch fortzusetzen, musste ich darüber nachdenken, ein brauchbares Verfahren ausfindig zu machen.

Der Fall ist folgender:

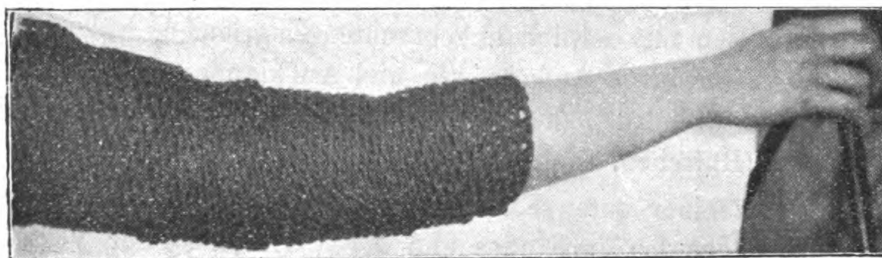
Zentralblatt für Orthopädie Bd. IX, H. 2.

Ein im heurigen Feldzug verwundeter Leutnant wurde mir nach längerer Behandlung von anderer Seite in der 6. Woche mit nachstehendem Status übergeben.

Schussfraktur des linken Oberschenkels über der Mitte mit grosser, an der Aussenseite gelegenen, jetzt schon grösstenteils geheilter Ausschusswunde, mit Dislocation ad longitudinem (Uebereinanderschiebung der Frakturrenden) und ad axim (oberes Bruchstück durch Zug des Ileopsoas aufgerichtet), noch etwas beweglich, so dass durch Zug und Elevation die bestehende Dislokation teilweise sich ausgleichen liess. Tiefer Dekubitus an der Achillessehne, Lähmung der Unterschenkel-Muskulatur (Ischiadikusverletzung), Pflasterexzeme.

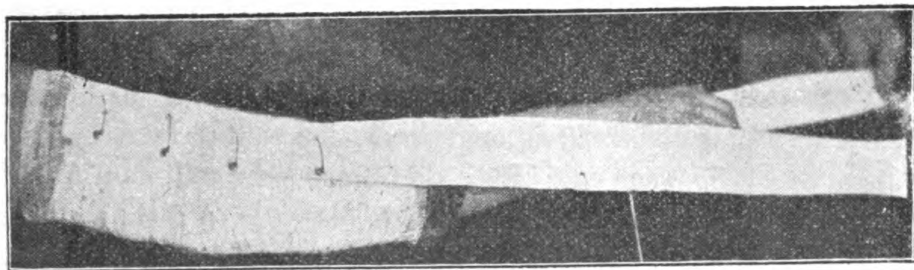
Die bisherige Pflaster-Extension musste aufgegeben werden; die oben erwähnte Hülse vertrug der gelähmte Unterschenkel trotz reichlicher Wattierung auch nicht. Der Zufall lenkte meine Aufmerksamkeit auf die für den Winterfeldzug von unseren Damen überall hergestellten Schals aus gehäkelter dicker Wolle. Es schien mir möglich, mit einem solchen Schalstück eine weiche, wirksam elastische, nicht rutschende Unterpolsterung für die Extension zu schaffen. Der Versuch bewährte sich und ich erlaube mir das sehr einfache Verfahren zu empfehlen.

Man wickelt den Schal gleich einer breiten Binde, die Elastizität ganz ausnützend, um die Extremität direkt auf die Haut stramm um und legt zur genauen Fixation einen regelrechten Flanellbindeverband darüber. Sind Wunden da, so wird der Schal sterilisiert und über den Wundverband gewickelt. Ist nicht an der ganzen Extremität, sondern nur an einem Abschnitt, z. B. Oberschenkel oder Oberarm zu extendieren, so muss, wie es Figur 1 zeigt, das



Figur 1.

distale Gelenk mit eingewickelt werden, damit der Schalrand über dem Gelenk nicht einschneidet. Jetzt wird an der Innen- und Aussenseite dieses Unterverbandes seiner ganzen Länge nach je ein 2—3 Querfinger breiter fester Leinwandstreifen mit mehreren tiefgreifenden Sicherheitsnadeln genau befestigt, wie aus Figur 2 ersichtlich, und die freien Enden dieser Streifen über einem Brettchen mit Heftpflaster zusammengeklebt, endlich an dem Brettchen die Schnur zum Extensionsgewicht angebracht.



Figur 2.

Das ganze Verfahren ist gewiss sehr einfach, und weil rasch erledigt, für Arzt und Patient sehr angenehm. Die Maschen des gehäkkelten Schals hinterlassen zwar an der Haut mosaikartige seichte Eindrücke, die jedoch, weil der Druck weich elastisch ist, nichts zu bedeuten haben, übrigens auch ganz vermieden werden können, wenn die Extremität vor Anlegung des Schals mit einer einfachen Wattelage bedeckt wird. Der Vorzug des Schals ist dessen genaue Anschmiegung an die Oberfläche und die grosse Reibung der Maschen an dieser und aneinander, sodass alles Rutschen, Verschieben und Gleiten vermieden und dadurch eine gleichmässig an der ganzen Oberfläche eingreifende, nicht schindende und doch wirksame Extension erzielt wird. Ekzeme gibt es nicht. Der ganze Verband ist in wenigen Minuten angelegt.

1) **Scaduto** (Palermo). La Röntgentherapie delle affezioni chirurgiche tubercolari. (Il Policlinico. A. XXI. Nr. 2.)

Unter dem Gesichtspunkt der Röntgentherapie bespricht Verf. in vorliegender Arbeit einige tuberkulöse Affektionen, die bisher als unbedingt in das Gebiet der Chirurgie gehörig betrachtet wurden. Seine persönliche Erfahrung hat Verf. zur Ueberzeugung geführt, dass die Applikation der X-Strahlen ein mächtiges Hilfsmittel ist, über das der Chirurg verfügen kann, namentlich bei gewissen schweren Affektionen der Knochen und der Gelenke, bei denen er mit den X-Strahlen das Ideal der Erhaltung im Verein mit einer in recht kurzer Zeit erzielten Heilung erreichen konnte.

In 5 Fällen hält die Heilung seit mehr als einem Jahr an.

Buccheri, Palermo.

3*

- 2) **Schwarz, E.** Der Wachstumsreiz der Röntgenstrahlen auf pflanzliches und tierisches Gewebe. (M. m. W. Nr. 39. 1913.)

Verf. stellte durch mannigfache Versuche fest, dass die Röntgenstrahlen, in sehr geringer Dosis angewandt, einen wachstumsfördernden Einfluss ausüben, wenn der Reiz die Samenzelle selbst trifft. Er benutzte zu seinen Versuchen die Samen der grünen Bohne und die Eier von *Ascaris megalocephala*; bei der Bestrahlung der Eier fand er als Optimum 5 Minuten, Härtegrad 5 Wehnelt, Belastung 1 DMA. Röhrenabstand 30 cm; die so im hängenden Tropfen bestrahlten Präparate zeigten bereits fertig entwickelte, lange, schmale, sehr lebhaft bewegliche Würmchen zu einer Zeit, wo die übrigen, länger oder kürzer oder gar nicht bestrahlten Präparate noch keine so weitgehende Entwicklung aufwiesen. Bei 20 Patienten mit granulierenden Wunden, bei denen er die Granulationen zur Hälfte bestrahlte mit 5 Wehnelt, 2 DMA., 5 Min., 30 cm Focusabstand, alle 3—5 Tage, beobachtete er eine deutlich nachweisbare Beschleunigung der Ueberhäutung im Bereich der bestrahlten Zone. Bei einem Knaben, der seit Monaten ein markstückgrosses Geschwür mit glattem, glasigem Grund in der Narbe eines resezierten Kniegelenks hatte, erreichte er mit schwachen Bestrahlungen in 14 Sitzungen die Heilung des torpiden Geschwürs.

An den Ohren von Kaninchen setzte er mit dem Messer oder dem Thermokauter Hautdefekte und bestrahlte jeweils das eine Ohr unter denselben Bedingungen, wie er die Granulationen behandelt hatte; es ergab sich, dass nach 14—16 Tagen die bestrahlten Wundflächen völlig vernarbt waren, während die nicht behandelten noch in weiter Ausdehnung offen waren. Klar, München.

- 3) **Salveti.** Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Bildung der Knochennarbe. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 1/2. p. 130.)

V. macht eine vorläufige Mitteilung über seine histologischen Untersuchungen bei Röntgenbestrahlungen gebrochener Knochen. Zuerst bringt die Bestrahlung eine Reizung hervor, die den Bildungsprozess des Kallus stört (grössere Produktion von Knopelzellen, erschwerte Umgestaltung in osteoblastisches Gewebe, Schwächigbleiben der Bälkchen), zuletzt findet aber eine anregende Wirkung auf die kalksalzablagerung in den Knochenzellen statt und somit eine solide Narbenbildung im Knochen. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 4) **Busse, Dipl.-Ing.** Die künstliche Höhensonne. (D. m. W. Nr. 42. 1913.)

Beschreibung der künstlichen Höhensonne, wie sie von Hagemann

zu seinen Versuchen benutzt wurde: Kombination der Quarzlampe mit Kohlenfadenglühlampen. Der Stromverbrauch ist im Vergleich mit anderen Lichtbädern sehr gering, $\frac{1}{2}$ Kilowatt. Klar, München.

- 5) **Brulé.** La stérilisation de l'eau par les rayons ultraviolets et son application en pratique chirurgicale. (Rev. de chir. 34^e année. Nr. 2, p. 178.)

Verf. teilt Experimente von Sterilisation des Wassers durch ultraviolette Strahlen mit, nachdem dasselbe durch verschiedene Bazillen (coli, subtilis, proteus vulgaris, staphylococcus albus) infiziert worden war. Der Apparat, der zu den Experimentalzwecken gebraucht wurde (2 Modelle, eines mit 10 Minuten, das andere mit 3 Minuten Sterilisationsdauer des in den Apparat gehenden Wasserquantums), erwies sich als für die Praxis empfehlenswert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 6) **Bergonié.** Die medizinischen Anwendungen der Diathermie. (B. kl. W., Nr. 39, 1913.)

Es werden zur Diathermiebehandlung ausschliesslich nackte Metallelektroden angewendet; wenn die Elektroden gut anliegen, verspürt der Pat. keine Reizwirkung, selbst nicht an den Rändern der Elektrode. Zahlreiche Versuche an Tieren und Aerzten und therapeutische Anwendung bei Patienten des B.schen Instituts in Bordeaux haben ergeben, dass ausser den gewollten Zerstörungen („chirurgische Diathermie“), ausser den lokalen oder allgemeinen thermischen Wirkungen, ausser der beabsichtigten Hyperämisierung niemals durch die Diathermie irgendwelche erkennbare Früh- oder Spätschädigungen, oder irgendwelche Modifikationen der lokalen oder allgemeinen Vitalität irgend eines organischen Gewebes verursacht wurden. Man kann mittelst Diathermie grosse inoperable Tumoren zerstören (Doyens Elektrocoagulation“), Angiome, innere Polypen, Papillome usw. Dabei sind die hämostatischen Eigenschaften der Diathermie hervorzuheben: man sieht nie Blut, selbst wenn man in sehr gefässreichen Gebieten, wie z. B. am Hals, arbeitet. Die Diathermie sterilisiert im Zerstören und verhindert dadurch, dass sie kein Gefäss eröffnet, die Verschleppung von Keimen. Zur „chirurgischen Diathermie“ verwendet Verf. als Elektroden eine Kupferplatte von der Grösse des Operationstisches, die mit einem feuchten Tuch bedeckt wird, auf das sich der nackte Pat. legt, und eine sehr kleine, an einem isolierten Handgriff befestigte Elektrode.

Bei der „medizinischen Diathermie“ ist die Erwärmung am stärksten im Niveau der Elektroden und im Innern der Muskeln, die Erwärmung der Knochen wird durch die schlechte Leitfähigkeit

der Knochen verringert. Wenn man in einem diathermisierten Glied die Zirkulation unterdrückt, oder verringert, dann wird die Hitze für den Pat. sehr schnell unerträglich, da die abkühlende Wirkung des neu hinzuströmenden Blutes fehlt. Seröse Ergüsse verschwinden sehr schnell unter der Diathermiebehandlung. In allen Fällen, bei denen Verf. die Diathermie bei elenden, heruntergekommenen, geschwächten und hypothermischen Kranken anwandte, hob sich die Körpertemperatur, das Gewicht, der arterielle Blutdruck und die Kraft. Verdauungsstörungen wurden beseitigt. Bei Infektionen rät B., ein künstliches „Fieber“ des Pat. mit der Diathermie zu erregen, um dem Körper die Abwehr durch eine Temperatursteigerung, deren Kosten er selbst nicht zu bestreiten hat, zu erleichtern. B. verheisst der medizinischen wie der chirurgischen Diathermie eine grosse Zukunft.

Klar, München.

7) **v. Zeynek.** Die wissenschaftlichen Grundlagen der Thermopenetration (Diathermie). (B. kl. W., Nr. 39, 1913.)

Eigene Versuche des Verf. haben ergeben, dass bei Kaninchen, die in Intervallen mit Strömen von 0,06—0,1 Ampère durchwärmt wurden (zugeführte Wärme pro Stunde, Kilogramm und Tier 0,6 bis 1,5 Kgal.), die Kohlensäureausscheidung um 13 bis 18% abnimmt; nach einstündigem Aussetzen der Erwärmung trat wieder normale Kohlensäureausscheidung ein. Die von anderen Autoren schon berichtete schmerzstillende Wirkung der Hochfrequenzströme bestätigt der Verf. auf Grund seiner eigenen Erfahrungen. Chemische Wirkungen der Diathermieströme wurden nicht beobachtet. Die Arsenvalströme kommen für den menschlichen und tierischen Organismus ausschliesslich in Form der Wärme in Betracht.

Klar, München

8) **Adolf Schnee** (Frankfurt a. M., Obertaunus). Einiges über meinen „Degrassator“ und seine praktische Anwendung. (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie 1914. Bd. 18. H. 2. S. 68—74. Mit 4 Abbildg. Literatur.)

Beschreibung des zum Entfetten nötigen elektrischen Apparats und Liegestuhles. Das Prinzip, nach dem derartige Apparate (Berponiö-Nagelschmidt) wirken sollen, ist bekannt. Der Enthusiasmus, mit dem die Entfettungsapparate anfänglich begrüsst wurden, hat in letzter Zeit abgeflaut, da Dauererfolge doch wohl selten erzielt werden und Alterationen des Herzens auch nicht immer zu vermeiden sind.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

9) **Carulla.** Elektrotherapie gegen Fettleibigkeit. (B. kl. W., Nr. 34, 1913.)

Bericht über einen Fall von Fettleibigkeit bei einem Mann von

40 Jahren, bei dem im Verlauf von 9 Monaten (mit Unterbrechungen) eine Gewichtsabnahme von 66 kg, von 174 kg auf 108 kg, mit dem Bergoniéverfahren erreicht wurde. Klar, München.

10) **Somerville.** The treatment of neuritis by electrical methods. (The Brit. med. Journ. 9. V. 14. p. 1014.)

Verf. führt Krankengeschichten von Patienten mit Neuritiden an, die er nach seiner Methode erfolgreich mit hochfrequenten Strömen und der Jontherapie kurierte. (Spitzer-Manhold, Zürich.)

11) **Schmerz, Hermann.** Improvisierte Heissluftapparate (M. m. W. Nr. 39. 1913.)

Aus breiten Gipsbinden, Gipsbrei, Zaundrahtgeflecht, einem Stück Pappe, einem Stück Eisenblechrohr, oder weichem Eisenblech, einem Stück Flanell, oder ähnlichem Stoff, etwas weichem Draht und ein oder zwei grösseren Korken stellt Verf. in 1 bis 2 Stunden mit Zange, Drahtzange und Blechschere, Heissluftapparate jeder gewünschten Grösse her, deren Kosten 1/15. bis 1/20. des Preises der gekauften Apparate betragen. Sch. gibt eine ausführliche Beschreibung der Herstellung. Klar, München.

12) **Brind.** Ein Fall von Riesenwuchs mit Atrophie der Geschlechtsorgane. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 3. p. 715.)

Verf. beobachtete allgemeinen echten Riesenwuchs bei einem 7-jährigen Knaben. Am Skelett waren noch Verkrümmungen und Exostosen zu finden. Bei diesem Fall wird die mangelhafte Entwicklung der Genitalorgane als mögliche Aetiologie angenommen. Es handelt sich dabei entweder um eine Anregung, oder eher um das Wegfallen einer hemmenden Wirkung von seiten der inneren Sekretion der Genitaldrüsen (Riesenwuchs der Eunuchen).

Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **Zur Verth und Scheele.** Sternsignalpistolen-Verletzungen (D. milit. ärztl. Zschr. Jhrg. 43. H. 3, p. 81.)

Die bei der Marine vorkommenden Verletzungen mit der Sternsignalpistole sind Nahschüsse, welche durch einen Bedienungsfehler, oder in selbstmörderischer Absicht entstehen und vorwiegend den Schädel, oder linke Arm- und Brustseite des Schützen betreffen. Die Verletzung kommt hauptsächlich durch Explosion des Pulvers zu Stande, und kann man Formen mit vorwiegender Brandwirkung, oder Druckwirkung unterscheiden. Die letztere führt zur ZerreiSSung der Weichteile mit lappenförmiger Abhebung und zur Zertrümmerung der Knochen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Paul Zander** (Berlin). Verletzung bei einer Spielerei als Unfall anerkannt. (Med. Klinik 1913. H. 50. S. 2079—2080.)

Ein 15jähriger Junge, der mit der Reinigung von Gläsern etc. in einem Laboratorium beauftragt war, hatte Papier in einen Topf mit kochender Salpetersäure geworfen und bei der erfolgten Explosion schwere Verletzungen an den Augen erlitten. Eine Entschädigung war von der Berufsgenossenschaft mit der Begründung abgelehnt worden, dass es sich um einen durch Spielerei selbstverschuldeten Unfall handle. Das Reichsversicherungsamt erkannte die Entschädigungspflicht an, mit der Begründung, dass zwar zugeständenermaßen der Unfall durch Spielerei — gegen das Verbot des Arbeitgebers — herbeigeführt sei, dass aber bei Kindern ein natürlicher Hang zur Spielerei bestehe, der Junge aber bei seiner mangelhaften geistigen Entwicklung einem Kinde gleichzuachten sei. Der Tatbestand der Betriebsgefahr, der Zusammenhang zwischen Betriebs-tätigkeit und Unfall waren gegeben. Die Berufsgenossenschaft wurde zur Entschädigungspflicht verurteilt. Natzler, Mülheim-Ruhr.

15) **August Weinert** (Bonn). Beitrag zur Gebrauchsfähigkeit schwer geschädigter Glieder bei Nicht-Unfallverletzten. (Med. Klinik 1913. Nr. 46. S. 1893—1894. Mit 2 Röntgenbildern.)

Die Reihe derartiger Fälle wird vom Verfasser um ein treffendes Beispiel vermehrt. Es handelt sich um einen 18jährigen jungen Mann, der einen Stoss an der linken Schulter erlitten hatte. Der Vater gab an, seitdem verspüre der junge Mann Beschwerden im Ellbogengelenk, das seit dem Unfall mehr herausstünde. Es sollte der Zusammenhang mit dem Unfall festgestellt werden. Die Untersuchung ergab aber, dass es sich um einen alten suprakondylären Schrägbruch des Humerus mit Pseudarthrosenbildung und starker dislocatio ad longitudinem handle. Der Zusammenhang mit dem Unfall an der Schulter wurde natürlich abgelehnt und der junge Mann gab dann zu, dass der Bruch seit 14 Jahren bestohe und keinerlei Erwerbsbehinderung (Friseurberuf!) veranlasst habe. Auch schwerere Arbeiten (Graben, Gewichtheben von 30—40 Pfund Schwimmen, Turnen) konnten geleistet werden.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

16) **Paul Frank** (Berlin). Durchbruch eines Magengeschwürs bei gewöhnlicher Anstrengung — kein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall. (Med. Klinik 1913. H. 27. S. 1097.)

Ein 46jähriger Maschinist hatte sich eines Tages beim Auflegen eines Riemens auf die Riemenscheibe körperlich stark angestrengt. 2 Tage nach dem Unfall musste er wegen Leibschmerzen die Arbeit aufgeben, wurde 8 Tage später wegen Peritonitis operiert und starb.

Bei der Sektion wurde ein Magengeschwür mit stecknadelkopfgrosser Durchbruchstelle festgestellt. In einem erstatteten Gutachten war ausgeführt worden, dass durch den behaupteten Unfall — Sturz auf die Riemenscheibe — das Ulkus hätte zur Perforation gebracht oder dieselbe hätte beschleunigt werden können. Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt wiesen aber die Klage der Hinterbliebenen ab mit der Begründung, dass die bewiesene, oben angeführte körperliche Anstrengung nicht übermässig gewesen sei.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

17) **Paul Zander** (Berlin). Lungenblutung und Unfall. (Med. Klinik 1913. H. 47. S. 1950.)

Ein 36jähriger Arbeiter, der nachweisbar seit 7 Jahren lungenleidend war und öfters Blut gehustet hatte, bekam nach Aufheben eines 35 Pfund schweren Topfes eine starke Haemoptoe. Ein Entschädigungspflichtiger Unfall wurde vom Gutachter und vom Schiedsgericht mit der Begründung abgelehnt, dass das Aufheben des 35 pfündigen Topfes nicht als so schwere Arbeit angesehen werden dürfe, dass durch sie die Blutung veranlasst werden könne.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

18) **Cunningham, John H.** Neue Methoden der Allgemeinnarkose. (B. kl. W. Nr. 42. 1913.)

Die Aethernarkose per rectum wurde von Pirogoff schon im Jahre 1847 erwähnt, ein Jahr nach der ersten Anwendung des Aethers zur Narkose; später geriet die Methode in Vergessenheit, und erst neuerdings wurde sie besonders in Amerika wieder aufgenommen. Sie wird empfohlen bei Operationen am Kopf und am Hals, bei denen durch die Narkose die Asepsis gestört werden kann. Die Narkosenkommission der amerikanischen medizinischen Gesellschaft stellt in einem Bericht fest, dass die rektale Aethernarkose in 15000 Fällen angewandt worden ist ohne einen Todesfall, der auf den Aether zurückzuführen gewesen wäre. Der Darm muss vorher gründlich gereinigt werden durch einen Einlauf von 60 ccm einer konzentrierten Lösung von Magnes. sulf. am Abend vor der Operation und ein grosses Seifenklysma am Morgen und ein weiteres kurz vor der Operation. Die Narkose erfolgt durch ein Darmrohr, neben dem man beim Beginn einen Finger einführen muss, um das Entweichen der vorhandenen Darmgase zu ermöglichen, die sonst dadurch, dass sie das Aethergas verdünnen, die Narkose verlängern würden. Verf. gebraucht eine Flasche von $7\frac{1}{2}$ Zoll Höhe und 870 ccm Aetherinhalt, die in einem Wasserbad von 25—30 Grad C steht; die Zuführung der Aethergase erfolgt durch einen Druck auf einen Gummiballon. Ein einziger Todesfall

kam bei dem Verf. vor, der auf die Darmnarkose direkt zurückzuführen war, und zwar durch Ruptur eines alten Amöbendysenteriegeschwürs bei einem Fall von Lippenkrebs. Obwohl der Aether durch die Lungen wiederausgeschieden wird, traten nie Aetherpneumonien oder -bronchiditen auf, so dass die Methode auch für solche Fälle zu empfehlen ist, bei denen Bedenken gegen Aether wegen des Zustands der Lungen, oder der Bronchien bestehen. Bei der rektalen Narkose wird viel weniger von dem Narkotikum gebraucht als bei der Inhalation, und nach der Operation kann man schnell noch den überflüssigen Aether durch Bauchmassage entfernen. Klar, München.

19) **Straub.** Ueber die Gefährlichkeit der Kombination von Morphin mit allgemeiner Narkose und mit Schlafmitteln. (M. m. W. Nr. 33. 1913.)

Ein Fall, bei dem bei einem Kinde durch Lähmung des Atemzentrums in Morphin-Chloroformnarkose exitus erfolgte, gab dem Verf. Veranlassung zu seinen Untersuchungen, die ergaben, dass eine an sich vorhandene Nebenwirkung des Morphins durch Allgemein-narkose zur tödlichen werden kann. Man soll daher, wenn der Pat. unter Morphinwirkung sich befindet, zur Narkose lieber Aether nehmen als Chloroform, und bei morphinempfindlichen Leuten, wie z. B. Kindern, soll man das Zusammentreffen des Morphins mit einem anderen Narcoticum überhaupt vermeiden. Klar, München.

20) **Jüngling.** Bedingt die Methode der Hautdesinfektion mit Jodtinktur eine Gefahr der Jodintoxikation für den operierenden Arzt? (M. m. W. Nr. 32. 1913.)

J. stellte genaue Untersuchungen der im Operationssaal nach Joddesinfektionen vorhandenen Luft an und fand, dass direkt über dem Operationsfeld die meisten Joddämpfe in der Luft sind, und dass der Operateur und der Assistent während eines 5stündigen Operationsvormittags je $\frac{1}{2}$ mg Jod einatmen. Ferner stellte er durch Blutuntersuchungen fest, dass die Angabe, dass die Joddämpfe Lymphocytose hervorrufen, nicht richtig ist; J. untersuchte solche Leute, die viel mit Jod zu tun haben, wie z. B. den Operationswärter und die Operationschwester, und solche, die gar nicht mit Jod in Berührung kommen, und fand, dass die Jodeinatmung den Lymphozytengehalt des Blutes absolut nicht beeinflusst. Das Joddesinfektionsverfahren wirkt also in keiner Weise auf das Blutbild der damit Arbeitenden ein, und die Einatmung von $\frac{1}{2}$ mg Jod täglich ist als indifferent zu bezeichnen. Es ist also absolut nicht notwendig, den Jodanstrich durch Dermagummit oder andere Präparate zu fixieren. Klar, München.

21) **Kutscher.** Ueber die Händedesinfektion mit Bolusseife und -paste nach Liermann. (B. k. W. Nr. 14. 1913.)

Verf. kann die von anderen Autoren, wie z. B. Küster und Geisse, berichteten günstigen Ergebnisse der Händedesinfektion mit Bolusseife und -paste (Akt.-Ges. f. Anilinfabrikation in Berlin) nicht bestätigen; er fand nach der Anwendung der Boluspräparate in der Haut der Hand und unter den Nägeln noch sehr grosse Mengen von Keimen.
Klar, München.

22) **Meyer, Arthur W.** Die Wundinfektion im Kriege. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 3. p. 798.)

Verf. teilt seine Erfahrungen aus den beiden Balkankriegen 1912 und 1913 mit und betont vor allem, wie gefährlich die dort oft geübte Tamponade der Wunden sei. Die wichtigste Regel auf dem Kriegsschauplatz: eine möglichst frühe Fixation eines durchschossenen Teiles zur Vermeidung späterer Phlegmonen, Blutungen u.s.w. sah er sehr häufig vernachlässigt. Photographische Reproduktionen vieler Fälle.
Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Brüning.** Einfacher Handschutz bei eitrigen Operationen. (M. m. W. Nr. 31. 1913.)

B. empfiehlt, vor der Berührung eitrigen Materials die Haut der Hände mit einem etwa haselnusskerngrossen Quantum Borvaselin einzureiben, damit die Keime nicht in die Haut eindringen. Versuche haben ihm ergeben, dass die Bakterien in dem Vaseline bleiben und mit der nach der Operation vorgenommenen Heisswasserwaschung vollständig entfernt werden.
Klar, München.

24) **Poth.** Die Behandlung granulierender Wundflächen mit getrockneter Luft (Siccor-Apparat von R. Kutner). (D. Zschr. f. Chir. Bd. 127. H. 1—2, p. 169.)

Verf. berichtet über 52 Fälle granulierender Wunden, welche mit trockner, gereinigter und temperierter Luft behandelt wurden mittels des Kutner'schen Siccor-Apparates. Der Erfolg dieser allerdings zeitraubenden Methode war stets ein sehr guter, speziell auch bei Beingeschwüren und granulierenden Höhlenwunden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Servé.** Zur Behandlung von Verbrennungen. (D. milit. ärztl. Zschr. Jhrg. 43. H. 2, p. 58.)

Eine Verbrennung II. und III. Grades beider Hände bis Mitte Unterarm, mit beginnender Lymphangitis und Temperaturerhöhung, wurde vom Verf. mit Bürstenabseifung und Beseitigung der nekrotischen Fetzen im Aetherrausch, Nachwaschung mit Alkohol und sterilem trockenem Verband behandelt. Das schmerzhaftes Spannungsgefühl nahm sofort ab, und die Heilung erfolgte rasch.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 26) **Meyer und Kohlschütter.** Ueber echte Erfrierungsgangränen im bulgarisch-türkischen Krieg. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 127. H. 5—6, p. 518.)

Verf. bekamen zahlreiche Erfrierungsgangränen der Extremitäten in Behandlung bei sonst gesunden Soldaten, welche von Schnee und Kälte überrascht bis 48 Stunden in ihren Schützengräben verbleiben mussten, ohne die durchnässten und durchfrorenen Kleider und Fussbekleidung wechseln zu können. Die Mehrzahl der Kranken, welche erst nach einer Woche in Behandlung kamen, zeigte Nekrosen der Kutis, Subkutis, Sehnen, Faszien, Muskeln und Knochen. An den Händen handelte es sich meist um trockene Gangrän, an den Füßen um feuchte, welche häufig zu Infektion führte. Die Diagnose des Erfrierungsgrades in der Tiefe liess sich aus dem Bilde der Hautgangrän stellen, während eine Blutung bei Probeinzision kein Beweis für noch lebendes Gewebe ist. Die Therapie bestand bei feuchter Gangrän in frühzeitiger Abkneifung, oder Exartikulation der gangränösen Partien sowie in Spaltung vorhandener Phlegmonen. Exartikulation des ganzen Fusses wurde nur bei drohender Sepsis im oberen Sprunggelenk ausgeführt. Grosse Hautdefekte der Fusssohle verheilten auffallend schnell durch Granulation und es bildeten sich solide Narben, welche ein beschwerdefreies Gehen ermöglichten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 27) **Eugen Bibergeil** (Berlin). Funktioneller Schiefhals bei horizontalem Nystagmus. (Zschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXIII. S. 386—390. Mit 2 Abbildg.)

Bei einem 7 jähr. Knaben fand sich ein angeblich nach Trauma im Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahren akquirierter Nystagmus und Linksneigung des Kopfes. (Abbildung.) Die Bezeichnung caput obstipum scheint dem Verf. erlaubt, weil die Schiefstellung „tatsächlich im Sinne einer Verkürzung des Kopfnickers erfolgt.“

Von Ophthalmologen sind Fälle von Nystagmus und Kopfneigung vereinzelt beobachtet.

B. hat, angeregt durch eine Arbeit von Heinc in der Münchner med. Wochenschrift 1913, Nr. 24, „Ueber die Höhe des Hirndrucks bei einigen Augenkrankheiten“, lumbalpunktiert und eine Erhöhung des Druckes gefunden. Die Punktion hatte keinen therapeutischen Erfolg und sollte wiederholt werden.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

- 28) **Aug. Brüning** (Giessen). Untersuchungen über Rückgratsverkrümmungen bei der Schuljugend in Oberhessen. Mit 2 Kurven. (Zschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXIII. S. 514—540.)

Verf. hat im ganzen 12200 Kinder von Volks- und Mittelschulen untersucht. In den Volksschulen wurden 4519 Knaben untersucht, davon zeigten 568 eine Veränderung an der Wirbelsäule („schlechte Haltung“ mit eingerechnet), d. i. 12,6%. Bei den Mädchen waren die Zahlen 4466, 437 = 9,8%. In den höheren Schulen 2297 Knaben, 265 pathologisch = 11,5%, Mädchen 938, 96 Verbeugungen = 16,2%. Also mehr Verbeugungen bei den Knaben der Volksschulen und bei den Mädchen der höheren Schulen. Eine Tabelle zeigt die Verhältnisse in den einzelnen Orten. Die Zahlen sind niedriger als die von andern Beobachtern gefundenen (Haplund fand in Stockholm bei 21% Knaben und 22,9% Mädchen Verbeugungen).

29) **M. Böhm** (Berlin). Beiträge zur forcierten Korrektur der Skoliosen. (Demonstrationsvortrag.) (Zschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXIII. S. 480—498. Mit 34 Abbildg.)

Verf. hat eine Anzahl von Fällen nach der Abbott'schen Methode behandelt mit der Modifikation, dass er den Gipsverband über die Schulter der konvexen Seite führte. Seine Erfolge zeigt er in Photographien und Röntgenbildern. Um möglichst gute Erfolge zu erreichen, ist B. der Ansicht, dass die Behandlung schon möglichst frühzeitig zu beginnen hat. Bei kleinen Kindern wendet er eine besondere Gipsverbandtechnik an: Senkrecht zur oberen Querstange des Wolff'schen Rahmens wird ein gepolsterter Stab befestigt. Auf ihm sitzt das Kind rittlings, die Füße stehen auf einem Schemel. Zuerst wird das Becken mit den sich kreuzenden Stangen eingegipst, der Verb. über den Cristae ilei anmodelliert. Nach Erhärten des unteren Teiles wird, rein manuell, der präsakrale Teil der W. S. redressiert und der Gipsverband fertiggestellt unter Einbeziehung der konvexseitigen Schulter. Zur Vermeidung von Respirationsstörungen wird ein Magenloch angelegt. Fensterung und Nachpolsterung wie bei Abbot. 3—4wöchentlich Verbandwechsel. 3—6 Verbände. — Sehr instruktiv sind die beigegebenen Röntgenbilder.
Natzler, Mülheim-Ruhr.

30) **Sander**. Ein Fall von akuter Spondylarthritis gonorrhoeica. (M. m. W. Nr. 33. 1913.)

Bei einem 40jährigen Mann traten in der 6. Woche einer Erkrankung an Gonorrhöe heftige Schmerzen in der Kreuz- und Lendengegend auf, die in Ruhelage nachliessen, bei Bewegungen aber sehr zunahmen. Druck auf die Dornfortsätze der letzten 3 LW. war sehr schmerzhaft, die übrige Wirbelsäule war frei. Heilung mit der Besserung des Grundleidens.
Klar, München.

31) **Paul Zander** (Berlin). Rippentuberkulose und Unfall.
(Med. Klinik 1913. H. 52. S. 2153.)

Ein 58 jähriger Arbeiter hat durch eine Eisenspitze einen Stich in die rechte Brustseite bekommen; ein Jahr später wird eine weit vorgeschrittene Tuberkulose mehrerer Rippen der rechten Seite festgestellt. Erst nach weiteren 4 Monaten führt der Mann die Tuberkulose auf die Stichverletzung zurück. Die Berufsgenossenschaft lehnte einen Zusammenhang mit dem Unfall ab, hauptsächlich mit der Begründung, dass es so gut wie ausgeschlossen sei, dass nach einer sicher leichten Stichverletzung der Haut sich eine Tuberkulose der darunter liegenden Knochen entwickeln könne. Natzler, Mülheim-Ruhr.

32) **Froelich**. De l'évolution de la tuberculose chirurgicale chez le nourrisson. (Arch. de Méd. des enfants. 1914, 3.)

Verfasser bespricht eingehend die in den ersten beiden Lebensjahren vorkommenden Fälle von chirurgischer Tuberkulose. Im Krankenhaus zu Nancy kamen am häufigsten Spondylitiden zur Beobachtung. —

Bei der Therapie empfiehlt Verfasser so konservativ wie möglich vorzugehen, die chirurgischen Eingriffe auf Punktion und Injektionen, auf Auslöffeln etwa bestehender Fisteln, oder eine Inzision einzuschränken. Die radikalen Operationen: Resektionen, Amputationen, Kastration sollen stets nur Operationen dringender Notwendigkeit bleiben. Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

33) **Ménard**. Cure orthoquédique de la gibbosité tuberculeuse. (Orthopédie. et tuberculose chirurgicale. 1^e année. Nr. 1, p. 3.)

Nach Besprechung der anatomisch-pathologischen Vorgänge des Zustandekommens der Kyphose bei malum Potti und der kompensatorischen Lordose unter Berücksichtigung ihrer verschiedenen Eigentümlichkeiten in der Hals-, Brust- und Lendenwirbelregion, kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Grundlage für jede erfolgreiche orthopädische Behandlung die horizontale Lage im Bett, über lange Zeit hinaus innegehalten, sei es mit oder ohne korrigierende Gipsapparate, ist, da sie auch am sichersten den destruktiven Prozess zum Stillstand bringt. Die grossen Gibbositäten speziell der Dorsalregion entstehen mehr infolge fehlender, oder fehlerhafter Behandlung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Bilhaut père**. Modifications récemment apportées au traitement du mal de Pott. (Annales de Chir. et d'Orthopéd. T. XXVI Nr. 12, p. 353.)

V. erwähnt die neueren Methoden (u. a. Albee), die alle eine Beschleunigung des Ankylosierungsprozesses der Wirbel bezwecken,

warnet aber, bei dieser forcierten Uebereilung die allgemein roborierende Therapie des *malum Potti* nicht zu vernachlässigen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

35) **M. Lewandowsky** (Berlin). Kompressionsfraktur des fünften Lendenwirbels. *Med. Klinik* 1913. H. 26. S. 1031—1033.)

Ein Arbeiter war mit einer schweren Last ausgerutscht und auf die linke Schulter gefallen. Ausser einer schweren Fussverletzung bestand wochenlang *incontinentia urinae*, später Kreuzschmerzen, ausstrahlende Schmerzen in beiden Beinen, Steifigkeit und Stauchungsschmerz in der Wirbelsäule, aber keine Deformierung derselben. Das Nervensystem war intakt.

Verf. ist der Ansicht, dass die Diagnose schon aus diesen Symptomen gestellt werden kann. Sie wurde im angeführten Fall, nachdem früher eine Röntgenuntersuchung angeblich nichts Pathologisches ergeben hatte, durch das Röntgenbild deutlich bewiesen. L. hält es aber in solchen Fällen für falsch, die praktische Entscheidung von der Röntgenuntersuchung abhängig zu machen. Im übrigen ist er der Ansicht, dass die Fraktur des V. L. W. in der Praxis immer noch sehr oft übersehen wird und dass die Verletzten für Simulanten gehalten werden. Besonders macht er noch auf das Zustandekommen der Verletzung durch indirekte Gewalt (Verheben) aufmerksam. Natzler, Mülheim-Ruhr.

36) **Balthagard**. Un cas de spondylose traumatique avec autopsie (maladie de Kümmel). *Rev. de chir.* 34e année. No. p. 276.

Ein 50jähriger Maurer fällt aus 4 m Höhe, geht zu Fuss nach Hause, ist zeitweise bettlägerig, geht aber jeden Tag herum. 6 Monate nach dem Unfall Gürtelschmerzen, erschwerter Gang, dorso-lumbale Gibbosität. Tod durch interkurrente Krankheit. Die Autopsie zeigt schwere Wirbelsäulenfrakturen. Der 11. Brustwirbel ist zerquetscht, ebenso die *laminae transversae* des 10., die Dornfortsätze der 9. und 10. Dorsalwirbel. Grosser Callus. Die *processus articulares* sind erhalten, daher die Gutartigkeit der anfänglichen klinischen Symptome und das Fehlen medullärer Störungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

37) **Clarke and Lansdown**. Intramedullary tumour of spinal cord: treatment by laminectomy and application of radium. (*The Brit. med. Journ.* 9. V. 14. p. 1009.)

Ein intramedullärer Tumor der Lumbosakralregion am Rückenmark, der sich als inoperabel erwies, wurde mit Radium behandelt

(Einlegen einer Tube mit 50 mg Radium in den Spinalkanal für 22 Stunden). Ständige und fortschreitende Besserung der Bewegungen und der Sensibilität der vorher gelähmten unteren Extremitäten. Eine Cystitis mit *bact. coli* brachte unvorhergesehen den Tod.

Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Eugen Bibergeil** (Berlin). Die Beziehungen der *spina bifida occulta* zum Klauenhohlfuss. (Zschr. f. orthod. Chir. Bd. XXXIII. S. 225—249. Mit 14 Abbildg.)

Der Hohlfuss ist zuweilen angeboren und erblich. Nicht selten entsteht das Leiden, kombiniert mit Krallenstellung der Zehen — Klauenhohlfuss — allmählich. Duchenne hat zuerst eine Störung des Muskelgleichgewichts ätiologisch verantwortlich gemacht. Schult-hess neigte der Annahme einer neurogenen Ursache zu, speziell macht er mit de Quervain Entwicklungsstörungen des Nervensystems für die Ursache des Leidens verantwortlich. Geiges hat in vier Fällen auf die Kombination mit *Spina bifida* hingewiesen.

Für eine gewisse Gruppe von Klauenhohlfüssen ist die Anamnese typisch: Die vorher gesunden Kinder, oder jungen Leute bis hinauf zum 20. Lebensjahr zeigen allmählich eine Aushöhlung des mittleren Fussteils, Verkrümmung der Zehen, rasche Ermüdbarkeit, Schwächegefühl der unteren Extremität.

Von 19 Fällen von Klauenhohlfuss hat B. 13 Fälle radiologisch auf *Sp. bif.* untersucht, obwohl klinisch kein Verdacht darauf begründet war. Bei 9 Patienten, die neurologisch kein einheitliches Bild boten, fand sich konstant der Wirbeldefekt. Bei 8 anderen Fällen fand sich dreimal progressive neurale Muskelatrophie (14 mit Friedreich kombiniert, einmal war Poliomyelitis vorausgegangen, einmal angeborene Schädigung des Gehirns und Rückenmarks, einmal Knochenveränderungen wie bei neuraler Muskelatrophie. Zweimal wurde eine Ursache nicht gefunden.

B. kommt zu dem Schluss, dass die Ursache des Hohlfusses in der überwiegenden Mehrzahl eine neurogene ist. Er glaubt, dass seine Entwicklung eng verknüpft ist mit Störungen im Bereich des Wirbelsäulenskeletts, eine direkt ätiologische Bedeutung kann der *sp. bif. occulta* nicht unter allen Umständen zugesprochen werden. Die Diagnose „idiopathischer Hohlfuss“ muss verschwinden.

Eine Reihe von Krankengeschichten mit Photographien und Röntgenbildern erläutern die Arbeit.

In einem Nachtrag kommt Verf. zu dem Schluss, dass ein Zweifel an der ätiologischen Bedeutung der *sp. bif. occulta* für den Klauenhohlfuss kaum mehr möglich ist. Krankenbefund und Bild

eines 23jährigen jungen Mannes, der Krallenzehen, Atrophie der Wadenmuskeln und dabei spina bifida occulta aufwies.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

39) **Bibergeil.** Die klinische Bedeutung der spina bifida occulta. (B. kl. W. Nr. 32. 1913.)

Auf Grund von 15 Beobachtungen, bei denen Spina bifida ohne Hypertrichosis festgestellt wurde, spricht B. die Ansicht aus, dass das Vorhandensein einer Hypertrichosis zwar eine gründliche Untersuchung der Wirbelsäule nahelegt, aber ihr Nichtvorhandensein das Bestehen einer Spina bifida nicht ausschliesst. Bei der spina bifida occulta beobachtet man einerseits angeborene, andererseits postfoetal auftretende Deformitäten rein statischen oder trophoneurotischen Ursprungs; angeboren kommen vor Skoliosen, Klumpfüsse und Hüftluxationen, im postfoetalen Leben tritt häufig der Klauenhohlfuss und Drucklähmung auf. Bei der Drucklähmung, die motorische und sensible Störungen und malum perforans verursacht, muss man das Rückenmark im Bereich des Spalts operativ frei legen, bei den schleichend sich entwickelnden, langsam zunehmenden Fussdeformitäten ohne stärkere trophische Störungen ist operatives Vorgehen an der Wirbelsäule kontraindiziert

Klar, München.

40) **F. Dunker** (Cöln). Der Klauenhohlfuss und verwandte progressive Deformitäten als Folgeerscheinungen von Spina bifida occulta. (Myelodysplastische Deformitäten. Mit 27 Abbildg. (Ztschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXIII. S. 131—181.)

In der Einleitung der ausführlichen Arbeit bringt Verf. einige historische Daten, aus denen u. a. hervorgeht, dass die Missbildung schon von dem berühmten Anatomen Tulp (1641) erwähnt wird. In neuerer Zeit hat sie wieder erhöhtes Interesse gewonnen insbesondere nach den Mitteilungen und Demonstrationen Cramers in Cöln.

Im Hauptteil werden in drei Abschnitten behandelt: I. Poliomyelitisähnliche Fälle, II. der Klauenhohlfuss, III. der Krallenzehenfuss.

Es gibt eine Anzahl von progredienten neurogenen Fussdeformitäten, die auf den ersten Blick für spinale Kinderlähmung gehalten werden könnten, davon aber durch neurologische und anatomische Symptome und auch durch die Anamnese genau abgrenzbar sind. Es handelt sich um Fälle von segmentär von den Zehen aufsteigender Lähmung mit manchmal mehr spastischem, manchmal mehr schlaffem Charakter, sowie mit typischen Sensi-

bilitätsstörungen (Anästhesien am Fuss, Ausfall, bezw. Herabsetzung des Anal. Cremaster- und Hodenreflexes), die auf eine Affektion mit dem Sitz in der untersten Gegend des Rückenmarks hindeuten. In den drei angeführten Fällen war bei lokal fast oder völlig negativem Befund in der Kreuzbeingegend, röntgenologisch ein Defekt im 5. Lumbal-, bezw. 1. Sakralbogen nachzuweisen. (Bei der Untersuchung solcher Fälle ist besonders auf eine eventuelle Fossa coccygea und bei der Palpation auf Schmerzhaftigkeit einzelner Wirbel zu achten. Auch die rektale Untersuchung kann Unregelmässigkeiten am Kreuzbein finden lassen.) Ein Fall konnte bei der Operation genau in vivo besichtigt werden und ergab Defektbildungen an Wirbelsäule (Dehiscenz des V. Lumbalbogens, isoliertes Knochenstück am oberen Ende derselben) und Defektbildung an der Dura. Verf. ist der Ansicht, dass es sich dabei um ein vitium primae formationis handelt. Doch ist hieraus allein die Lähmung und der ganze chronische Verlauf derselben kaum zu erklären.

Im zweiten Abschnitt wird der Klauenhohlfuss behandelt. D. geht zuerst auf den für die Entwicklung desselben massgebenden Gelenk- und Muskelmechanismus ein. Um die maximale Plantarflexion zu ermöglichen, genügt die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks nicht. Es muss noch die Wirkung der Fusswurzel- und Mittelfussknochengelenke dazukommen.

Die gesamte Plantarflexion wird vom oberen Sprunggelenk, vom Talo-Tarsal- + queren Tarsalgelenk, vom Varchopart und den Metatarso-Cuboidgelenken zusammen ausgeführt. Auf Grund der Untersuchungen dieser Gelenkfunktionen kommt D. zu dem Schluss, dass nicht unter allen Umständen in jedem Fall von Hohlfuss eine abnorme Stellungsänderung des Calcaneus gefordert werden muss.

Bezüglich der Rolle der Muskeln bei Entstehung des Hohlfusses nimmt D. an, dass die lebendige Muskelkraft dabei von entscheidender Bedeutung ist. Eine Lähmung des Triceps surae ist dabei nicht nur nicht notwendig, sondern sogar auszuschliessen. Der Hohlfuss entsteht durch die Anspannung aller Fussmuskeln bei extremer Spitzfussstellung.

Als Beleg für seine Theorie führt er die Krankengeschichte eines 7^{1/2} jährigen Mädchens an, bei dem nach starker Schwefelsäureverätzung besonders in der Kniekehle die Muskeln in einen abnormen chronischen Spannungszustand versetzt waren, so dass bei Kniebeugung und Spitzfussstellung die Bedingungen für die Entstehung eines Hohlfusses gegeben waren.

In der Literatur war bisher vom Klauenhohlfuss wenig bekannt.

Nur vereinzelte Fälle. Autoren haben sich — mehr erwähnend — mit ihm beschäftigt (Duchenne, Hasebroek, Müller, Oppenheim bei Friederichscher Krankheit). D. selbst bringt in seiner Arbeit einen Fall von Klauenhohlfuss bei Syringomyelie aus der Kölner Klinik. Ferner einen solchen mit cerebraler Aetiologie.

In die dunkle Aetiologie wurde erst durch eine Arbeit von Geiges 1912 wieder etwas Licht gebracht, der einige Fälle von Klauenhohlfuss bei versteckter Wirbelspalte brachte. Bibergeil hat das Material der Joachimsthal'schen Poliklinik hinsichtlich der Affektion untersucht und bei der Hälfte seiner Fälle Spina bifida röntgenologisch nachgewiesen. D. hat 6 Fälle beobachtet und bringt die genaue, durch Röntgenbilder schön illustrierte Krankengeschichte eines Falles. Er bespricht dann kurz das klinische Bild der Deformität, weist besonders auf die oft durch kein äusseres Zeichen erkennbare spina bifida occulta am I. Sakralwirbel hin. Die Ausfallserscheinungen von seiten des Nervensystems haben prinzipielle Bedeutung. Sensibilitätsstörungen — radikulär angeordnet wie bei Bettnässern, häufig auf die vom N. plantaris medialis lateralis oder suralis versorgten Bezirke kommen vor, ebenso ziemlich regelmässig Ausfall oder Abschwächung des Sphinkterenschlusses, des Hoden-, Cremaster- und Bauchdeckenreflexes, die Sehnenreflexe bei schnellem Fortschreiten der Deformierung lebhaft und gesteigert, im Endstadium erloschen. Von verschiedenen Autoren wurden Paresen der kurzen Fussmuskeln nachgewiesen.

D. geht dann noch auf die Rolle dieser Muskeln und der Plantaraponeurose beim Zustandekommen des Klauenhohlfusses ein. Eine „traumatische Fasciitis“ lehnt er ab.

Zur Deformierung tragen die kurzen Fussmuskeln nur indirekt bei. Die durch Schrumpfung herbeigeführten Stellungsänderungen, z. B. Teilstellung des Calcaneus bei veralteten Fällen sind sekundärer Natur. Die langen Fussmuskeln spielen eine grössere Rolle.

Der dritte Abschnitt der Arbeit bringt die Besprechung des Krallenzehenfusses, wobei einleitend kurz die Muskelwirkungen an den Zehen unter normalen und pathologischen Bedingungen auseinandergesetzt werden. Die frühere Ansicht, dass die meisten Zehendeformitäten durch schlechtsitzendes Schuhwerk hervorgerufen werden, lässt sich nicht halten. Angeborene Fälle, zentrale und periphere Nervenerkrankungen, chronische, rheumatische und destruierende Knochenprozesse kommen ätiologisch in Frage, die ihrerseits wieder Störungen im Muskelgleichgewicht herbeiführen, wodurch indirekt Zehendeformitäten veranlasst werden. Die Krallenstellung

4*

ist nicht immer pathologisch (Vorkommen bei jedem Schritt des gut trainierten Fusses, bei Ermüdung, in der Narkose, als reflektorischer Krampfzustand). Die Krallenzehefüsse rechnet D. zu den myelodysplastischen Deformitäten. Er bringt die Krankengeschichten dreier Fälle von Krallenzehefüssen mit spina bifida occulta, bei denen ähnliche klinische Befunde erhoben wurden, wie bei den schon besprochenen Fällen. Natzler, Mülheim-Ruhr.

41) **Convert et Santy.** Deux cas de spina bifida auciens opérés avec succès. (Rev. d'orthopéd. 25e année. Nr. 1, p. 25.)

Vv. teilen zwei Beobachtungen von Spina bifida mit einem 2faust-, einem apfelsinengrossen Tumor mit, bei einem 15-, einem 21jährigen Mädchen. Bei beiden beträchtliches Wachstum der Geschwülste seit der Geburt. In beiden Fällen Urininkontinenz, im einen periodische Kopfschmerzen, im andern motorische Störungen der unteren Extremitäten, in letzter Zeit sogar spastische Kontraktionen. Bei beiden möglichst reichliches Abtragen der Geschwulsttasche, Reposition der spärlichen Nervenlemente in den Wirbelkanalspalt, Schliessen des Knochendefektes durch Osteoplastik. In beiden Fällen günstige Resultate. Fall 1 nach 4 Monaten: keine Kopfschmerzen mehr, keine Urininkontinenz. Fall 2: bedeutende Besserung, wenn auch nicht vollständige Herstellung von den schwereren Erscheinungen. Die Prognose für Operation alter spinae bifidae ist eine weitaus günstigere als bei Säuglingen, zumal in den erwähnten Fällen keine anderen Hemmungsbildungen bestanden, und bis zu einem bestimmten höheren Alter die Natur selbst die lebensunfähigen Subjekte ausmerzt. Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Ligabue** (Florenz). Contributo allo studio della Spina bifida. (La Clinicchirurgica. A. a XXI. Nr. 11.)

L. berichtet über 4 Fälle von Spina bifida, die im Jahre 1903 und 1904 von ihm operiert wurden.

Zwei operierte Fälle von Meningocele heilten und die Heilung dauerte auch nach langen Jahren an, ein Fall von Myelomeningocele starb am Tag nach der Operation und eine Myelocystocele längere Zeit nach der Operation. Buccheri, Palermo.

43) **F. Trembur** (Köln). Neuere, insbesondere röntgenologische und zystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis-nocturna-Kranken. (M. Klinik 1913. H. 37, S. 1494 bis 1497. Mit 2 Röntgenbildern.)

T. fand bei 13 untersuchten Kranken nur 2mal ein völlig normales Kreuzbein. Bei den 11 übrigen bestand eine mehr oder minder ausgedehnte spina bifida occulta. Bei einem grossen Pro-

zentsatz verwachsener Bettnässer finden sich Störungen der Haut- und Sehnenreflexe, Sensibilitätsstörungen (Thermhyp- und anästesie, Hypalgesie, verlangsamte Perceptionsfähigkeit, sowie eine Trabekelblase. Beim Bestehen der E. n. von Kindheit an liegt mit grosser Wahrscheinlichkeit Myelodysplasie zugrunde.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

44) **Schlatter.** Die Mendel'schen Vererbungsgesetze beim Menschen an Hand zweier Syndaktylie-Stammbäume. (Korrespondbl. f. Schweiz. Aerzte. XLIV. Jhrg. Nr. 8, p. 225.)

Nach genauem Eingehen auf das biologische Gesetz und Mendels Entdeckung, dass ein aus zwei Rassen gezogener Bastard nicht konstant weiterzuchtet, sondern dass die einander gegenübergestellten homologen Anlagen in der Enkelgeneration wieder getrennt werden, und dass die beiden Merkmale der Stammrassen wieder zum Vorschein kommen und zwar bei genügender Anzahl von Nachkommen im Zahlenverhältnis 3:1 (im Fall perfekter Dominanz) führt Verf. 2 Familienstammbäume an; bei den einen durch 4 Generationen hindurch (33 Familienangehörige, 19 Syndaktylie darunter). Vorkommen einer kompletten häutigen Verwachsung zwischen 2. und 3. Zehe, bei den andern ebenfalls durch 4 Generationen hindurch (61 Familienmitglieder, 14 mit Missbildungen) bald reine kutane Syndaktylie, bald kombiniert mit Brachy- Hyperdaktylie an den Fingern. Tafeln, Photographien, Röntgenbilder ergänzen die Arbeit.

Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Coyon et Gasne.** Malformation des membres supérieurs (Rev. d'orthopéd. 25^e année. Nr. 2, p. 183.)

Bei einer 24jährigen Frau ohne Difformitäten in der Aszendenz und mit 3 gesunden normalen Kindern waren beiderseits (rechts stärker ausgeprägt) Missbildungen an den Vorderarmen und Händen zu konstatieren: Fehlen des Ellbogengelenks (Ulnaropom links, der die Bewegung im Ellbogen hindert, Verschmelzung des Radius mit dem Humerus rechts), Fehlen der Daumen (links Andeutung), Difformität des 5. Fingers.

Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Tosatti (Parma).** Brachidattilia simmetrica della mano. (La Clinica chirurgica 1914. Nr. 2.)

Durch Radiographien illustriert Verf. die in der Klinik von Prof. Ceccherelli gemachte Beobachtung, bei der die Anomalie an beiden Händen symmetrisch und die gleiche war und auf der geringeren Entwicklung der vierten Metacarpalknochen beruhte.

Buccheri, Palermo.

47) **Thomas.** Ein Fall von Arachnodaktylie mit Schwimhautbildung und einer eigenartigen Ohrmuscheldeformität. (Zschr. f. Kinderheilk. X, 2, 3.)

Verfasser beschreibt ein Kind, dessen abnorm lange Hände und Füße den Eltern gleich nach der Geburt aufgefallen sind. Hände und Füße sind schmal und lang, der Kalkaneus spornförmig vorspringend, membranöse Adhäsionen ziehen zwischen den Phalangen der Zehen. Auch die Ohrmuscheln zeigen starke Verbildungen. Die Frage, ob die innersekretorischen Drüsen des Embryos imstande sind, seine eigene Körperform zu beeinflussen, hat Verfasser anderen Orts erörtert.

Hans Reiner, Berlin-Wilmersdorf.

48) **F. Brandenburg** (Winterthur). Drei seltene Missbildungen. Mit 5 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. XXXIII. S. 365—378.)

Im ersten Fall, von dem nur die Photographie vorliegt, handelt es sich anscheinend um doppelseitige Spalthand und doppelseitigen Spaltfuß bei einem arabischen Mädchen. Fall 2 ist ein vollkommener Defekt eines Oberarms bei einem 14jährigen Mädchen. In Fall 3 handelt es sich um doppelseitige Klumphand mit linksseitigem Radiusdefekt.

Verf. bespricht die neuen Hypothesen über die Aetiologie der Missbildungen. Die älteste Theorie vom „Versehen“ hat nur historisches Interesse. Die Aetiologie von der mechanischen Ursache (Abschnürungen, Raummangel in utero) trifft für eine Reihe von Fällen zu. Beim Auftreten der gleichen Missbildung oder Erkrankung in mehreren Generationen einer Familie kann auf die Theorie einer vererbten fehlerhaften Keimanlage, bzw. pathologisch beeinflusster Chromosomenbildung nicht verzichtet werden. Besonders auf letzteren Punkt wird ausführlicher eingegangen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

49) **Lombard**. Bifurcation héréditaire et familiale de la main par fusion de deux métacarpiens en un os unique bifide. Doigts surnuméraires. (Rev. d'orthopéd. 25^e année. Nr. 2, p. 135.)

Eine Mutter, ohne pathologische Aszendenz, vererbte 4 von ihren 10 Kindern die Missbildungen an den Händen: Fehlen eines Metakarpus, resp. Zerschmelzung des III. und IV., wodurch eine Gabelung der Hand entstand. Bei einigen Kindern, wie bei der Mutter, waren noch überzählige Finger vorhanden. Da keinerlei funktionelle Beschwerden bestanden, wurde auch von operativen Eingriffen abgesehen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Mutel**. Un cas de main bote radiale congénitale. (Rev. d'orthopéd. 25^e année. Nr. 2, p. 119.)

Verf. teilt einen Fall von doppelseitiger radialer angeborener Klumphand (Fehlen des Radius) bei einem 2jährigen, an Diphtherie

verstorbenen Mädchen mit. Der *proc. styloides ulnaris* beiderseits war stark vorspringend, auf der Haut sah man weissliche Narben, von amniotischen Verwachsungen — der Aetiologie der Missbildung — herrührend. Da beide Arme als Präparate zugänglich wurden, konnte eine genaue anatomische Feststellung des Entwicklungszustandes der Knochen, Muskeln, Gefässe und Nerven gemacht werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Ligabue** (Florenz). *Mano torta congenita e suo trattamento.* (Archivio di Ortopedia. A. XXX. Fasc. 3.)

Verf. beschreibt zwei Fälle aus der Klinik von Florenz, die zwei voneinander recht verschiedene Varietäten der angeborenen Klumphand betreffen. Bei der ersten handelte es sich um schwere beiderseitige *Manus valga* mit vollständigem Fehlen des Radius, des ersten Metakarpus und des Daumens, bei der zweiten um eine nicht sehr hochgradige einseitige *Manus vara* bei Intaktheit des Knochengerüsts. In letzterem Fall wurde eine rein orthopädische Behandlung vorgenommen mit gutem Resultat, das noch jetzt nach 1½ Jahren anhält; im ersten wurde dagegen eine operative Behandlung ausgeführt, die ebenfalls einen sehr guten Erfolg ergab.

Verf. betont die Zweckmässigkeit des operativen Eingriffes, vor allem weil das angebliche gute Funktionsvermögen solcher Glieder mit grosser Reserve zu betrachten ist, und sodann stets eine auch nur geringe Besserung der Funktion als ein operativer Erfolg bezeichnet werden kann, wenn es gleichzeitig gelingt, die Deformität ganz, oder beinahe ganz zu korrigieren.

Am günstigsten für die blutige Behandlung soll das Alter zwischen 8 und 12 Monaten sein. Buccheri, Palermo.

52) **Carl Springer** (Prag). Zur Operation der Madelung-Deformität: Korrektur der Gabelhand durch Osteotomie und Supination (Depronation). Mit 10 Abbildg. (Zschr. f. orthop. Chir. Bd. XXXIII. S. 590—601.)

Die Operation, die wegen des wenig günstigen Erfolges selten ausgeführt wird, rät Verf. in folgender Weise vorzunehmen:

1. Schräger Hautschnitt auf der volaren Unterarmfläche 1 cm vom *proc. styl. radii* beginnend gegen die Ulna steigend ca. 6 cm lang.

2. Freilegung des peripheren Radiusendes in der Ausdehnung des Ansatzes des *Pronator quadratus*; Durchschneidung desselben.

3. Quere Durchschneidung des Radius ca. 3 cm über dem Gelenk am Uebergang in den Schaftteil.

4. Freilegung des peripheren Ulnaendes durch kleinsten Längs-

schnitt an der ulnaren Kante. Resektion des Köpfchens mit der Drahtsäge.

5. Drehung des Armes in volle Supination, Dorsalflexion und ulnare Abduktion der Hand. Jetzt erst Hautnähte.

6. Gipsverband in dieser Stellung bei gebeugtem Ellbogen von der Oberarmmitte bis zu den Grundphalangen auf 12–14 Tage. Dann Längshalbierung; die dorsale Hälfte auf weitere 14 Tage als Schiene, täglich Massage, Faradisation, aktive und passive Bewegungen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

53) **Reichardt.** Ueber eine eigentümliche, typische Deformierung des Griffelfortsatzes der Ulna. (M. m. W. Nr. 21. 1913.)

Fall 1): 51jährige Frau mit Polyarthritis chronica deformans bei der zuerst das rechte Sprunggelenk und die rechten Zehen an Polyarthritis acuta erkrankt waren; nach gut einem Jahr erkrankten nacheinander beide Handgelenke mit heftigen Schmerzen. Im Durchleuchtungsbild 4 Monate nach der Erkrankung des r. Handgelenks: Starke Atrophie der Knochen, Handwurzelknochen zu einer formlosen Masse zusammengepresst, nur Reste der Interkarpalgelenke zu sehen, proc. styl. ulnae stark verlängert, radialwärts gebogen, das wie auseinander geklopft aussehende Ende des proc. stösst an das os triquetrum, das an dieser Stelle einen korrespondierenden Vorsprung zeigt, der sich genau dem proc. anpasst; das linke Handgelenk zeigt ähnlichen Befund, nur ist der proc. eher verkürzt und hochgradig atrophisch, der radiokarpale Gelenkspalt ist verschwunden. Klinisch ist rechts geringere Flexion und Extension nachweisbar, seitliche Bewegungen gänzlich unmöglich, linkes Handgelenk vollständig versteift.

Fall 2): 35jähriger Mann, vollständige Versteifung des rechten Humeroulnargelenks mit knöcherner Ankylose, vollständige Versteifung beider Kniegelenke in Streckstellung, starke Bewegungsbehinderung im linken Ellbogengelenk und im linken Handgelenk. Das Durchleuchtungsbild zeigt denselben Befund wie Fall 1, doch ist die Knochenatrophie geringer, die Interkarpalgelenke sind besser erhalten, am Radioulnargelenk sieht man deutliche Osteophytenbildung, der radiokarpale Gelenkspalt ist erhalten, der proc. styl. zeigt dieselben Veränderungen wie bei Fall 1. R. glaubt, dass diese Deformierungen nur durch den Druck verkürzter und geschrumpfter Gelenkbänder verursacht sein können.

Klar, München.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1–3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Erlangung von Dienstfähigkeit durch Oberschenkelprothese.

Von
Prof. F. HOEFMANN in Königsberg i. Pr.
(Hierzu 4 Abbildungen im Text.)

Am 25. November 1914 wurde im hiesigen Hindenburg-Haus (Krüppel-Heil- und Lehranstalt für Ostpreussen zu Königsberg) ein bei Vitry le Francois durch einen Granatschuss im Kniegelenk am 7. September 1914 verwundeter Hauptmann aufgenommen.

Am 6. Oktober 1914 war die Amputation in der Mitte des linken Oberschenkels ausgeführt, der Stumpf verheilt bis auf eine kleine Ecke an der Aussenseite der Narbe. Stumpf gut beweglich, aber ungünstig, da er stark geschwollen. (Siehe Bild I.) Um ein möglichst festes Haften der Prothese an dem kurzen Stumpf zu erzielen, wurde das Modell derartig abgenommen, dass die gesamten Weichteile etwas in O-Stellung gedrängt wurden.

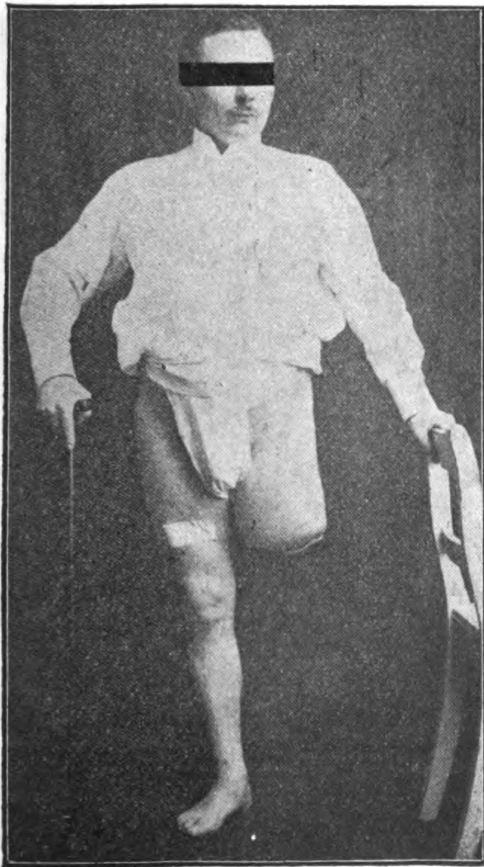


Bild I.



Bild II.

Es wurde dadurch auch verhindert, dass bei Adduktionsbewegungen die Achse des Beines mit dem Stumpfe sich zu sehr kreuzen konnte. Der Erfolg dieses kleinen Kunstgriffes war ein recht günstiger. Es konnte an die Prothese gegen 20 Pfund angehängt werden, ohne dass dieselbe heruntergerissen wurde. Die letztere bestand zuerst, wie alle die gebräuchlichen Uebungsprothesen, aus Filz mit der üblichen Verlegung des Kniegelenks nach hinten. Vergl. Hoefman, „Prothesen für untere Extremitäten“ (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie, Band VI.)

Am 30. 11. 1914 wurde der erste Gehversuch gemacht, und konnte Patient sofort ziemlich sicher damit gehen und auch Treppen steigen. (Siehe Bild II.) Am 9. 12. 1914 musste er erst auf dem Reitapparat im hiesigen Zanderinstitut Reitübungen machen, wobei er den Apparat natürlich von der rechten Seite besteigen musste, dabei aber eine erfreuliche Sicherheit bei Herüberschwenken des amputierten Beines über den Apparat zeigte. — Am 14. 12. 1914 begann Herr Hauptmann B. seine Reitübungen auf einem ruhigen Pferde in der Bahn (Rennpferd Quirll). (Siehe Bild III u. IV.) Das Aufsteigen von einem niedrigen Schemel aus ging gut, der Sitz war gut; es

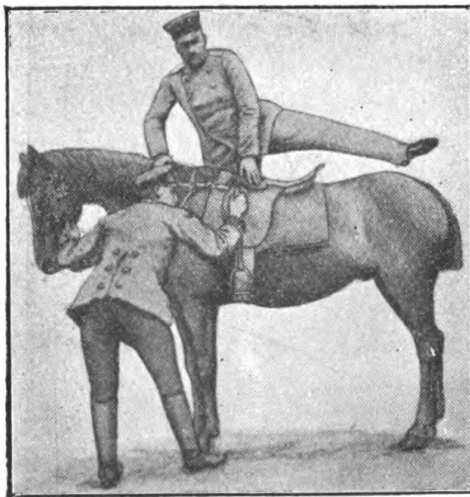


Bild III.



Bild IV.

fühlte sich Herr Hauptmann B. so sicher, dass er am nächsten Tage schon Galoppversuche machte. Er verliess am 23. 12. 1914 die Anstalt und meldete sich am 28. 12. 1914 zum Dienst.

Ich glaube darauf hinweisen zu sollen, dass auch dieser Fall wiederum beweist, wie wichtig es ist, dass man möglichst früh mit der Anfertigung von Ersatzgliedern beginnt und dann auch möglichst energisch den Verstümmelten beweist, dass sie mehr damit machen

können, als sie glauben. — So lasse ich sie gleich nach Anlegen, wenn die Leute nicht zu schwach sind, mit Treppensteigen anfangen. Es geht dies relativ leicht. Die von mir benutzten Ersatzbeine mit festem Fussgelenk geben den Leuten so viel Sicherheit, dass sie unmittelbar nach Anlegung gehen können, und führt man sie an eine Treppe, so gehen sie so gut wie ausnahmslos willig einige Stufen in die Höhe, dann lässt man sie umdrehen und dieselben wenigen Stufen wieder heruntersteigen. Nun wiederholt man das, indem man immer einige Stufen mehr gehen lässt, bis die ganze Höhe der Treppe erreicht ist, die sie dann auch anstandslos heruntergehen. Dieses Verfahren ist für das Gehenlernen sehr wichtig, da, wenn man es umgekehrt macht und sie sofort zum Hinuntergehen einer Treppe auffordert, sie Schwindelgefühl bekommen und nicht sobald wieder zu bewegen sind, den Versuch zu wiederholen. Ist das Treppensteigen aber von vorneherein gut gegangen, so gibt den Kranken das einen grossen moralischen Mut, der sie veranlasst, auch schwierigere Uebungen anstandslos zu versuchen, und man hat mit diesem kleinen Kunstgriff die Prothesenträger über einen grossen Teil der anfänglichen Unsicherheit hinübergebracht.

Anmerkung zu den 12 Geboten von Professor Ritschl-Freiburg.

Von

Professor C. VULPIUS-Heidelberg.

Wo immer die überall in Deutschland sich jetzt entfaltende Fürsorge für Kriegskrüppel erörtert wird, betont man mit Recht in erster Linie die Wichtigkeit der Prophylaxe. Und darum bilden die „12 Gebote“, für deren Aufstellung und weiteste Verbreitung Herr Kollege Ritschl in Freiburg besorgt war, gewiss eine dankenswerte Anleitung für Aerzte, denen die Grundregeln der Orthopädie nicht ganz geläufig sind.

Gegen das „6. Gebot“ aber schleunigst Stellung zu nehmen, halte ich mich für verpflichtet, weil dessen Befolgung mit Notwendigkeit viel Unheil nach sich ziehen wird.

Es wird darin empfohlen, das Schultergelenk, wenn die Möglichkeit seiner Versteifung vorliegt, zu fixieren „in der üblichen, durch ein Tragtuch (Mitella) gesicherten Ruhelage“. Das heisst, es soll der Arm in Adduktionsstellung versteifen. Die schweren funktionellen Störungen gerade dieser Stellung haben wir alltäglich zu

5*

beklagen und zu bekämpfen überreichlich Gelegenheit. Auf der andern Seite aber wissen wir, wie erstaunlich leistungsfähig ein gelähmter Arm wird, wenn er durch die Schulterarthrodese in Abduktion fixiert wird.

Das zur Versteifung neigende oder verurteilte Schultergelenk muss also durch geeignete Schienenverbände (Triangelschienen, Gips-hohlschienen etc.) unbedingt einer Abduktionstellung bzw. Ankylosierung zugeführt werden, indem wir den Arm in annähernd horizontale Stellung bringen.

Die Mitella ist ein gefährlicher Feind des Schultergelenkes.

Dies zur Warnung, deren möglichst schnelle und weitgehende Verbreitung mir dringend angezeigt erscheint.

1) **Forbes.** Le traitement de la scoliose par la rotation.
(Orthopéd. et tuberculose chirurgical. 1^e année Nr. 1, p. 60.)

Forbes berücksichtigt den Satz, dass die Skoliose nicht nur eine Difformität der Wirbelsäule, sondern eine solche des ganzen Rumpfes, speziell des Thorax ist. Das Prinzip seiner Behandlung besteht in Erzeugung einer physiologischen Skoliose von umgekehrtem Typus als die pathologisch vorhandene ist, was durch Rotation des Thorax nach der Seite, wo die Konvexität der Wirbel ist, erreicht wird. Nicht nur die Krümmung wird so ausgeglichen, sondern auch die Thoraxdifformität: die Hälfte, die vorgewölbt war, flacht sich ab und umgekehrt. Korrektur der gebeugten Wirbelsäule mit Hilfe der Arme. Dabei ist das Paradoxon zu beachten, dass die Wirbelkörper sich in der entgegengesetzten Richtung wie der Thorax drehen. Die Korrektur der Skoliose kann so ohne Apparat erreicht und im Gipskorsett festgehalten werden.
Spitzer-Manhold, Zürich.

2) **Rupert-Derome.** Le traitement de la scoliose par rotation.
(Orthopéd. et tuberculose chirurgical. 1^e année. Nr. 1, p. 65.)

Verf. bespricht die Forbes'sche Skoliosenbehandlung hauptsächlich vom Standpunkt der Mechanik aus und im Vergleich mit den Lovett'schen Versuchen an der Leiche: Lovett wendet direkte Gewalt an den Wirbelkörpern an, Forbes indirekte, indem er sie durch die Arme und Rippen als Hebel auf die Wirbelkörper überträgt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Redard.** Du traitement des scolioses graves, invétérées.
(Annales de Chir. et d'Orthopéd. T. XXVII. Nr. 1, p. 3.)

Der Aufsatz enthält eine Kritik der Abbott'schen Redressionsmethode. Schon lange vor Abbott hat Verf. die Methode des mehr-

maligen forcierten Redressements und Festhalten der hyperkorrigierten Stellung in Gips mit Watte- und Filzpolstern geübt (die forcierte Abbott'sche Flexion des Körpers, die zu zirkulatorischen und respiratorischen Störungen führt, fällt dabei fort.) Er sah aber nur bei mittelschweren Fällen Erfolg und bezweifelt auch die Abbott'schen Erfolge bei veralteten, womöglich durch ankylotisch verschmolzene Wirbel bedingte Skoliosen. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 4) **Th. Nägeli.** Demonstration über Anomalien der Wirbelsäule. Ges. d. Aerzte in Zürich, 21. II. 14. (Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte. 44. Jrg. Nr. 20, p. 631.)

Votr. bespricht das Auftreten von Schalt- oder Keilwirbeln (halbseitig zur Entwicklung gelangte Wirbel, die als Zeichen ihrer Vollwertigkeit Rippen oder deren Aequivalente aufweisen), die zwischen andere Wirbel eingeschaltet sind und selbständig bleiben oder mit den andern verschmelzen, zur Abknickung der Wirbelsäule führen, Skoliosen vortäuschen und nur durch das Radiogramm sicher diagnostiziert werden können. Demonstration einer Patientin mit dieser Anomalie, von Radiogrammen eines anderen Falles und eines anatomischen Präparates. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 5) **Calvé.** Sur un cas d'anomalie d'une des apophyses transverses de la V^e vertèbre lombaire. (Orthopéd. et tuberculose chirurgicale. 1^e année Nr. 1, p. 68.)

Ein Vierzigjähriger wurde mit der Diagnose Malum Potti lumbale nach Berck geschickt. Kontraktur, Schmerz in der Lumbosakralgegend. Keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Das Röntgenbild zeigte den linken proc. transversus lumbalis flügelartig hypertrophiert, er rieb sich an der hinteren Darmbeinpartie, daher die Schmerzen. Einige Wochen Ruhe. Nach Schwinden der Kontrakturen Erlaubnis mit Celluloidgürtel zu gehen. Sollte sich ein Schmerzrezidiv einstellen, wird die Hyperexostose entfernt werden. Aehnliche Fälle scheinen gar nicht so selten zu sein, wie man der Literatur nach annehmen sollte, werden nur falsch diagnostiziert (ohne Röntgenbild) als Malum Potti, Lumbago, Ischias. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 6) **Parlavèchio** (Palermo). Un caso singolare di ascesso da osteite cronica del sacro, con sequestri multipli, fistolizzati attraverso la parete uterina posteriore (Il Policlinico. A. XXI. Fasc. 9.)

Bei einer 26 jährigen Dame, die sich stets bester Gesundheit erfreut hatte, begann vor zwei Jahren ohne nachweisbaren Grund ein stinkender jauchiger Gebärmutterausfluss aufzutreten, der in den letzten zwei Monaten mit Blut untermischt war. Allgemeinzustand

vorzüglich, Uterus nicht vergrößert, aber wenig beweglich, Scheidengewölbe frei, keine Schmerzen, nie Fieber. Unter dem Verdacht auf Krebs des Fundus uteri wird zur diagnostischen Ausschabung geschritten, die negativ für ein Neoplasma ausfällt auch bei der anschliessenden histologischen Untersuchung des ausgeschabten Materials. Dagegen lässt sie ein Loch über dem Isthmus in der hinteren Wand des Uterus erkennen, aus dem zwei dicke, von dem Kreuzbein stammende Knochensequester extrahiert werden. Es wird nun der hintere Fornix geöffnet, die Hemisectio der hinteren Gebärmutterwand gemacht von der Portio bis zur Fistelöffnung, die retrouterine Abszeshöhle entleert, ausgekratzt und drainiert. In der Folge werden viele andere Sequester extrahiert. Die Heilung trat nach sieben Monaten ein, während deren Pat. stets ihrer Beschäftigung nachgehen konnte. Die Natur der Ostitis und der seltsame durch den Abszess eingeschlagene Weg werden besprochen und die fernen Analogien mit den Knochensequestern in der Blase hervorgehoben.

Buccheri, Palermo.

7) **Uffreduzzi** (Turin). Sulla lussazione congenita ed arquisita del capitello del radio. (Archivio di Ortopedia. A. XXX. Fasc. 3.)

Verf. beschreibt drei Fälle von Läsion der Radiusepiphyse, einhergehend mit Luxation des Radiusköpfchens, von denen einer mit vorzüglichem Erfolg der chirurgischen Behandlung unterzogen wurde.

Buccheri, Palermo.

8) **Cones**. Edicondylitis (Franke) or tennis elbow. (Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX, Nr. 13, p. 461.)

Die Verletzung kann durch eine partielle Zerreissung der Muskeln am äusseren Epicondylus und durch Periostitis verursacht werden. Die Veränderungen sind meist zu undeutlich, um durch das Radiogramm diagnostiziert zu werden. Preiser teilt 2 Fälle von Verletzung der Radiohumeralgelenkkapsel durch antagonistische Kontraktur des Supinator brevis und longus mit. Verf. verfügt selbst über 3 eigene Beobachtungen des „Tennisellbogens.“

Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Fabian**. Zur Behandlung der fractura condyli externi humeri mittels Exstirpation des freien Fragments. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 3/4. p. 409.)

Verf. teilt 9 operativ behandelte Fälle von fractura condyli externi des Humerus mit, teils veralteten, teils solchen, wo eine befriedigende Adaptation und Fixierung der Fragmente nicht erreicht werden konnte. Wenn der Kallus nicht zu stark wuchert, so ist eine ideale Gelenk-

funktion später zu gewärtigen. Einzig eine leichte Cubitus valgus-Stellung ist bei Kindern bei der Heilung mit in den Kauf zu nehmen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 10) **Bonnet et Guibé.** Un cas de fracture du cubitus avec luxation de l'extrémité supérieure du radius. (Rev. d'orthopéd. 25^e année. Nr. 1, p. 83.)

Ein 70jähriger Maler fiel aus dem 5. Stockwerk hinunter und zog sich ausser einem Bruch des rechten Femurhalses eine Luxation des oberen Radiusendes und eine Fraktur der Ulna zu. Letztere war anfangs wenig beachtet worden und in stark winkliger Stellung geheilt, so dass daraus starke funktionelle Störungen entstanden, weswegen Pat. in Behandlung der Vv. kam. Von einem Eingriff musste bei diesen veralteten falschen Stellungen und dem hohen Alter des Patienten abgesehen werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 11) **Erlacher.** Subluxatio radii perannulare. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 126. H. 3/4, p. 337.)

Verf. versuchte an Kinderleichen die bei kleinen Kindern häufig vorkommende Subluxation des Radiusköpfchens künstlich herzustellen und konnte durch kräftigen Zug an Hand, oder Arm ein Herausschlüpfen des Radiusköpfchens aus dem lig. annulare radii bewirken, welches dabei nach oben rutscht, sich zwischen Radius und Humerus einklemmt und fest anspannt. Die Reposition gelingt leicht unter Beugung im Ellenbogen und Supination.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 12) **Roederer et Bouvaist.** Un cas d'absence congénitale du radius. (Rev. d'orthopéd. 25^e année. Nr. 2, p. 129.)

Ein Fall von doppelseitiger Klumphanhand, auf einer Seite Integrität des Knochensystems, auf der andern angeborenes Fehlen des Radius, des ersten Metakarpus und wahrscheinlich einiger Karpalknochen. Die Prognose für die mit normalen Knochen versehene rechte Hand ist günstig (Muskelübungen, Gipsverband), die der anderen ziemlich ungünstig, hier gilt es nun, Muskelkontrakturen, so gut es geht, entgegenzuarbeiten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 13) **Siegfried Peltessohn** (Berlin). Transplantation bei Ulna-defekt. (Zschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII. S. 379—385. Mit 4 Abbildg.)

Bei einem 10jährigen Mädchen hat P. zur Deckung eines durch Tuberkulose veranlassten Ulnadefekts aus der Fibula entnommenen Knochen implantiert.

Das distale Ulnafragment zeigte nach der Transplantation grosse Tendenz zum Wachstum (funktioneller oder trophischer

Reiz?) Das mitverpflanzte Periost ist gewuchert. Am interessantesten ist das Verhalten der Fibula: Es war ein 6 cm langes, durch die ganze Dicke des Knochens gehendes Stück reseziert worden. 1 $\frac{1}{2}$ Monate später ist der Defekt, wie sich im Röntgenbild zeigt, fast völlig ersetzt. P. ist der Meinung, dass man unbedenklich der Fibula ein grosses Stück entnehmen kann, wenn man nur für eine Füllung des entstandenen Hohlraums mit Blut sorgt und die Interposition von Weichteilen vermeidet.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

14) **Schuster, Paul.** Zur Differentialdiagnose der Fingerkontrakturen. (B. kl. W. Nr. 25. 1913.)

An der Hand von Abbildungen bespricht Sch. je einen Fall von angeborenen (familiären), Dupuytren'schen, ischämischen und 3 Fälle von posttraumatischen hysterischen Fingerkontrakturen. Besonders interessant sind die letzteren, da sie von chirurgischen Gutachtern oft für simuliert gehalten werden. Bei der Beurteilung der Gebrauchsfähigkeit einer Hand ist es sehr wichtig, die Natur der Kontraktur eines oder mehrerer Finger genau zu erkennen. Bei familiärer Verkrümmung von Fingern, bei Dupuytren'scher Kontraktur und selbst bei Krallenhand ist die Arbeitsfähigkeit gar nicht oder nur wenig beschränkt, während bei neuritischen und hysterischen Kontrakturen der Finger erhebliche Erwerbsbeschränkung anzunehmen ist.

Klar, München.

15) **Currie.** Treatment of Dupuytren's contraction by injections of fibrolysin both before and after operation. (The Brit. med. Journal 28. II. 14, p. 479.)

Durch Tubbys Arbeit angeregt, behandelte Verf. einen Patienten, der schon vor 5 Jahren wegen Dupuytren'scher Kontraktur erfolglos operiert worden war, erst mit Fibrolysineinspritzungen (4), bis die Narben erweicht waren, durchtrennte dann die geschrumpften Fascienbündel und wendete einen Monat später wieder Fibrolysininjektionen an, zur Nacht Metallextensionsschiene, tagsüber Übungen. Jetzt kann Patient wieder Klavier spielen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **Eugen Bibergeil** (Berlin). Chondromatosis des Handgelenks. Mit 8 Abbildg. (Zeitschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXIII. S. 620—269)

Bei einem 18jährigen Mann fand B. nach zuerst negativem Befund, während der Pat. über Ermüdungsgefühl und zunehmende Schmerzen im rechten Handgelenk klagte, eine Vorwölbung distalwärts vom Proc. styl. ulnae, eine Hervorwölbung, die er für ein

Gelenkkapselhygrom ansab. Bei der Operation wurden nach Einschnitt in die Kapsel zwei knorpelige erbsen- und kirschkerngrosse Geschwülste entfernt. Da die Beschwerden blieben, wurden, zumal noch eine deutliche Supinationsstörung auftrat, Röntgenaufnahmen der Ellbogen und Handgelenke gemacht, wobei eine Anzahl freier Gelenkkörper im rechten Handgelenk und im Spat. interosseum auftraten. Letztere wurde operativ entfernt, erstere konnten nicht gefunden werden, waren aber etwa 6 Wochen p. op. fast völlig verschwunden, wie eine weitere Aufnahme zeigte.

Verf. ist der Meinung, dass es sich nicht um eine Osteochondritis dissecans, sondern um Chondromatose der Gelenkkapsel handelt. Zum Beweise bringt er die Bilder dreier histologischer Präparate. B. bringt dann noch die von anderen Autoren beobachteten Fälle der Krankheit. Die Aetiologie ist dunkel. Bez. der Therapie empfehlen die Mehrzahl der Autoren die Resektion des betr. Gelenks.

Natzler, Mühlheim-Ruhr.

17) **Coues.** A case of fracture of the carpal cuneiform bone. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX, Nr. 15, p. 579.)

3 Monate vor richtiger Diagnosestellung fiel eine 23 jährige Artistin beim Stehen auf den Händen nach vorn über und rollte über die linke Hand zu Boden. Sie verspürte sofort Schmerzen im Handgelenk und konnte nicht weiter arbeiten. Vom Arzt wurde keine Fraktur festgestellt. Es war keine Schwellung, keine Ekchymosen vorhanden, nur Druckschmerz an einem bestimmten Punkt und Schmerzhaftigkeit bei Extension und Flexion im Handgelenk. Trotz fortdauernder Schmerzen nahm die Gymnastin ihre Arbeit wieder auf, bis nach 3 Monaten durch eine Röntgenaufnahme eine schräge, inkomplete Fraktur des Triquetrum festgestellt und die Hand immobilisiert wurde. Eine Besserung trat sofort ein, eine vollständige Konsolidation aber erst nach 8 Wochen (wahrscheinlich, weil das Leiden verschleppt worden war).

Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Gulbé.** De la luxation sous-lunaire du carpe. (Rev. d'orthopéd. 25^e année. Nr. 2, p. 147.)

Verf. bespricht theoretisch die Luxation im Carpus, die verschiedene Namen trägt: einfach Luxation des Carpus, des Lunatum nach vorn, des Capitatum nach hinten u. s. w., die alle unpräzis sind, und schlägt vor, entsprechend der analogen Luxation am Fuss — luxatio pedis sub talo, diese an der Hand als luxatio manus sub lunato zu bezeichnen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Walter Carl.** Eigenartiger Heilungsvorgang bei supra-

kondylären Humerusfrakturen im Kindesalter. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 3—4, p. 416.)

Verf. teilt zwei interessante Fälle von Heilung nach suprakondylären Humerusfrakturen bei Mädchen von 7 Jahren nach Fall auf den ausgestreckten Arm mit: die Röntgenaufnahmen nach 1 Jahr, resp. 11 Monaten zeigten, dass die nicht besonders gut adaptierten Brüche unter Extensionsverband durch Bildung eines zweiten Humerusschaftes, der mit dem unteren Fragment in Zusammenhang stand, ausgeheilt waren. Der ausser Funktion gesetzte alte Humerusteil war teilweise schon schattenhaft resorbiert, die Ellbogenfunktion war gut, und die geringe vorhandene Deformität wird sich voraussichtlich im Laufe der Jahre ganz ausgleichen. Die Erklärung für diese Bildung ist darin zu suchen, dass beim Fall das Periost an der Vorderfläche aufgeschlitzt wurde und nun, gut gespannt durch den Extensionsverband, einen neuen Knochenschaft bildete. Bemerkenswert ist die Bildung eines wohlgeformten Röhrenknochens ohne knorpeliges Modell. Z. Z. fehlt allerdings dem neugebildeten Schaft noch eine wohlausgebildete Markhöhle.

Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Lehmann.** Posttraumatische Ossifikationen im Gebiete des Ellenbogengelenks. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 126. H. 3—4, p. 213.)

Verf. führt 37 Fälle von Ossifikationen am Ellenbogengelenk an, entstanden nach Verletzungen, speziell nach Luxationen, sowie eine Reihe von Röntgenbildern. Die Prädilektionsstelle dieses Gelenkes erklärt sich aus seiner anatomischen Gestaltung; die Knochenbildung kann vom Periost, wie vom intramuskulären Bindegewebe ausgehen. Möglichste Schonung der verletzten Weichteile kann eine Ossifikation verhüten. Die Therapie ist im allgemeinen eine konservative, da sich die Ossifikationen spontan zurückbilden können.

Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **H. Zandek** (Berlin). Ueber Radialispareesen bei Bleiarbeitern. (Med. Klinik 1913. H. 43. S. 1768—1771 u. H. 44 S. 1806 bis 1807. Mit 3 Tabellen, 4 Kurven und 3 Abbildg.)

Z. hat 33 Bleiarbeiter (6 Frauen, 27 Männer) untersucht und ein halbes Jahr beobachtet. Die Arbeiter waren teils nur wenige Tage, teils lange Jahre mit Blei in Berührung gekommen. Bei allen fiel zuerst eine motorische Schwäche der Hände auf. Bei allen fand sich eine mangelhafte Streckfähigkeit der Hand im Handgelenk, die den Pat. vielfach gar nicht aufgefallen war und sie bei der Arbeit nicht gehindert hatte. Die Streckmuskulatur der Basalphalangen war fast stets vorhanden. Die Parese des N. radialis

fand sich fast als das erste Symptom der Bleivergiftung, während Koliken, Gelenkaffektionen und andere für Bleivergiftung bezeichnende Erscheinungen fehlten. Die Atrophie der Inter-metakarpal-Muskeln fand sich häufig. Bleisaum war öfters vorhanden. Die elektr. Erregbarkeit im allgemeinen ohne Befund.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

22) **Ferrier.** La coxa vara infantile. (Rev. d'orthopéd. 25^e année Nr. 2, p. 157.)

Für die kindliche coxa vara kommen die operativen Eingriffe bis zum 5. Lebensjahr, von welcher Zeit ab man das Leiden als stationär oder progressiv ansehen kann, nicht in Betracht. Orthopädische Massnahmen, (event. Abduktion in Apparaten) sowie vor allem Bett-ruhe und entsprechende antirachitische Diät sind die Hauptsache der Therapie. Klinisch teilt Verf. die kindliche coxa vara in: angeborene rachitische, solche mit vertikalem Epiphysenknorpel (höchster Grad von Rachitis), traumatische und entzündliche ein.

Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Brand.** Zur Kasuistik der Coxa valga. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 1/2. p. 144.)

Wegen der Seltenheit der Fälle teilt Verf. 2 Beobachtungen mit, in denen eine Valgität des Schenkelhalses schon lange bestand, aber keine Beschwerden machte, bis kurz vor Eintritt ins Spital solche auftraten, verursacht durch einen nur röntgenologisch konstatierbaren Abbruch des oberen Pfannrandes (unklarer Aetiologie).

Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Lejeune et Delchef.** Sur une cause possible d'erreur dans l'interprétation de radiographies articulaires. (Annales de Chir. et d'Orthopéd. T. XXVII. Nr. 1, p. 10.)

Erwähnung eines Falles, bei welchem Reste von Jodoforminjektionen am Hüftgelenk Osteophytenbildung vortäuschten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **W. Becker u. E. Papendieck** (Bremen). Die moderne Behandlung der Gelenktuberkulose, speziell des Hüftgelenks, und ihre Emanzipation von Krankenhaus und Krankenlager. (Med. Klinik 1913. H. 33. S. 1328—1330 und H. 34. S. 1372—1374.)

Verff. weisen auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose hin (reflektorische Gelenkspannung, Knieschmerzen, Differentialdiagnose mit Coxa vara). Dann wird die früher übliche Therapie besprochen, ausführlicher auf die Grundsätze der Lorenz'schen Koxitis-Behandlung eingegangen. Die moderne Lichtbehandlung wird nur kurz gestreift. Die Verff. bekennen sich als unbedingte Anhänger

des Gehgipsverbandes. Sie legen ihn gewöhnlich nur bis zum Knie an. Wenn die Kinder nicht auftreten wollen, wird ein Heftpflaster-Extensions-Gipsverband mit Steigbügel und Sitzring nach Gocht-Becker angelegt. Später, nach mehrmonatlichem, schmerzfreiem Umhergehen im Verband, Zelluloidhilfe, ev. Stauung und Schmierseifenkur, unter Umständen vorsichtige Mobilisierung.

Zum Schluss weisen die Verff. auf die Wichtigkeit der Osteotomie bei der Behandlung der Gelenkkontraktur hin.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

26) **Maguire.** Congenital deformity of femur. (The Brit. med. Journ. 21. II. 14, p. 314.)

Bei einem Kind war das eine Bein um 17 Zoll kürzer als das andere. Das Röntgenbild zeigte ein Vorhandensein der oberen und unteren Epiphyse, der Schaft fehlt. Die Muskulatur ist gut entwickelt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Vecchi** (Parma). Osteosintesi in un caso di frattura complicata della diafisi femorale. (Il Policlinico. A. XXI Fasc. 3.)

V. bespricht einen von ihm mit Glück operierten Fall, von dem er die Radiographie bringt, und spricht die Ansicht aus, dass der operative Eingriff die Behandlungsmethode bei den schweren Frakturen sei. Die Indikation zur Operation muss besonders durch eine eingehende röntgenographische Untersuchung gegeben werden.

Buccheri, Palermo.

28) **José Lazzaraga** (Marburg a. L.). Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Luxationen im Kniegelenke nach hinten. (Med. Klinik 1913. H. 26. S. 1037—1038. Mit 2 Abbildg.)

Krankengeschichte und Bilder zweier Brüder von 65 und 50 Jahren. Bei dem einen besteht vollständige Luxation im Kniegelenk nach hinten, bei dem andern ein „Genu recurvatum“ im Sinne Drehmanns. Der Unterschied zwischen beiden ist nach L. nur graduell. Trotz der Angabe der Brüder, seit dem 20. Lebensjahr an der Deformität zu leiden, ist Verf. der Ansicht, dass sie angeboren ist und dass anfänglich eine geringe Subluxation bestand, die allmählich bei der ursprünglichen Schlaffheit des Bindegewebes infolge Tragens schwerer Lasten sich zu solcher Stärke entwickelte. Ein Trauma konnte anamnestisch nicht eruiert werden.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

29) **Hardouïn.** Etude clinique et expérimentale sur les luxations traumatiques du genou en arrière.

(Rev. de chir. 33^e année. Nr. 12, p. 847.)

„ „ „ 34^e année. Nr. 3, p. 327.)

„ „ „ „ „ Nr. 4, p. 478.)

Verf. bringt von dieser seltenen Verletzung 2 eigene Fälle und revidiert die Literatur gründlich auf diese Verletzung hin, vor Malgaigne und nach diesem, der sie mit besonderem Interesse behandelte. Die Veranlassung ist meist ein schweres Trauma, das auch andere Körperläsionen im Gefolge hat. An der Leiche lässt sich die Verletzung zu experimentellen Zwecken nur mit Anwendung grosser Gewalt ausführen. Die Behandlung soll in frischen Fällen möglichst früh einsetzen (Reduktion, Technik derselben), um Komplikationen von Seiten der Nerven und Gefässe zu verhüten. Behandlung der unmittelbaren Komplikationen (Eröffnung des Gelenks, Komplikation mit Frakturen, Gefäss-, Nervenzerreissungen) und der Folgekomplikationen (Versteifung, abnorme Beweglichkeit, Kapselschlaffheit, rezidivierende Luxation.) Später Apparate. In schwierigen Fällen Resektion und Anstreben einer knöchernen Ankylose. Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Biedl.** Erfahrungen mit der Nagelextension. (Arch. f. kl. Chir. Bd. 103. H. 2, p. 364.)

Verf. berichtet über 40 im städtischen Krankenhaus in Linz mit Nagelextension behandelte Fälle von Unterschenkelfrakturen. Die Erfolge waren günstig und liess sich eine Infektion durch aseptische Einbohrung des Nagels und sicherern Abschluss der Nagelwunden fast ganz vermeiden. Doch wurde die Nähe von stark sezernierenden Wunden möglichst vermieden, während die Anwesenheit eines Frakturhaematoms keine Kontraindikation für die Nagelung bildete.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Chiari.** Ueber die Heilungsergebnisse von Unterschenkelbrüchen. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 1/2. p. 52.)

Verf. fand bei Nachuntersuchungen von Patienten mit Unterschenkelbrüchen, die meist zur Landbevölkerung gehörten, keine Unfallrente bezogen und nur eine kurze Spitalbehandlung genossen hatten, einen günstigen Prozentsatz in Bezug auf Beschwerdefreiheit der lädierten Extremität, als es sonst bei Unfallpatienten die Regel ist. Er schiebt das Manko auf die grössere Schonung des gebrochenen Beines beim Unfallversicherten, durch den Rentenbezug begünstigt, und eine später einsetzende meist günstig auf die Heilung wirkende Aktivität.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Legrè (Modena).** L'acido osmico eccita veramente l'attività osteogenetica? (Il Policlinico. A. XXI. Fasc. 1).

Verf. berichtet über einen klinischen Fall von seit 6 Monaten bestehender Fraktur der Knochen des Unterschenkels und über 12 Experimente. Er glaubt, vorläufig behaupten zu können, dass die Osmiumsäure im Periost und Knochenmark evidente Veränderungen

bedingt, die zum mindesten der Exponent eines schweren entzündlichen Zustandes, namentlich von seiten des Knochenmarkes sind, d. h. eines Zustandes der Hyperfunktion der Zellelemente.

Buccheri, Palermo.

33) **Max Brandes** (Kiel). Die Heilung grösster Tibiadefekte durch Transplantation. (Med. Klinik 1913. H. 37. 1493—1494. Mit 7 Abbildg.)

B. spaltet oben und unten aus der Fibula je einen Knochen-span ab und holzt ihn in die entsprechenden Tibia-Reste ein. Das Fibulaköpfchen muss nicht unbedingt abgespalten und isoliert erhalten werden, dagegen ist zur Erhaltung der Malleolengabel die Schonung des äusseren Knöchels nötig.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

34) **M. Brandes** (Kiel). Die Heilung grösster Tibiadefekte durch Transplantation. (Zschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd. XXXIII. S. 630—633. Mit 7 Abbildungen.)

Bei grössten Tibiadefekten versagen meistens sowohl die plastischen Verfahren, als auch die freie Transplantation. B. wendet ein erweitertes Hahn'sches Verfahren an: Der Fibulaschaft wird vollkommen in den Tibiadefekt verpflanzt. B. operiert zweizeitig. Oberhalb des Mallcol. lateral. und unterhalb des Fibulaköpfchens wird der Fibulaschaft abgespalten und in das distale, bezw. proximale Ende der Tibia eingepflanzt. Der Malleol. lateral. muss zur Erhaltung der Malleolengabel geschont werden. Abspaltung und Erhaltung des Fibulaköpfchens ist nicht unbedingt nötig.

B. hat Defekte bis zu 12 cm überbrückt. Die beigegebenen Skizzen lassen die Technik der Operation ohne weiteres erkennen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

35) **Bargellini** (Mailand). Sopra un caso di genu recurvatum e di lussazione dell'anca congeniti. (Archivio di Ortopedia. A. XXX. Fasc. 3.)

Es handelt sich um einen Knaben, der gegenwärtig vier Jahre alt ist, der rechts von Geburt an eine Genu recurvatum zeigte, das rechte Hüftgelenk war kongenital luxiert und an der rechten Seite des Brustkorbes bestand in der Höhe des Schwertfortsatzes eine angeborene transversale Hautfurchen. Der Fall ist von Wichtigkeit durch das gleichzeitige Bestehen dieser Deformitäten, durch den besonderen Charakter, den die Luxation des Hüftgelenkes aufwies und durch die relative Seltenheit des Genu recurvatum congenitum in Gesellschaft der angeborenen Hüftgelenkluxation.

Buccheri, Palermo.

36) **Peltesohn**. Ueber einen Fall von operativ behandelter

angeborener Missbildung der unteren Extremitäten.
(B. kl. W. Nr. 16. 1913.)

4¹/₄ jähriges Mädchen mit angeborener Ankylose in Beugestellung in beiden Kniegelenken, beiderseitigem Fibuladefekt und rudimentärer Ausbildung der Tibien, Strahlendefekten und Syndaktylien an beiden Füßen, Klumpfußstellung der Füße und Syndaktylie und Strahlendefekten an der rechten Hand; Verf. brachte durch Keilresektionen und Redressements das Kind, das vorher 1¹/₂ Jahre lang in einem Krüppelheim ohne Erfolg behandelt worden war, in 3 Monaten so weit, dass es mit nunmehr gut sitzenden Prothesen gut gehen lernte.

Klar, München.

37) **Segale** (Turin). Ricerche sperimentali sulla rigenerazione della capsula articolare del ginocchio dopo l'asportazione totale. (La Clinica chirurgica 1913. Nr. 12.)

An Kaninchen und Hunden hat Verf. unter Verschonung der Zwischenknorpel und der Ligamenta cruciata die Kapsel des Kniegelenks exstirpiert, wobei er auf der Mittellinie die Sehne des Quadrizeps mit der Kniescheibe beließ.

Bei 3 Kaninchen bildete sich 20, 22, 35 Tage nach der Operation eine Kapsel aus dem umliegenden verdickten Gewebe, die Gelenkhöhle war jedoch kleiner, und namentlich seitlich bestanden Bindegewebsstränge.

Bei einem Hündchen wurde nach 68 Tagen eine neugebildete Gelenkkapsel erhalten mit einer von der normalen nur wenig abweichenden Funktion des Gliedes; die Gelenkhöhle war weit, enthielt fadenziehende Flüssigkeit. Anatomisch jedoch glaubt er nicht, dass es sich um wahre Regeneration handle, noch dass eine neue Synovialis aufträte; er meint sie als eine Anpassung des neugebildeten Gewebes betrachten zu müssen.

Die funktionellen Resultate waren bis auf einen Fall nicht immer gut und er glaubt sonach, dass bei der Mobilisierung ankylosierter Gelenke die Exstirpation der Kapsel und Verstärkungsbänder nicht als feststehende Regel aufgefasst werden darf.

Buccheri, Palermo.

38) **B. Ulrichs** (Finsterwalde). Röntgenogramme des Kniegelenks mit Sauerstoffeinblasung. (Fortschr. auf dem Geb. d. Röntgenstr. 1914. Bd. XXI. H. 6. S. 618—620. Mit 3 Tafeln.)

An einer Reihe von Kniebildern zeigt Verf. den Wert der Sauerstoffeinblasung gerade bei diesem Gelenk, zur Sichtbarmachung von Gelenkkörpern, Darstellung von Blutergüssen, Nachweis von Verletzungen, bes. der Menisci. Auch bei Durchleuchtung bei

chronischen Hydrops des Gelenks und bei gelenksentzündlichen Prozessen leistet das Verfahren gute Dienste.

(Bei dieser Gelegenheit mag übrigens bemerkt werden, dass die Autorschaft der Einblasung von Sauerstoff in Gelenke nicht Wollenberg, sondern Robinsohn und Werndorf in Wien gebührt. — Ref.)

Natzler, Mülheim-Ruhr.

39) **G. Freiherr v. Saar** (Innsbruck). Ueber alpin-sportliche Unfälle und deren Verhütung. (Med. Klinik 1913. H. 50, S. 2095—96 und H. 51, S. 2138—39. Mit 2 Röntgenbildern u. 2 Abbildg.)

Beim Skifahrer sind Spiralbrüche des Ober- und Unterschenkels nicht selten. Sie sind meist durch schlechte, zu steife Haltung veranlasst und können bei guter Haltung vermieden werden. Mittelhand-Spiralfrakturen entstehen durch Sturz auf die Hand bei festgehaltenem Stock. Sie sind durch Loslassen des Stockes beim Sturz zu vermeiden.

Der Rodler hat bei richtigem Sitz nur eine Verletzung von Bedeutung zu fürchten: Knochenhaut oder Knochenabrisse am Troch. minor. Durch unrichtigen Sitz — Aufstellen der Füße auf die Kufen der Rodel — können Spiralfrakturen oder Beugungsfrakturen der Tibia beim Sturz entstehen. Ebenso Spiralfrakturen durch Sturz auf die Hand bei festgehaltener Sitzleiste.

Manche alpinistischen Unfälle sind durch schlechte Knotenführung beim Anseilen veranlasst, wodurch die Tragkraft des Seils um 5—30 % geschwächt wird. S. zeigt, wie die Knoten geschürzt werden müssen.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

40) **Stabsarzt Lonhard** (Strassburg i. E.) Zur Aetiologie der typischen indirekten Wadenbeinbrüche und der militärischen Fussgeschwulst. (Deutsche militärärztl. Zschr. 1914. 6. Heft. S. 219—225. Literatur.)

Nach L. sind Fussgeschwulst und Mittelknochenbruch nur die quantitativ verschiedenen Wirkungen der gleichen Ursache. Ebenso auch die Knochenhautentzündung am Wadenbein und die isolierten indirekten Wadenbeinbrüche: beide werden durch einen plötzlichen Muskelzug veranlasst. Hauptsächlich macht Verf. den Soleus verantwortlich und hält ferner den Gedanken für naheliegend, dass ein Muskel, der an beiden ansetzt, die Knochenhautentzündung und Frakturen des Wadenbeins und der Mittelfussknochen (2.—4.) bewirken kann. Das wäre der Tibialis posticus. Die Frage, ob je nach dem Ueberwiegen des Soleus oder Tibialis posticus eine Schädigung des Wadenbeins, oder der Mittelfussknochen eintritt, lässt er offen.

Schliesslich wendet sich L. gegen die Meinung, die „Fussgeschwulst“ als Krankheitsbegriff zu streichen. Denn nur 40% sind durch Mittelfussknochenbrüche bedingt.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

- 41) **Fasano** (Asti). Trapianto tendineo-aponeurotico in sostituzione della rotula exstirpata. (Il Policlinico A. XX. Fasc. 51.)

Durch eine experimentellanatomische Untersuchung erläutert Verf. eine von ihm in einem Fall von primärer Osteomyelitis der Kniescheibe eingeschlagene Operationstechnik, bei der er zur Ausschälung des ganzen Knochens schritt und ein viele Jahre hindurch anhaltendes vorzügliches funktionelles Resultat erzielte. An Stelle der exstirpierten Kniescheibe setzte er einen Sehnen-Fascienlappen, wobei er bei Hunden eine weitere Funktion des Gliedes erzielte.

Die Indikationen zu dieser Ueberpflanzung wären nach dem Verf. in allen Fällen gegeben, in denen wegen nekrotischer oder neoplastischer Prozesse die Kniescheibe notgedrungen exstirpiert werden muss, und zur Ergänzung bei den gewöhnlichen Eingriffen wegen transversaler Fraktur der Kniescheibe, bei denen infolge der fibrösen Kallusbildung stets eine Diastase der Frakturstücke auftritt.

Buccheri, Palermo.

- 42) **Jones**. A case of chronic joint lesions in haemophilia. (The Lancet 28. II. 14, p. 606)

Bei einem 32 jähr. Bluter (hereditär keine entsprechende Anamnese zu erlangen) wurde eine akute Arthritis am rechten Knie behandelt. Er hatte nach Trauma schon an Ellbogen und Handgelenk, sowie an den Knien Attacken gehabt, die sich nach Fixation besserten. Heissluftbäder, Massage, bringen Erleichterung, aber bei jeder Manipulation an solchen Gelenken riskiert man einen neuen Bluterguss.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 43) **Comer**. The rôle of the crucial ligaments in Naemarthrus and injuries to the knee. (The Lancet 9. V. 14, p. 1317.)

Ein Fussballspieler verletzte sich vor 4 Wochen das Knie, damals trat eine leichte Schwellung des ganzen Knies auf, jetzt besteht nur eine Schmerzhaftigkeit an der Innenseite. Operative Behandlung, mediane Arthrotomie. Die Patella braucht nachher nicht genäht zu werden. Der Zeitpunkt der Operation bei einer mutmasslichen Kreuzbandverletzung ist am besten: sobald die traumatische Blutung vorbei ist, d. h. wenn es geht, einige Stunden nach dem Unfall.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 44) **Deutschländer**. Beitrag zur Verpflanzung ganzer Kniegelenke. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128. H. 1/2. p. 183.)

Zentralblatt für Orthopädie Bd. IX. H. 3.

6

Verf. teilt einen Fall von homöoplastischer Transplantation eines ganzen Kniegelenks (einschliesslich Gelenkkapsel, Bandapparat, und Kniescheibe) mit. Der Erfolg war kein glänzender (Nichteinheilen des transplantierten Tibiaknorpels, arthritische Wucherungen), sodass eine wenig bewegliche Pseudarthrose entstand. Aber aus der Beobachtung geht hervor, dass der grösste Teil überpflanzten Gewebes zugrunde geht mit Ausnahme des Gelenkknorpels, der, allerdings unter grossem Verlust von Zellmaterial, sich als einheilungsfähig erweist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Ruffo Albino** (Genua). *Intorno a un caso di diafisite tubercolare primitiva della tibia.* (Gazzetta degli Ospedali delle Cliniche 1913. Nr. 128.)

Fall von Knochentuberkulose mit primärer Entwicklung in der Dicke des kompakten Teiles des Tibiaschaftes. Derartige Fälle sind sehr selten.

Buccheri, Palermo.

46) **Henschen**. Behandlung des varikösen Unterschenkelgeschwürs mit der Heuss'schen Klebro-Binde nach dem Baynton'schen Verbandprinzip. (Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte XLIV. Jhrg. Nr. 12, p. 353.)

Verf. empfiehlt aufs wärmste die Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre nach deren Vorbehandlung (bis sie sauber granulieren und Ueberhäutungssäume zeigen) mit den porösen Kreppwollbinden nach Heuss. Die Klebmasse ist auf einen elastischen porösen Grundstoff aufgetragen. Vor dem Anlegen des Verbandes muss die Blutsäule ausmassiert werden, die Haut rasiert, entfettet, das Geschwür mit Kaliumpermanganlösung ausgetupft worden sein. Die Touren werden dachziegelartig angelegt, ziemlich stark angezogen. Ueber diesen Verband kommt Mullgaze, die öfters, wenn sie das durchgesickerte Sekret aufgesogen hat, gewechselt wird, der Klebverband hingegen kann 2—6 Wochen liegen bleiben, das Geschwür wird durch ihn hindurch beim Wechseln der Gaze mit Kaliumpermangan getupft. Gute Heilerfolge und gar keine berufliche Störung des Patienten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Lowman**. Relation of foot and leg muscles to the statics of the body. (The Boston med. and. surg. Journ. Vol. CLXX Nr. 6, p. 191.)

Falsche Fussstellungen bringen Änderungen in der Spinal- und Beckenmuskulatur, ischiadische Schmerzen zu stande. Bei allen Fussleiden beachte man deshalb nicht nur die Unterschenkel-, sondern auch die Oberschenkel- und Rückenmuskulatur und verordne auch für diese korrigierende Übungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Richard Gutzeit** (Neidenburg). Ein Fall von angeborener lateraler Deviation der Grosszehenendphalanx. (Zschr. f. orthop. Chir. 1913. Bd. XXXIII. S. 472—479. Mit 4 Abbildg.)

Bei einem 24jährigen Mann war das Endglied der linken Grosszehe lateralwärts im Winkel von 60° abgebogen. Das Interphalangealgelenk frei beweglich. Im Röntgenbild zeigen sich Missbildungen an der Grundphalanx der Grosszehe — eine Delle medial am distalen Ende, in der die Endphalanx sitzt und ein Defekt an der medialen Seite der Basis.

Therapie: Abmeisselung des Köpfchens der Grundphalanx. G. erklärt die Missbildung durch Druck in utero.

Aehnliche Deviationen am Daumen haben Herzog und Joachimsthal mitgeteilt. Natzler, Mülheim-Ruhr.

49) **Coues**. The Vesalinum mistaken for a fracture of the fifth metatarsal by inversion of the foot. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX. Nr. 19, p. 725.)

Das os Vesalinum ist bei Jugendlichen anzutreffen, selten, liegt an der proximalen und äusseren Seite der Tuberositas des V. Metatarsus. Verf. beobachtete bei einem 12jährigen Mädchen nach Fall und Umknicken des linken Knöchels diesen überzähligen Knochen, der durch die Röntgenaufnahme als Fraktur der Basis des V. Metatarsus diagnostiziert wurde. Nach 2 Wochen war noch keine Vereinigung des Fragments eingetreten, und erst dann wurde seine wahre Natur als überzähliger Skeletteil erkannt. Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Coues**. A case of bone cyst of the os calcis. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX. Nr. 16, p. 611.)

Knochencysten sind an den langen Knochen häufig, an den kurzen eine Seltenheit. Mitteilung eines Falles bei einem 14jährigen Knaben nach heftigem Abspringen auf beide Füsse während der Gymnastik. Rechts Schmerzen, Druckempfindlichkeit, keine Verdickung. Das Röntgenbild zeigt an diesem Fuss eine alte Epiphysentrennung. Zufällig wurde der linke Fuss auch geröntgt, und dort fand man eine Knochencysto des Fersenbeinkörpers mit Verdünnung der Knochen-substanz bis an die Plantarfläche. Es wurde kein operativer Eingriff unternommen, der Junge aber in ärztlicher Beobachtung mit Röntgen von Zeit zu Zeit behalten. Bis jetzt keine neuen Beschwerden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Serra**. Ueber eine noch wenig bekannte angiosklerotische Knochenveränderung. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 127. H. 3—4, p. 380.)

Verf. berichtet über 2 eigene Fälle von seniler angiosklerotischer

6*

Knochenatrophie in der Ferse und am Knie und im Tarsus, dessen kleine Knochen besonders prompt auf Zirkulationsstörungen reagieren. Die Symptome bestehen in heftigen bohrenden Schmerzen, und die einzige wirksame Therapie im Interesse des Patienten ist eine radikale operative Entfernung der befallenen Knochen. In beiden Fällen war Tuberkulose und Lues auszuschalten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Rauschenberger.** Ein Fall von gonorrhöischer Tendovaginitis. (M. m. W. Nr. 33. 1913.)

Bericht über einen Fall von gonorrhöischer Tendovaginitis bei einem 23jährigen Dienstmädchen, bei dem sich sonst keine Gonokokken fanden; die Erkrankung trat in den Sehnenscheiden der linken mm. peronaei auf und täuscht bis zur Operation eine Erkrankung des Sprunggelenks vor. Nach Eröffnung Heilung in 29 Tagen unter Hyperaemiebehandlung.

Klar, München.

53) **Lamy.** De la torsion spiroïde dutibia. (Orthopéd. et tub.) chirurg. 1^e année. Nr. 1, p. 54.)

Bei Kindern mit oder auch ohne Klumpfuß ist oft eine kongenitale Torsion der Tibia nach innen zu sehen. Bei einer solchen von unter 15° genügen einfache manuelle Redressionen, über 15° transversale lineare Osteostomie der Tibia oder orthopädische Apparate (bei 30° Apparat mit Sprungfedern, stärker als 30° einen mit Gleitschienen. Beschreibung dieser Apparate. Sie müssen bis zum befriedigenden Resultat 3—6 Monate getragen werden.

54) **Willems.** La tarsectomie pour pied-bot. Un nouveau procédé opératoire. (Arch. internat. de chir. Vol. VI, fasc. 4, p. 369.)

Verf. verwendet einen besonderen Hautschnitt, der eine lineare Narbe hinterlässt. Ausschaltung des Sprungbeins samt seinem oberen Ende, Ersatz desselben im Tibiotarsalgelenk durch das mittelst Torsion versetzte Cuboid. Diese Operation, bei älteren Kindern und Erwachsenen erprobt, wird jetzt von Verf. auch bei den kleinsten Kindern zur Korrektur des Klumpfußes verwendet und ergab in über 200 Fällen sehr gute Resultate.

Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **Sprengel.** Modifizierter Heftpflastergipsverband bei der Klumpfußbehandlung. (M. m. W. Nr. 27. 1913.)

S. rät, auf die mit Mastisol bestrichene Haut eine Mull- oder Trikot- oder Flanellbinde zu legen und die Wattepolsterung auf die durch Verbanddruck bedrohten Stellen zu beschränken; dann bindet sich der Gips mit der Binde so fest, dass ein Abgleiten ausgeschlossen ist. Entzündliche Hautreizung verursacht das Mastisol nicht so leicht wie das Heftpflaster.

Klar, München.

56) **Lewy.** Modifizierter Heftpflastergipsverband bei der Klumpfussbehandlung. (M. m. W. Nr. 23. 1913.)

Um das so lästige Herausschlüpfen des redressierten Säuglingsklumpfusses aus dem Gipsverband zu verhindern, empfiehlt Verf., einen 1—2 cm breiten Leukoplaststreifen, in der Mitte des Fussrückens beginnend, über Innenrand, Sohlenfläche, Aussenrand des Fusses hinweg an der Aussenseite des Unterschenkels bis an den Kniegelenkspalt anzulegen; am Unterschenkel wird das Pflaster durch 2—3 zirkuläre Streifen fixiert; das jetzt freie Ende des Pflasterstreifens soll so lang sein wie der Unterschenkel und wird in die letzten Touren des Gipsverbandes eingegipst, so dass der Streifen ein nach unten offenes U bildet. So wird das „Schlüpfen“ des Fusses mit Sicherheit vermieden.

Klar, München.

57) **Oberarzt Baumbach, Inf.-Regt. Nr. 70.** Ein Vorschlag zur einheitlichen Behandlung von Plattfussbeschwerden in der Armee. (D. militärärztl. Zeitschr. 1914, 6. H., S. 212—219.)

„Plattfussbeschwerden“ gehören zu den Krankheiten, die der Revierarzt am häufigsten zu behandeln hat. Eine verhältnismässig grosse Zahl von Leuten ist wegen Plattfusschmerzen vom Dienst befreit oder wird „mit Schonung“ geführt und fehlt für den Ernstfall, wo angestrengteste Märsche auszuführen sind. So muss dem Truppenarzt daran gelegen sein, dem vielverbreiteten Uebel möglichst radikal abzuhelfen. Merkwürdigerweise sind in der Armee Plattfusseinlagen noch nicht zur allgemeinen Einführung gelangt. Oberstabsarzt Franke in Saarbrücken hat Versuche mit Einlagen aus vernickelter Kupferbronze gemacht und, wie nicht anders zu erwarten, mit gutem Erfolg. Verf. legt besonderen Wert darauf, dass jede Einlage individuell nach einem Gipsabdruck hergestellt wird. Für leichte Knickfüsse empfiehlt er den Hinckel'schen Fusschoner (Bischoff, D. m. Z. 1912, H. 10).

58) **Wollenberg.** Zur Technik der Plattfusseinlagen. (B. kl. W. Nr. 24. 1913.)

Da die Lange'sche Plattfusseinlage der Stellungsanomalie des Calcaneus bei pes valgus nicht gebührend Rechnung trägt, schlägt W. folgende Modifikation vor: Sobald der gut modellierte Gipsabguss im Erstarren begriffen ist, tritt der Patient auf einen Apparat, der aus zwei Brettern besteht; das für den Vorderfuss bestimmte Brett steht horizontal, das für die Ferse bestimmte ist je nach dem Grade der Valgität im Sinne der Supination verstellbar. Der Linoleumklotz, die sog. »schiefe Ebene«, kommt dann bei der Einlage nur unter die Ferse auf der Innenseite. Damit wird die Valgität des Calcaneus sehr

gut korrigiert. Die Korrektur muss aber allmählich erfolgen, man darf also anfangs nicht zu viel schiefe Ebene unter den Fersenteil legen. Bei Horizontalstellung des Vorderfusses bei gleichzeitiger Supination der Ferse hebt sich das Fussgewölbe von selbst, so dass dieses nicht allein von dem Gewölbeteil der Einlage getragen zu werden braucht.

Klar, München.

59) **Bland-Sutton.** On the treatment of fractures of the external malleolus. (The Lancet 7. II. 14, p. 373.)

Analog den Erfahrungen an der oberen Extremität ist Verf. dafür, bei abgesprengtem äusserem Knöchel diesen ca. 7 Tage nach stattgefundenener Fraktur (um Bluterguss und Verschluss der Gefässe abzuwarten) zu exzidieren. Pat. ist später beim Stehen nicht behindert, da sich neue, feste Ligamente bilden, und diese Behandlung sicherer ist, als die mit Schienen oder Drahtfixierung. 3 eigene erfolgreich so behandelte Fälle werden mitgeteilt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

60) **Ferd. Bähr** (Hannover). Die Fussgeschwulst und ihre Beziehungen zum vorderen Frontalgewölbe. (Zschr. f. orthop. Chirurg. 1913. Bd XXXII. S. 310—320.)

Aus der Beteiligung der einzelnen Metatarsen lassen sich für die Frage nach den vorderen Stützpunkten des Fusses keine Schlüsse ziehen. Norm ist der Querbogen durch die vorderen Metatarsalköpfchen mit Stützpunkt auf Metatarsale I. und V. Er ist bei verschiedenen Individuen verschieden stark ausgeprägt und sinkt mit zunehmendem Alter ein. Bei Fussgeschwulst mit Fraktur (43,4%) handelt es sich um einen Biegungsbruch. Die Biegungsfestigkeit ist abhängig von Länge und Umfang des Knochens. Der I. Metatarsus hat die grösste Biegungsfestigkeit. Versuche am toten Material sind nicht beweiskräftig. In vita wirkt die Muskulatur wie ein horizontales Zugband an den Stützpunkten des vorderen Frontalgewölbes. Da Metatarsus II und III am wenigsten widerstandsfähig sind, knicken sie am leichtesten ein. Der Plattfuss, bei dem das vordere Frontalgewölbe meist verloren gegangen ist, ist ziemlich immun gegen die Fussgeschwulst.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

61) **V. Magasbach, L.** (Innsbruck). Die operative Behandlung des essentiellen Pes adductus. (Zschr. f. orthop. Chir. 1914, Bd. XXXIV, S. 92—99. Mit 3 Abbildg.)

Der P. adductus entsteht durch abnorme Haltung in utero, durch die meistens Störungen in der Wirkung gewisser Fussmuskeln herbeigeführt werden können. So erhält der Adductor halluc. eine stark adduzierende Komponente.

Therapeutisch ist dagegen bisher das manuelle Redressement

mit nachfolgendem Gipsverband angewendet worden. Dabei besteht aber die Gefahr eines künstlichen Plattfusses. V. M. beschreibt eine Operation, deren Prinzip darin besteht, dass die vordere Insertion des *M. abductus halluc.* vom lateralen auf das mediale Schambein verlegt wird. Ausführliche Krankengeschichte und Operationsbeschreibung eines 4jährigen Knaben. Verf. hat dabei ausser der Sehnenverlagerung des *Musc. abduct. halluc.* noch eine Überpflanzung der *Tib. antic.* an die Vorder- und Unterseite des *Naviculare*, sowie Raffung des *Peron. brev.* ausgeführt.

Natzler, Mülheim-Ruhr.

61) **Dr. F. Lasek.** Zur Aetiologie und Therapie des *Mal perforant du pied*. (*Casopis lékařů českých.* 1914. Nr. 15.)

Das *Mal perforant du pied* entsteht nach L. durch Druck auf Skelettvorsprünge, zumeist durch den Druck der Körperlast auf den *Calcaneus* und die *Capitula* der *Metatarsalknochen*. Der Druck erzeugt zunächst eine degenerative Neuritis und sodann eine lokale Nekrose des unempfindlich gewordenen Gewebes, einen *Decubitus acutus periphericus*. Bei Greisen kommt deren Arteriosklerose und arteriosklerotische Neuritis als unterstützendes Moment hinzu. In diesem Umstande und in der Tatsache, dass das *Mal perforant* zumeist über Zwischenvorsprüngen entsteht, die dem Drucke ausgesetzt sind, und nach Entfernung derselben dauernd verschwindet, erblickt der Autor den Beweis für seine Hypothese. — Zur Heilung des Geschwürs eignet sich vorzüglich die Socin'sche Pasta (aus Zinkoxyd und einer 10%igen Zinkchloratlösung), mit der das Geschwür plombiert wird. Die Plombe ätzt die Granulationen, wirkt desinfizierend und verhütet die vorzeitige Ueberhäutung des Geschwürs. Im Falle des Autors wurde mit dieser Pasta wiederholt Heilung erzielt; zur Erreichung eines Dauerresultates musste aber das *Metatarsalköpfchen*, über dem das Geschwür immer wieder rezidierte, reseziert werden.

G. Mühlstein, Prag.

62) **H. Gocht** (Halle a. S.). *Handbuch der Röntgenlehre*. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 249 in den Text gedruckten Abbildungen. (Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1914.)

In den drei Jahren seit Erscheinen der letzten Auflage hat die Untersuchung und Behandlung mit Röntgenstrahlen sehr grosse Fortschritte gemacht.

Technik, Diagnostik und Therapie in ihrer modernen Entwicklung haben darum eine durchgreifende Ueberarbeitung des beliebten Lehrbuches notwendig gemacht, welches in der grossen Schar gleichartiger Werke einen ersten Platz sich stets zu wahren vermocht hat.

Vulpius, Heidelberg.

64) **Fürstenau, Immelmann und Schütze.** Leitfaden des Röntgenverfahrens für das röntgenologische Hilfspersonal.

Mit 281 Textabbildungen. (Verlag F. Enke. Stuttgart 1914. 12 Mk.)

Das Buch bildet den Niederschlag von Kursen, welche die Verf. seit 10 Jahren für gebildete Damen erteilen, welche Röntgengehilfinnen werden wollen.

Der physikalische Teil stammt von Fürstenau und behandelt das schwierige Gebiet mit grossem Geschick, so dass der Leser zwischen ermüdender Wissenschaftlichkeit und oberflächlicher populärer Darstellung auf dem richtigen Mittelweg wandeln und zum vollen Verständnis der Materie gelangen kann.

Im praktischen Teil geben die beiden andern Autoren zunächst einen Ueberblick über die Anatomie, soweit sie von dem hier in Betracht kommenden Leserkreis gekannt sein muss. Dann wird die Einrichtung des Röntgenlaboratoriums, die Aufnahmetechnik und das Photographieverfahren besprochen, sowie die Technik der Röntgentherapie.

Das schön ausgestattete Buch ist gewiss eine willkommene Gabe für Adepten, die ja heute überall in grossen Betrieben begehrt werden.

Vulpius, Heidelberg.

65) **Treves-Keith.** Chirurgische Anatomie. Nach der 6. englischen Ausgabe übersetzt von A. Mülberger (London). Mit einem Vorwort von Prof. Payr und 152 Textabbildungen von Kleinschmidt und Hörhammer (Leipzig). (Berlin 1914, Verlag von J. Springer. Preis 12 Mk.)

Das Buch hat in England seit 1883 nicht weniger als 21 Neuauflagen erlebt. Die deutsche Uebersetzung bedeutet unzweifelhaft ein Verdienst, denn das Buch behandelt den Stoff in einer wesentlich anderen Weise, als wir dies in Deutschland gewohnt sind. Praktische Gesichtspunkte stehen durchaus im Vordergrund, nicht die wissenschaftlich vollendete, abgerundete Darstellung. Der Uebersetzer hat nicht nur dieses seines Amtes mit grösstem Geschick gewaltet, er hat auch durch eigene Hinzufügungen manche für den deutschen Leser empfindliche Lücken ausgefüllt.

Gänzlich neu sind alle die wunderschönen Abbildungen, da diejenigen des Originals deutschen Anforderungen in keiner Weise genügten. Geblieben aber ist die plastisch-prägnante Schilderung, welche in der Tat von Anfang bis zu Ende zu fesseln vermag und die Berechtigung zur Uebersetzung nicht minder wie die besondere Befähigung des Uebersetzers überzeugend dartut. Vulpius, Heidelberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

(Aus der Kgl. Orthopädischen Poliklinik in München,
Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Lange.)

Zur Behandlung von Oberschenkelbrüchen.

Von
Fr. SCHEDE,
I. Assistent.

Aus den Arbeiten Zuppingers, deren Lektüre jetzt garnicht genug empfohlen werden kann, ist bekannt, dass bei einer Beugung der Hüfte und des Kniegelenkes von ca. 135° eine völlige Entspannung der Muskulatur und dadurch ein Optimum für eine Zugwirkung am Knochen erreicht wird. Tatsächlich hat sich in der Praxis herausgestellt, dass in dieser mittleren Beugstellung weniger als die Hälfte der bei Streckstellung notwendigen Gewichte genügt, um die Knochenfragmente zu distrahieren.

Dadurch dass man bei Extension in Streckstellung so grosse Gewichte braucht, wird auch die Frage des notwendigen Gegenhaltes kompliziert; es ist schwer, einen Gegenhalt zu konstruieren, der bei starker Beanspruchung dauernd gut sitzt und dauernd gut vertragen wird. Am grössten sind diese Schwierigkeiten beim gewöhnlichen Heftpflasterstreckverband. Jede Lageveränderung des Patienten, wie sie die Benutzung der Bettschüssel oder der Verbandwechsel bei Weichteilwunden mit sich bringen, bewirken eine Aenderung der Zugrichtung und ein Nachlassen des Gegenzuges.

Weitaus die exakteste und sicherste Methode ist der Gipsverband, der unter Extension angelegt wird und der, wenn er richtig angelegt wurde, die erreichte Korrektur mit völliger Sicherheit festhält. (Siehe Lange, M. m. W. Nr. 42 und 43).

Es gibt aber Fälle, in denen seine Anwendung auf grosse Schwierigkeiten stösst. Erstens solche, die so stark dislokiert sind, dass man die Dislokation in Streckstellung nicht überwinden kann. Zweitens solche mit zahlreichen und ausgedehnten infizierten Wunden. In diesen Fällen empfinden wir das Bedürfnis nach einer Vorrichtung, die einerseits einen konstant wirkenden Zug in der Zuppingerschen Stellung bei zuverlässiger Fixation, andererseits genügend Uebersicht und Platz zur gründlichen Wundbehandlung gewährleistet.

Für diese besonders gearteten, aber jetzt nicht allzu seltenen Fälle, habe ich einen Apparat konstruiert, den ich im folgenden beschreiben möchte. Er beruht auf dem Prinzip Zuppingers und ist durch eingehende Beschäftigung mit den Zuppingerschen Schienen angeregt worden. Die Zuppingerschen Schienen haben neben grossen

Vorzügen den Nachteil, dass sie zu wenig fixieren und dass eine Aenderung der Körperlage des Patienten auch eine Aenderung der Frakturstellung verursacht.

Diesen Nachteil suchte ich dadurch zu vermeiden, dass ich den Patienten grundsätzlich an beiden Beinen extendierte.

Damit ergab sich die Möglichkeit einer wesentlichen Vereinfachung des Mechanismus. Zuppinger benutzte bekanntlich das Gewicht des Beines mittels eines sehr sinnreichen Hebelsystems zur Extension in der Längsrichtung. Wenn ich nun aber den Patienten an beiden Beinen aufhänge, so dass der Unterkörper nicht mehr aufliegt, sondern

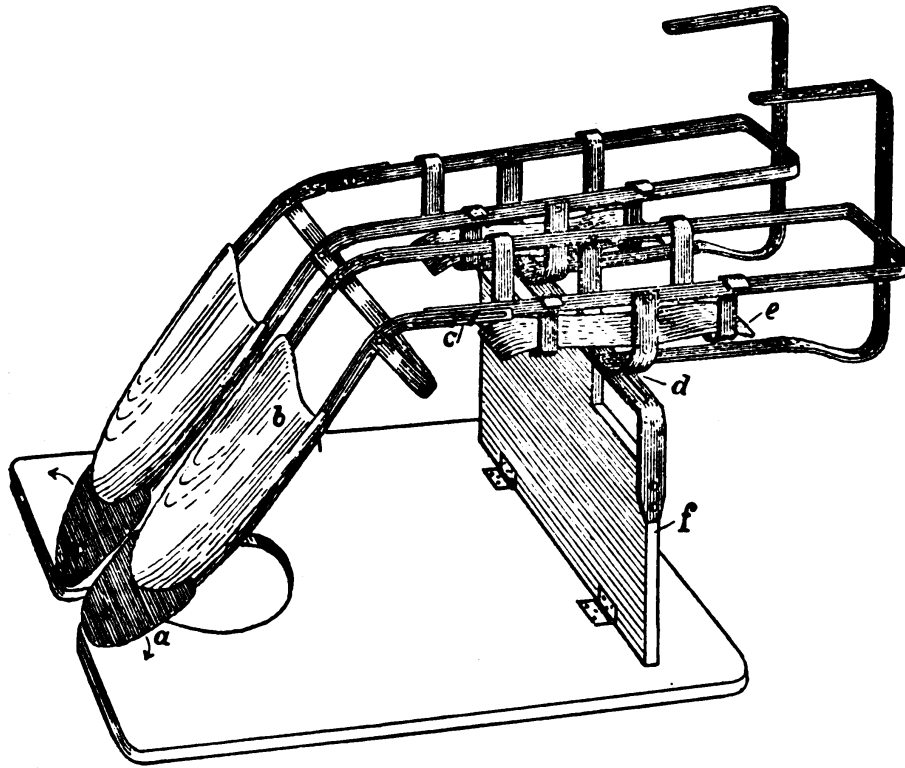


Abb. 1.

freischwebt, so übt das Gewicht des Unterkörpers einen kräftigen und ganz unveränderlichen Längszug aus. Es klingt etwas barbarisch, dies „Aufhängen an beiden Beinen“, ist aber in Wirklichkeit bereits von 5 Patienten ohne Beschwerde 4 Wochen lang vertragen worden. Dabei ist noch folgendes zu beachten: Das Gewicht des Unterkörpers hängt so lange am verkürzten Bein allein, bis beide Beine gleich lang geworden sind. Sodann verteilt sich die Last auf beide Beine gleichmässig, wird also für jedes Bein um die Hälfte geringer. Ausserdem kann man nach dem Ausgleich der Verkürzung den Unterkörper durch Kissen unterstützen, und dadurch den Apparat in das altbekannte

vortreffliche Planum inclinatum umwandeln. Der Gegenhalt am Tuberschii erübrigt sich. Der Zug kann sich nicht verändern, welche Bewegungen auch der Oberkörper des Patienten macht. Die Fixation des Beckens, eine Grundbedingung der Behandlung von Oberschenkelfrakturen, ist durch die Hängelage völlig gesichert.

Ob eine Fixation genügend ist, ersehen wir am besten aus dem Abklingen der infektiösen Prozesse. In diesem Sinne bewies mir einer meiner Patienten, dass die Fixation auf dem Apparate eine gute ist. Er hatte eine Schussfraktur des Oberschenkels mit einer Dislokation von 10 cm und eine schwere Osteomyelitis mit fortschreitender Stumpfnekrose. Einerseits wurde die Dislokation fast völlig ausgeglichen, andererseits verlief die Nekrose fieberfrei bis zur völligen Demarkation eines 10 cm langen Totalsequesters. Unterdessen hatte sich eine feste Lade um den Sequester gebildet, sodass nach seiner endlichen Entfernung die Kontinuität des unverkürzten Beines erhalten blieb.

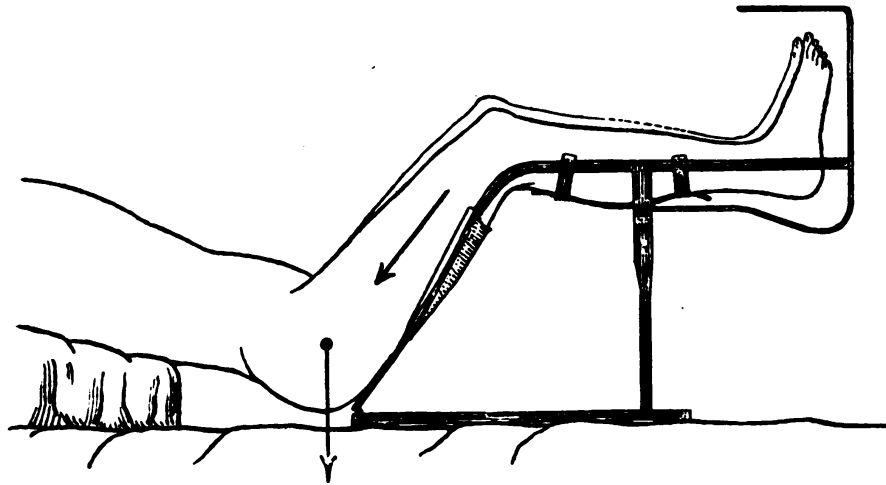


Abb. 2.

Die Konstruktion des Apparates ist aus der Abbildung 1 ersichtlich. Er besteht aus 2 Paar parallel laufender Bandeisen, die am proximalen Ende auf dem horizontalen Fussbrett, am distalen auf dem vertikalen Stützbrett (f) befestigt sind. Zwischen je zwei dieser Bandeisen werden die Auflager für Ober- und Unterschenkel (b und e) angebracht. Jede Schiene lässt sich im Sinne der Abduktion und Adduktion, (d) sowie für Crura vara und valga verstellen. (c)

Der Patient bekommt nun zunächst eine Heftpflasterbandage von der Fraktur bis zum Knöchel. Seine Beine werden unter kräftigem Zug vertikal erhoben, langsam auf die bereitgestellte Schiene gesenkt und dort soweit hinaufgezogen, dass der Unterkörper frei schwebt. Die Oberschenkelteile der Schiene sind länger als der Oberschenkel auch grösserer Menschen. Wenn daher das Knie des Patienten an der Knickungstelle der Schiene liegt, so berührt der Unterkörper das Bett nicht mehr. Die Heftpflasterenden werden nun am Fussende

der Schiene befestigt, und die Lagerung ist fertig. (Abb. 2.) Bei Wunden an der Rückseite des Oberschenkels wird das Auflager aus Blech durch ein solches aus Drahtgaze oder durch einzelne Quergurten ersetzt. Die Stuhl- und Urinentleerung geschieht dadurch, dass die drehbaren Sitzplatten (a, Abb. 1), beseite geschoben werden und eine Schüssel in den Ausschnitt des Fussbrettes gestellt wird.

Meine bisherigen Erfahrungen zusammenfassend, glaube ich den Apparat aus folgenden Gründen empfehlen zu können:

- 1) Die Extension geschieht automatisch durch das Gewicht des Unterkörpers in der nach Zuppinger günstigsten Stellung des Oberschenkels. Sie ist sehr kräftig und unveränderlich.
- 2) Die Fixation hat sich als völlig genügend erwiesen.
- 3) Die Stuhl- und Urinentleerung, sowie die Wundbehandlung kann ohne Verlagerung und Belästigung des Patienten vorgenommen werden.
- 4) Die Gefahr eines Dekubitus ist ausgeschlossen.
- 5) Besondere Vorteile bietet die Lagerung in den Fällen von hochsitzenden Frakturen, wo wir uns vergebens bemühen, die typische Abduktion des oberen Bruchendes zu redressieren. Das gelang oft in Streckstellung auf keine Weise. In Beugestellung und Suspension an beiden Beinen verschwand sie von selbst.

-
- 1) **P. Klemm** (Riga). Die akute und chronische infektiöse Osteomyelitis des Kindesalters. Mit 7 Abbildungen im Text und 1 Kurventafel. (Berlin 1914, Verl. S. Karger. Preis 9 Mk.)
Seine Anschauungen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Osteomyelitis legt Verf. in der interessanten Monographie nieder, welche sich auf 320 eigene Beobachtungen stützt. Insbesondere betont Verf. die am Knochenmark sich abspielenden Vorgänge, welche erst ihrerseits eine Reaktion des Knochengewebes hervorrufen. Die eingehend verarbeitete eigene Kasuistik tritt in allen Abschnitten zutage und belebt die Darstellung sehr wesentlich.
Vulpius, Heidelberg.
 - 2) **Lange**. Die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens der Pädiatrie und der Orthopädie. (Münchner Gesellsch. f. Kinderheilk. 10. VII. 1914. M. m. W. 1914, No. 49.)
Die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens wird am deutlichsten

bei der Rachitis erwiesen; viele blutige Operationen könnten vermieden werden, denn Deformitäten bei weichen Knochen lassen sich durch Schienen und unblutige Operationen vermeiden, aber die rachitischen Verkrümmungen kommen meist erst zum Orthopäden, nachdem eine Behandlung zur Festigung der Knochen eingeleitet ist. Das gleiche gilt für die rachitischen Verkrümmungen der Wirbelsäule. In den Merkblättern für Säuglingsfürsorge sollte auf die Gefahr des Tragens auf dem Arm hingewiesen werden. Skoliosen geringen Grades lassen sich durch orthopädische Massnahmen leicht bessern und sollten deshalb von den Schulärzten an Orthopäden überwiesen werden. Dringend nötig ist auch die frühzeitige Behandlung der Poliomyelitis, am besten durch Ruhigstellung der Wirbelsäule mittels Gipsbettes. Bei der Knochen- und Gelenktuberkulose sollte neben der Sonnenbehandlung auch die mit Gehgips und mit Apparaten herangezogen werden, deren Erfolge sehr beachtenswert sind. L. empfiehlt die Einrichtung von Freilichtinstituten im bayrischen Gebirge, in denen Orthopäden und Pädiater gemeinschaftlich arbeiten.

M. K.

3) **Académie des sciences** zu Paris. (6. VII. 1914. M. m. W. 1914, No. 47.)

Auf Grund von Beobachtungen an 2 000 Kindern und 300 000 Messungen leitet Godin folgende Gesetze über das Wachstum ab: Die langen Röhrenknochen wachsen abwechselnd durchschnittlich ein halbes Jahr in die Länge und in die Breite; vor der Pubertät wachsen hauptsächlich die unteren Extremitäten, nachher der Oberkörper. In dem 2. Halbjahr vor Ausbruch der Pubertät vollzieht sich das hauptsächlichste Längenwachstum; vor der Pubertät wachsen hauptsächlich die Knochen, nachher die Muskeln. Zwischen den doppelseitigen Organen herrscht eine der überwiegenden Funktion entsprechende Asymmetrie. Die rechte obere und die linke untere Extremität ist länger und dicker als die der andern Seite, bei Linkshändern verhält es sich umgekehrt.

M. K.

4) **Herz, M.**, Sydney. Wachstumsstörung und Deformität. (M. m. W. 1914, Nr. 52.)

Bei einem sonst gesunden 15jährigen Knaben hatte sich allmählich eine Manus valga sinistra herausgebildet. Ausser einem Fall auf die Hand, der vor 10 Jahren stattgefunden hatte, ohne irgend welche Störungen zu verursachen, war ätiologisch nichts bekannt. Das Röntgenbild zeigte, dass die laterale Hälfte der radialen Epiphysenzone vorzeitig verknöchert war, während die andere, nicht ossifizierte Hälfte sich zu einem Sporn ausgewachsen hatte. So war die Deformität entstanden. Auffallend ist der lange Zwischenraum

zwischen Ursache und Wirkung. Der Knochen ist aber an der verletzten Stelle nicht auf der Stufe des Fünfjährigen stehen geblieben, sondern noch Jahre lang weiter gewachsen. Dann blieb das Wachstum stehen, während es an der medialen Hälfte fortschritt. Da somit dieser Fall einen Beweis dafür bietet, dass eine Deformität durch Störung der Wachstumszone bedingt ist, so kann man schliessen, das auch andere, nicht traumatische, z. B. rachitische Ernährungsstörungen, eine Deformität bedingen können. Dass also diese Deformitäten nicht immer statischer Natur zu sein brauchen.

M. K.

- 5) **Potel.** Essai sur les malformations congénitales des membres. Leur classification pathologique. (Rev. de Chir. 34e année, Nr. 3, 5, 6, 7.)

Verf. bespricht ausführlich alle bis jetzt bekannten Missbildungen der Extremitäten, die embryonalen Ursprungs sind, auf einem Fehler in der Keimanlage oder amniotischen Traumen beruhen, und denen gegenüber die Therapie ziemlich machtlos ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 6) **Huismans.** Ueber Infantilismus und Chondrodystrophie. Rhein.-westf. Gesellsch. f. innere Medizin u. Nervenheilk. 17. V. 1914. (Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 46.)

Bei den von H. beobachteten Zwergen waren bei einer Gruppe die Genitalien und auch die psychische Entwicklung infantil, bei der anderen dagegen bestand eine ausgesprochene Libido und Potenz. Fälle von reinem dysthyrogenem Infantilismus und Dysgenitalismus fanden sich nicht, sondern alle Fälle gehörten zum sogenannten pluriglandulären Infantilismus. Sehr verschieden von ihnen sind die Vertreter der zweiten Gruppe, des chondrodystrophischen Zwergwuchses. Charakteristisch sind der sehr grosse Schädel, Fettsucht, Lordosis lumbalis mit horizontalem Kreuzbein, Synostose der Keilbeine und des Hinterhauptbeines, Osteosklerose, normales Genitale. H. erläutert die verschiedenen Typen an Röntgenplatten. M. K.

- 7) **Bolognesi.** Ueber die Pathogenese der sogenannten Knochenzysten. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 131, H. 3—4, p. 382.)

Verf. machte Experimente an Kaninchen, indem er auf verschiedene Arten künstliche Höhlenbildung in den Knochen herbeiführte. Es bildete sich darin ein schwammartiges mehr oder minder kompaktes Knochengewebe. Aus den Versuchen ergaben sich negative Resultate für die beiden wichtigsten Theorien für die Genese der sogenannten Zysten der langen Knochen: die traumatische und die infektiöse. Die solitäre Zyste der langen Knochen

stellt keine individualisierbare und gut bestimmbare krankhafte Affektion dar. Spitzer-Manhold, Zürich.

8) **H. Kolaczek** (Tübingen). » Ueber Ostitis fibrosa. « (Bruns Beitr. zur klin. Chir. 90. Bd., p. 588.)

Verf. berichtet über einen Fall von multiplen zystenartigen Knochenerkrankungen bei einer 26jährigen Frau, bei dem erst die Probeexzision das typische Bild der v. Recklinghausen'schen Ostitis fibrosa erkennen liess. Das klinische und pathologisch-anatomische Bild wird nach den bisher bekannten Ergebnissen angeführt. Die Aetiologie ist noch völlig unbekannt. Doch weisen neuere Untersuchungen auf die Epithelkörperchen der Schilddrüse hin. Therapeutisch sah Verf. von der Kalkdarreichung keinen besonderen Nutzen. Baisch, Heidelberg.

9) **Goldstein**. Recklinghausensche Krankheit. Verein der Aerzte in Halle a. S. 28. I. 1914. (M. m. W. 1914 Nr. 32.)

G. stellt 2 Patienten mit multiplen Neurofibromen, Tumorbildung an den tiefer gelegenen Nervenstämmen, Pigmentierungen der Haut und trophischen Knochenerkrankungen nach Art der Osteomalazie vor; bei dem einen zeigte das Röntgenbild auch eine Vergrößerung der Sella turcica, bei dem andern fand sich das Bild der amyotrophischen Lateralsklerose, aber an den atrophischen Muskeln der linken Hand myotonische Reaktion, ferner mangelhafte Behaarung, Hypogenitalismus und Akromegalie. Wassermann in beiden Fällen negativ. M. K.

10) **Ed. Stierlin**. Ostitis fibrosa bei angeborener Fraktur (D. Zschr. f. Chir. Bd. 130, H. 1—2, p. 85.)

Verf. teilt einen Fall von Ostitis fibrosa bei einem mit 5 Wochen operierten etwas frühreifen Zwillingkind mit, dessen Mutter 14 Tage vor der Geburt ein Trauma des Bauches erlitt. Am einen Unterschenkel waren beide Knochen zwischen mittlerem und unterem Drittel gebrochen. Die Operation bestand in einer Plastik mit gestieltem Periostlappen, Auslöffeln des pathologisch veränderten Fasermarkes, Einschieben von Elfenbeinstiften in die Markhöhlen. Das Trauma war nicht die einzige Ursache der Fraktur, der Knochen schon an und für sich fötal verändert. Solitäre fötale Frakturen, besonders eines Unterschenkels, sind bekannt, bei denen an Stelle des Callus eine Ostitis fibrosa besteht, aber histologische Untersuchungen in so frühem Lebensalter, wobei man den Befund der ostitis fibrosa in Zusammenhang brachte mit dem angeblich intrauterin entstandenen Knochenbruch infolge Traumas der Mutter, sind noch nicht gemacht worden. Die abnorme Be-

schaffenheit der Knochen wird als Hemmungsbildung (weil meist streng lokalisiert) aufgefasst. Der Heilerfolg ist ein guter, das Kind ist gesund, wenn auch zart, die Verkürzung des Beines beträgt nur 1 cm, das Röntgenbild zeigt keine Kontinuitätstrennung am Knochen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 11) **O. Jüngling.** (Tübingen.) Ueber Pseudarthrosen im Kindesalter. (Bruns, Beitr. z. klin. Chir. 91 Bd., p. 649.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit wird unter eingehender Berücksichtigung der Literatur über die Häufigkeit, pathologische Anatomie und Aetiologie der Pseudarthrosen im Kindesalter berichtet, und in einem speziellen Teil die einzelnen Knochen, an denen Pseudarthrosen beobachtet wurden, gesondert besprochen. Die Zusammenstellung ergibt eine überwiegende Häufigkeit der Pseudarthrosen des Unterschenkels = 76 %, die dadurch noch auffallender wird, dass die Unterschenkelfraktur an sich beim Kinde relativ selten ist = 8,8 % gegen 30 % beim Erwachsenen. Die Entstehung der verhältnismässig so häufigen Unterschenkelpseudarthrosen beim Kind kann nur in einer Schädigung des Knochens, die sowohl Fraktur wie Pseudarthrose verursacht, gesucht werden und Verfasser glaubt sie in intrauterin geheilten Frakturen und sekundären Verbiegungen des Unterschenkels gefunden zu haben. Solche Verbiegungen zeigen grosse Neigung zur Fraktur. Es genügt meist ein leichtes Trauma, oft ist es die wegen vermeintlicher rachitischer Verbiegung vorgenommene Osteoklase, woran sich dann die Pseudarthrose anschliesst, die darnach als kongenitale Pseudarthrosen aufgefasst werden müssen. Therapeutisch kommt nur Operation in Betracht.

Baisch, Heidelberg.

- 12) **Troell.** Ueber Gelenkkapselchondrome. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 3, p. 680.)

Die Arbeit ist ein kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Gelenkkapselchondroms auf Grund zweier eigener Beobachtungen: 1. Osteochondrom bei einer 25 jährigen Frau. Es wurden nur die erkrankten Kapselpartien abgetragen (die beste Behandlung ist Resektion und Entfernen allen zur Gelenkkapsel gehörigen Gewebes), ein Rezidiv folgte nach einiger Zeit. 2. Fall: Hüftgelenk befallen. Eine Operation wurde abgelehnt, der Fall bleibt unter Beobachtung. Der Verlauf der Krankheit ist ein sehr langsamer. Im ganzen sind erst 11 Fälle dieser Erkrankung bekannt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 13) **Brackett.** Arthritis associatio with lesions of the genito-urinary tract. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXI. Nr. 2, p. 63.)

Allgemeines und Besprechung der häufigsten Gelenkerkrankungen im Zusammenhang mit Gonokokken- oder Coli-Infektionen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Riebe.** Die Behandlung des Trippers mittels intravenöser Arthigoninjektionen. (D. militärärztl. Zschr. 43. Jhrg. Nr. 13, p. 494.)

Verf. sah Monoarthritiden günstig durch intravenöse Arthigoninjektionen, auch in älteren, vernachlässigten Fällen, beeinflusst. Die subjektive Besserung (Aufhören der Schmerzen) war ebenfalls prompt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Mulzer.** Erfahrungen mit Arthigon bei gonorrhöischen Komplikationen. (D. militärärztl. Zschr. 43. Jhrg. Nr. 13, p. 486.)

Verf. sah eine günstige Beeinflussung gonorrhöischer Arthritis durch intragluteale Arthigoninjektionen. Die Ruhigstellung des Gelenkes wurde vermieden, um Ankylosierung vorzubeugen. Ergüsse, die nach 10—14 Tagen nicht gut resorbiert waren, wurden punktiert. Herzranke wurden von dieser Behandlung ausgeschlossen. Die intravenösen Injektionen geben eine zu starke Reaktion, deshalb überlässt man sie lieber dem Spezialisten.

16) **O'Connor.** The surgical treatment of streptococcic arthritis. (The Lancet 25. VII. 14, p. 224.)

Verf. empfiehlt bei chronisch affizierten Gelenken (rheumatischer Aetiologie), die auf interne Behandlung nicht besser werden, Inzision des Gelenkes, Durchspülung mit warmem Wasserstoffsuperoxyd, Drainage für 3 Tage. Ausserdem Inzisionen in der periartikulären Region, heisse Sublimatpackungen. Für 7—10 Tage Schienen zum Immobilisieren des Gelenkes. Darauf leichte aktive Bewegungen, wenn die Wunden geheilt sind — sanfte Massage. Er sah nie Infektion bei dieser Behandlung und immer gute Heilerfolge.

Spitzer-Manhold, Zürich.

17) **Keppler und Herzberg.** Die diagnostische Bedeutung des „Luetins“ unter besonderer Berücksichtigung der dem Chirurgen zufallenden Erkrankungsformen. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 130, H. 5—6, p. 440.)

Von Noguchi wurde 1911 eine Emulsion von Spirochäten unter dem Namen Luetin, als Diagnostikum für Lues, analog dem Kochschen Tuberkulin, hergestellt. Vv. stellten an eigenen Patienten 196 Versuche an. Das Endresultat derselben ist: der positive Ausfall der Reaktion spricht sicher für Lues, der negative spricht nicht dagegen. Eine Revaccination nach 8—10 Tagen ist vorzunehmen. Im tertiären Stadium ist die Luetinreaktion immer

ein sicheres Diagnostikum und (mit Ausnahme der Tabesfälle) sogar der Wassermannschen Reaktion überlegen. Die Technik ist eine einfache und leicht ausführbar. Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Schede.** Mobilisation versteifter Gelenke. (M. m. W. 1914 Nr. 51.)

In vielen Fällen von Versteifungen gelingt es nicht, die Narbenstränge dauernd zu dehnen. Die Manipulationen werden schmerzhaft, die Gelenkgegend schwillt an, die Muskeln setzen reflektorisch einen Widerstand entgegen. Diese Reizbarkeit, die besonders häufig bei Pendelapparaten beobachtet wird, hat mit dem Aufflackern eines infektiösen Prozesses nichts zu tun. Viele Autoren empfehlen, um die Reizung zu vermeiden, langsame und schonende Dehnung, Fixation in der erreichten Stellung. $\frac{1}{2}$ —2 tägige Pausen, in der Zwischenzeit aktive Uebung, Massage, Wärme. Die hierzu angewandten Apparate sind zwar zweckmässig, aber für den Massenbetrieb zu teuer und nicht überall zu haben. Sch. konstruierte daher eine Schiene, welche die Apparate ersetzt. Sie ist für jeden passend und kann von einer unbeschränkten Anzahl von Patienten benutzt werden.

M. K.

19) **Payr.** Weitere Erfahrungen über die operative Mobilisierung ankylosierter Gelenke, mit Berücksichtigung des späteren Schicksals der Arthroplastik. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 129, p. 341.)

In den letzten zwei Jahren mobilisierte Verf. blutig 22 Fälle von Gelenkankylosen (Knie, Hüfte, Ellbogen, Finger, Schulter) und fand dabei, dass sekundär krankhafte Veränderungen der mobilisierten Gelenke von Seiten der Nerven nie vorkommen, und die blutige Mobilisierung ossaler und fibröser Ankylosen durch Arthroplastik mit Weichteilinterposition sehr befriedigende funktionelle Erfolge, die, soweit seine Nachuntersuchungen bis jetzt zeigen, auch dauerhaft sind, geben.

Technik der Operation, Röntgenbilder, Photographien der Fälle.
Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Renton.** Notes of a case of contraction of the upper and lower limbs after still's disease. (The Brit. med. Journ. 20. VI. 14, p. 1350.)

Ein jetzt 7 jähriges Mädchen machte im 3. Lebensjahr eine Attacke von Still's Krankheit durch (chronisch fortschreitende Gelenkvergrößerung mit allgemeiner Drüsen- und Milzschwellung). Die Adduktoren und Kniekehlenmuskel und die Flexoren beider Arme waren kontrahiert, die Knie- und Fussgelenke geschwollen,

die Kranke konnte nicht gehen. Durchtrennung der Sehnen von Adduktoren, Kniekehlenmuskeln und der Achillessehne. Abduktionsschiene, Thomas'sche Knieschiene, Massage der Arme und Beine, tägliche Gehübungen. Jetzt kann das Kind am Stock gehen, die Knie- und Fussgelenke beugen und strecken, beide Beine heben. Die Armkontrakturen sind auch viel besser geworden, obgleich sie Tendenz zur Flexion haben. Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **Gilmour.** Hypertrophie pulmonary osteo-arthropahty, (Marie's disease). (Edinburgh med. Journ. Vol. XII. Nr. 6, p. 527.)

Mitteilung einer eigenen Beobachtung von Mariescher Krankheit (bei einem 9jährigen Jungen, dessen Mutter wahrscheinlich an Tuberkulose starb. Am Fuss, an beiden Knieen war er schon früher behandelt (Resektion eines Kniegelenks) worden wegen Schwellung. Vor 2 Jahren traten auch an Fingern und Handgelenken Verdickungen auf. Kyphose. Jetzt sind auch die Unterarm- und Unterschenkelknochen verdickt. Asthmaanfalle. Nie Fieber oder Nachtschweisse, keine Durchfälle, keine Zirkulationsstörungen an den Extremitäten. Der Knabe nahm ständig an Gewicht ab und starb schliesslich an einer tuberkulösen Meningitis. Die Sektion wurde verweigert. Das Krankheitsbild war das typische einer hypertrophischen pulmonären Osteoarthropathie. Sie unterscheidet sich von der Akromegalie durch Nichtbetroffensein des Schädels und Gesichtes, einer symmetrischen Vergrösserung der Knochen von Hand- und Fussgelenken. Sie soll von einem chronischen Lungenleiden abhängen, einer Toxinproduktion, die eine elektive Wirkung auf bestimmte Teile des Knochen- und Gelenksystems ausübt. Sie ist selten bei Kindern, häufiger zwischen 20—25 Jahren. Es handelt sich also um eine chronische Toxämie, oft bakteriell oder von gestörtem Stoffwechsel herrührend; Anhäufung von Kalksalzen im Blut vielleicht Ursache der Knochenüberproduktion. Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Brandes.** Beobachtungen zur Osteochondritis deformans juvenilis. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 131, H. 3—4 p. 232.)

Verf. konnte 10 Kinder mit dieser Krankheit, die ein abgeschlossenes Krankheitsbild bietet und streng von der Arthritis deformans juvenilis abzutrennen ist, beobachten. Die Störungen sind im Bereich oder in der Nähe der Epiphysenfuge, der Knorpel selbst bleibt verschont, deshalb auch nie eine Ankylosenbildung. Das Röntgenbild zeigt eine herdweise Auflockerung in der Knochensubstanz des Kopfes. Die Epiphysenlinie ist unregel-

mässig. Das Leiden tritt im Alter zwischen 4—13 Jahren auf. Nach Trauma oder ohne tritt plötzlich hinkender Gang, fast keine Schmerzen, auf. In der Hüfte weder Druck noch Stauchungsschmerz. Flexion frei, Adduktion und Rotation mehr oder weniger, Abduktion aufgehoben. Diese wird therapeutisch in Narkose herbeigeführt und in dieser Stellung ein entlastender Gehgips mit Bügel für 8—12 Wochen angelegt. Erfolg: die Abduktionsmöglichkeit kehrte wieder, der hinkende Gang und das Trendelenburg'sche Symptom verschwanden. Wird häufig mit Coxitis tuberculosa verwechselt. Aetiologie unklar.

Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Axhausen.** Die Entstehung der freien Gelenkkörper und ihre Beziehungen zur Arthritis deformans. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 3, p. 581.)

Verf. hat seine Beobachtungen über den Bildungsmodus der Flächenarthrophyten hauptsächlich am Kniegelenk gemacht. Nach Barth sind die Solitärkörper unmittelbare traumatische Ausprengungen, nach König allmähliche Ausstossungen nach vorausgegangener Schädigung. Verf. vereinigt modifiziert beide Theorien, nimmt Trauma und umschriebene Schädigung in Form einer Ernährungsstörung des Gelenkabschnittes an. Als praktische Schlussfolgerung seiner Beobachtungen stellt er den Satz auf: jede traumatische Arthritis des Kniegelenks, die einer konservativen Behandlung getrotzt hat, ist für die Operation geeignet. Die geschädigten Knorpelpartien müssen radikal entfernt werden. Auch frische Knieverletzungen, die nach einiger Zeit Behandlung nicht besser werden, sollen arthrotomiert werden, um einer späteren Arthritis deformans vorzubeugen. Die typische Lokalisation der Schädigung sind: die überknorpelte Femurfläche in der Nähe der fossa intercondylea und die Patellarhinterfläche.

Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Axhausen.** Neue Untersuchungen über die Rolle der Knorpelnekrose in der Pathogenese der Arthritis deformans. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 2, p. 301.)

Verf. erzeugte im Tierexperiment (Hunde) durch Injektion reizender Stoffe z. B. Jodtinktur ins Gelenk Knorpelnekrosen und bekam mikro- und makroskopisch ähnliche Bilder, wie auch bei der menschlichen Arthritis deformans. Die Knorpelnekrose ist also das hauptsächlichste Moment der Erkrankung, in dessen Gefolge die anderen histologischen Veränderungen einhergehen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **W. Haas.** Ueber den Nachweis von Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei chirurg. Tuberkulosen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90, p. 78.)

Zur Klärung der vielumstrittenen Frage, ob bei der Tuberkulose sich ständig Bazillen im Blut befinden, hat Verf. genaue Untersuchungen vorgenommen. Es wurde zunächst das Blut der Pat. vor einer operativen Behandlung nach der Antiformimethode von Schnitter genau mikroskopisch untersucht, weiterhin wurden damit in allen Fällen Tierversuche (intraperitoneale Impfung von Meerschweinchen) vorgenommen. Bei der Sektion der getöteten Versuchstiere wurden alle irgendwie veränderten Organe mikroskopisch untersucht. Auf diesem Wege fand Verf. bei 24 untersuchten Fällen chirurgischer Tuberkulose wohl einige Male (11 Fälle) im Blut säurefeste Stäbchen, die jedoch nicht als Tuberkelbazillen aufgefasst werden konnten, die Tierversuche waren dagegen in allen Fällen negativ. Es kann daher eine ständige tuberkulöse Bazillämie bei der chirurgischen Tuberkulose nicht anerkannt werden, ein zeitweiser Uebertritt soll nicht in Abrede gestellt werden. Deswegen kann aber ein positiver Ausfall der Bazillenuntersuchung nicht in prognostischer Beziehung verwertet werden.

Baisch, Heidelberg.

26) **F. König.** Fortschritte in Diagnose und Therapie der chirurgischen Tuberkulose. (M. m. W. 1914, Nr. 36 u. 37.)

Verf. bespricht ausführlich die Röntgendiagnose. Mitunter ist die einzig nachweisbare Erscheinung bei Gelenktuberkulose die Knochenatrophie, beweisender sind Oberflächenveränderungen im Gelenk. Wenn Teile des Knorpelüberzuges, vielleicht mit einer dünnen Knochenschicht, sich abheben, so steht die Diagnose fest. In späteren Stadien sind die Gelenkenden verschwunden, und die Grenzen der Knochen verschwimmen. Der Ursprung von Fisteln kann mit Hilfe der Wismutaufschwemmung festgestellt werden. Sehr wichtig ist die Unterscheidung von anderen Erkrankungen, wie Kallusbildung, Knocheiterung, Arthritis deformans, die mitunter ähnliche röntgenologische Bilder zeigen. Oft kann die Diagnose erst durch die Operation und die mikroskopische Untersuchung gesichert werden; in zweifelhaften Fällen soll eine Probeinzision gemacht werden. Einen weiteren Anhaltspunkt bietet die Untersuchung seröser und eitriger Exsudate und Abszesse. Die Pirquetsche Kutanreaktion ist bei Kindern beweisend, bei Erwachsenen nur, wenn sie rasch und stark auftritt, aber sie fällt auch bei tuberkulösen Kindern mitunter negativ aus. Die Herdreaktion ist nicht zuverlässig.

In der Therapie hat K. die operative Behandlung zugunsten der konservativen wesentlich eingeschränkt, ohne dass die Erfolge schlechter geworden sind. Er schreibt dies in erster Reihe der Behandlung mit künstlicher Höhensonne zu. Lokalbestrahlungen kommen nur bei Hauttuberkulose zur Anwendung, die Hauptmethode ist die Allgemeinbestrahlung, deren Technik im einzelnen geschildert wird. Die Wirkung zeigt sich durch Besserung des Allgemeinbefindens, Gewichtszunahme, Steigerung des Hämoglobingehalts. Die lokale Ausheilung liess sich in vielen röntgenographisch nachweisen. Neben der Quarzlampe wurde in geeigneten Fällen auch die Röntgenbestrahlung angewandt. Der Gesamteindruck, den Verf. von 1¹/₂ jähriger Beobachtung an einem reichhaltigen Material hatte, war der, dass die Operationen sehr erheblich eingeschränkt werden können; nur bei isolierten, ohne Verstümmelung radikal entfernbaren Herden sind sie unbedingt indiziert. M. K.

27) **Angerer.** Ueber Friedmannsche Tuberkulosebehandlung. Aertzlicher Bezirksverein Erlangen. 27. 5. 1914. (M. m. W. 1914, Nr. 33.)

Von 12 Fällen mit chirurgischer Tuberkulose wurden 2, die schon ausgiebig mit andern Methoden behandelt waren, geheilt, 2 gebessert, 4 Fälle blieben unbeeinflusst, 4 verschlimmerten sich. Nach der Injektion wurden schwere Allgemeinerscheinungen beobachtet. Bei einem Patienten trat 4 Monate nach einer Simultaninjektion eine tuberkulöse Meningitis auf. Von einer weiteren Verwendung des Mittels wird jetzt abgesehen. In der Diskussion erwähnte Meseth einen Fall von Lupus, bei dem gleich nach der ersten Injektion floride Lungenerscheinungen auftraten. Bei Lungentuberkulose war das Mittel ganz unwirksam. M. K.

28) **Strohmayer.** Zur Behandlung chirurgischer Tuberkulose. (Naturwissensch.-med. Gesellsch. zu Jena. 15. VII. 1914. M. m. W. 1914, Nr. 39.)

St. beschreibt über 120 Fälle, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Die Ergebnisse sind sehr befriedigend, besonders auch in funktioneller Beziehung. Die Indikationen der konservativen Behandlung können so erweitert werden, dass Resektionen nur in den seltensten Fällen nötig werden. Röntgenschädigungen wurden nicht beobachtet. Dauernde Röntgenkontrolle der Bestrahlungsergebnisse ist notwendig. M. K.

29) **Oehler, J.** Zur Röntgentiefentherapie bei chirurgischen Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Tuberkulose. (M. m. W. 1914, Nr. 40.)

Mit dem Ausbau der röntgenologischen Technik und der Verbes-

serung der Apparate wurden die Erfolge immer günstiger, mitunter geradezu überraschend, so bei tuberkulösen Symptomen und bei Tuberkulose der kleineren Knochen und Gelenke, wenn auch die Behandlung nicht als ein vollwertiger Ersatz der Heliotherapie betrachtet werden kann. Spina ventosa, Handgelenks- und Rippentuberkulose heilen meist rasch aus. Auch Mischinfektionen werden günstig beeinflusst. Je grösser der Knochen, je dicker das Gelenk ist, umso geringer ist die Einwirkung der Röntgenstrahlen. Mit gutem Erfolge wurde Sehnscheidentuberkulose behandelt. Röntgenschädigungen wurden nicht beobachtet; einen wesentlichen Vorteil stellt die Verwendung hochgefilterter Strahlung dar.

M. K.

30) **Cumberbatch.** The influence of the X-rays on some cases of persistent suppuration. (The Lancet. 16. V. 14 p. 1392.)

Verf. teilt 4 Fälle von jahrelang dauernder Eiterung (infektiöse Periostitiden, Hygrom, tuberkulöse Bursitis) mit, die durch Röntgenbestrahlung günstig beeinflusst wurden, teils hörte die Eiterung ganz auf, teils wurde sie wenigstens geringer.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Vignard.** Hélio-thérapie artificielle. Soc. de chir. de Lyon. 19. III. 14. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7, p. 126.)

Bei zwei Kindern mit Hand- und Fusstuberkulose wurde mit gutem Erfolg künstliche Belichtung angewendet. Dauer der Behandlung 5—7 Monate.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Vignard.** Hélio-thérapie artificielle. Soc. de chir. de Lyon. 26. II. 14. (Rev. de chir. 34e année Nr. 6, p. 871.)

Vortr. beschäftigt sich mit der künstlichen Belichtung der tuberkulösen Affektionen und stellt als gutes Resultat der Therapie ein 14^{1/2} jähriges Kind vor, das eine Ellbogenankylose in halber Flexion hatte. Nach 10 Monaten Lichtbehandlung sind die Drüsen verschwunden, das Ellbogengelenk ist trocken, nicht schmerzhaft, keine Atrophie mehr. Die Bewegungen lassen sich freier ausführen, wenn auch noch einige Beschränkung vorhanden ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **Kisch und Grätz.** Ueber die Einwirkung der Sonnenstrahlen auf tuberkulöse Fisteln. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 2, p. 494.)

Unter der Sonnenbestrahlung setzt die Reinigung tuberkulöser Fisteln sehr bald ein, es bilden sich oft neue, diese sezernieren aber von Anfang an nur serös und dienen zur Ausstossung von fungösen Gewebsresten, die zur Einschmelzung kommen, heilen auch bald aus. Die Fistel schliesst sich erst, wenn der Ausheilungsprozess in der Tiefe beendet ist. Die Schmerzen lassen unter Sonnenbestrahlung nach, der Kalkgehalt der Gewebe bessert sich.

Das Wesen der Ausheilung der tuberkulösen Fisteln besteht nicht nur in blosser Abkapselung fungöser Massen, sondern in Einschmelzung des kranken Gewebes und Ersatz durch neugebildetes Narbengewebe. Krankengeschichten eigener Beobachtungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 34) **Becker.** Lokale Sonnenbäder bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. (D. militärztl. Zschr. Jg. 43. H. 7, p. 253.)

Verf. berichtet über Sonnenbehandlung chirurgischer Tuberkulosen, welche in Teheran ausgeführt wurden, woselbst die Sonne während sieben Monaten von einem wolkenlosen Himmel strahlt. Wegen der starken Wärmeintensität wurden nur die erkrankten Partien dem Sonnenlicht ausgesetzt. Von 25 Fällen konnten 15 bis zur Heilung beobachtet und nachuntersucht werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 35) **Stein, Albert, E.** Kreuzfeuer-Diathermie. Vorläufige Mitteilungen. (Zbl. f. Röntgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete. 1914. 5. Jahrg., Heft 9/10.)

Die Eigenschaft des Diathermiestromes, sich zwischen den Elektroden gradlinig, ohne Schleifenbildung fortzupflanzen, hat zur Folge, dass immer nur ein beschriebener Teil des Gewebes erwärmt wird. Dieser Mangel nimmt zu, je grösser das zu behandelnde Organ ist. Eine Vergrösserung der Elektrodenfläche würde dem nicht abhelfen können; denn der grösste Flächeninhalt der Elektroden ist abhängig vom Durchmesser des Organes. Man könnte nun gleichzeitig mehrere Elektrodenpaare in verschiedenen Richtungen anlegen. Geeignete, hinreichend praktische Apparate zur Gewinnung dieses sogenannten „Diathermie-Kreuzfeuers“, fehlten bis jetzt. Stein gibt nun die Skizze einer solchen Zusatz-Vorrichtung, die an jeden beliebigen Diathermieapparat angeschlossen werden kann. Eingehender will Stein später berichten.

Goerres, Heidelberg.

- 36) **E. Cmunt:** Einfluss der Diathermie auf Leukozyten. (Casopis lékařů českých. 1914, Nr. 39.)

Der Autor zählte differentiell die Leukozyten bei 5 Fällen (4 Kranke, 1 Gesunder) unmittelbar vor der Durchwärmung, sodann sofort oder 10 Minuten, dann 20—25 Minuten und schliesslich 1—1½ Stunden nach derselben. Stets trat eine Leukozytose auf, die bis an 45% der ursprünglichen Leukozytenzahl betrug. Eine Aenderung des Verhältnisses der einzelnen Leukozytenarten zu einander trat nur bei einem Falle von Halslymphomen auf; die Leukozytose war zwar gering, aber die relative Lymphozytose stieg von 48% auf

60%. Anstieg und Abfall der Temperaturkurve fielen mit den gleichen Phasen jener Kurve, die die Bewegungen der Leukozytenzahlen veranschaulichte, nicht zusammen. G. Mühlstein (Prag.)

37) **Hirtz-Jacob.** Méthode radiographique et appareil simple pour la localisation précise et la recherche des corps étrangers. Soc. de chir. de Paris 18. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 5, p. 692.)

Es wird ein neuer radiographischer Apparat zur Projektion eines Fremdkörpers auf die Oberfläche des zu operierenden Körpers demonstriert. Der Hauptbestandteil des Apparates ist ein Kompass. Verschiedene an der Diskussion Beteiligte berichten über ihre eigenen Erfahrungen mit diesem Apparat. Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Schnée, A.** Ueber therapeutische Erfolge mit dem Degrassator nach Dr. Schnée. (M. m. W. 1914, Nr. 35.)

Die Wirkung beruht auf Kondensatorentladungen, deren Entladungskurven bei minimaler sensibler Reizung einen bedeutenden Reizeffekt auf Muskeln und motorische Nerven hervorrufen. Bei der Anwendung des Apparates sind bestimmte Vorschriften zu beachten, die Verf. schildert. Er berichtet über 27 Fälle von Herzstörungen, Adipositas, chronische Obstipation, Neurasthenie, Stoffwechselkrankheiten, welche durch die Behandlung günstig beeinflusst wurden. M. K.

39) **Dollinger.** Suspension und Stützpunkte künstlicher Glieder. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 128, H. 5—6, p. 574.)

Nicht jeder Stumpf ist nach der Amputation fähig, eine Prothese zu tragen. Deshalb sollte man für diese einen höher gelegenen Befestigungspunkt, womöglich eine breite Apophyse, auswählen können. Verf. beschreibt nun systematisch die von ihm gebrauchten Prothesen. Abbildungen.

1. Prothese für Unterschenkelamputation. Aufhängepunkt: beide Knieknorren.

2. Prothese für Oberschenkelamputation: eine Lederkapsel, welche das Becken eng umschliesst, in der Taille verengt ist, mit der eigentlichen Prothese durch Stahlstab verbunden, der in der Höhe des Hüftgelenks Kugelgelenke hat. Breite Stützfläche für die Sitzknorren, um die Stützfläche am künstlichen Bein zu entlasten.

3. Suspension der künstlichen Hand an den distalen Epiphysen der Vorderarmknochen, besonders des Radius. Ledermanchette mit Stahlschienen.

4. Prothese für Vorderarmamputierte mit Befestigung am distalen Epiphysenende des Oberarms. Die Epikondylen müssen gut herausmodelliert werden, die Lederhülse wird nötigenfalls durch Stahlplatten verstärkt.

Die Suspension für Obararmamputationen geschieht mittels Bandagen um den Rumpf und ist noch sehr unbequem und verbesserungsbedürftig.

Spitzer-Manhold, Zürich.

40) v. **Baeyer**. Künstliche Beine. (M. m. W. 1914 Nr. 46.)

v. B. beschreibt eine Prothese, die aus ausgehöhltem Kork besteht, durch Stahlbänder versteift ist, mit Zelluloid imprägniert und mit Leinwandband umwickelt wird. Das Knöchelgelenk ist fortgelassen, der Vorfuss ist gelenkig mit dem Unterschenkel verbunden. Das Kniegelenk ist so eingerichtet, dass der Patient beim Gehen das Knie feststellen kann. Der Beckenkorb kann sich in toto um das Becken drehen, so dass beim Sitzen die ganze Bandage um das Becken gleitet, beim Gehen und Stehen kann der Pat. das künstliche Bein nach vorn und hinten schwingen, sowie ab- und adduzieren. Die Prothese ist leicht, dabei dauerhaft und billig. Manche Patienten, welche vorher andere künstliche Beine getragen hatten, waren mit ihr mehr zufrieden, als mit diesen. M. K.

41) **Sprengel**. Der gefensterter Gipsverband als Mittel lokaler Stauung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 3, p. 599.)

In 3 Fällen protrahierter Callusbildung bei Unterschenkelfrakturen wendete Verf. über der Bruchstelle eine Fensterung des Gipsverbandes zur Erreichung einer Stauungsgeschwulst (mehrmals am Tage musste der Kranke das Bein herunterhängen lassen, bis eine starke, überquellende Geschwulst sich bildete und die Stauung als unangenehm empfunden wurde) an. Die bis dahin unverheilten Brüche konsolidierten unter dieser Behandlung in wenigen Wochen. Der Gipsverband war ziemlich straff ohne Unterpolsterung (nur über Flanellbinde) angelegt worden (da es sich schon um alte Fälle, wo keine Anfangsschwellung der Weichteile in Betracht kam, handelte). Diese Methode ist jedenfalls mit entsprechender Vorsicht und unter Krankenhausbeobachtung auch für frische Brüche anwendbar.

Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Trumpp**. Die Reinhaltung gefensterter Gipsverbände. (M. m. W. 1914, Nr. 49.)

Nachdem aus dem nicht völlig erhärteten Gips das Fenster ausgeschnitten und die Wunde nebst ihrer Umgebung gesäubert ist, wird soviel Watte unter die Ränder des Gipsfensters gestopft, dass die Polsterung unbeweglich fest sitzt. Jetzt werden Wattestreifen von 10—15 cm Länge und $\frac{1}{2}$ cm Dicke in verflüssigtes Paraffin von 48° Schmelzpunkt getränkt, ausgedrückt und 1—2 cm tief unter die Polsterung gestopft, der überragende Teil wird an der Aussenseite des Gipsverbandes angestrichen. Statt des Paraffin-

wattestreifens kann man auch Guttapercha nehmen, das aber teurer ist und vielleicht nicht von jeder Haut vertragen wird. Wenn mehrere Fenster so nahe aneinander liegen, dass das die Wunde umgebende Wattepolster nicht immobilisiert werden kann, ist Guttapercha unentbehrlich, es muss mit Chloroform an die Haut angeklebt werden.

M. K.

43) **Koppler.** Beitrag zur Entstehung der Aktinomykose. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 3, p. 831.)

Bei einem 43jährigen Mann entstand nach Trauma der linken Schulter ein stürmisches Krankheitsbild, das an Osteomyelitis erinnerte. Nirgends eine Kontinuitätstrennung der Haut wahrzunehmen. Die mehrmalige Eiteruntersuchung aus dem Gelenk zeigte nie Aktinomyces, trotz dessen nahm man diese Aetiologie der Erkrankung an. Eine vollständige Ablation des Armes, des Schulterblattes, des Schlüsselbeins und der Weichteile musste gemacht werden. Die akute Aktinomykose wird als auf dem Blutweg durch das Trauma von dem Primärherd in der Schulter aus entstanden gedacht. 4 Jahre nach der Operation ist der Mann jetzt gesund, ein primärer Lungenherd scheint demnach nicht vorhanden gewesen zu sein. Der Entstehungsmodus in den ersten Anfängen ist unklar.

Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **H. Hoessli.** (Basel). Ueber Xanthom der Haut und der Sehnen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 90. Bd., p. 168.)

Verf. beschreibt einen Fall von grossen tuberösen Xanthomknoten an beiden Ellenbogen und beiderseitigen xanthomatösen Veränderungen der Strecksehnen der Fingerextensoren II und III, wobei er Abbildungen und den genauen histologischen Befund bringt, der einmal die charakteristischen wabigen Xanthomzellen, 2. vereinzelte Riesenzellen und 3. homogene und strahlig gebaute Herde von Cholestearinablagerungen erkennen liess.

Baisch, Heidelberg.

45) **Bramwell.** Diffuse sclero-dermia; its frequency; its occurrence in stone-masons; its treatment by fibrolysin-elevations of temperature due to fibrolysin injections. (The Edinburgh med. Journ. Vol. XII. Nr. 5, p. 387.)

Die diffuse Sklerodermie ist eine seltene Erkrankung. V. konnte unter 27000 Fällen seiner allgemeinen Praxis 9 Patienten mit dieser Krankheit beobachten, 5 davon waren Steinmetze; Beginn der Erkrankung in den Händen (vielleicht infolge Haltens des Meissels in den Händen bei kalter Witterung?). Die Symptome bestanden in Steifheit, Taubheit, Kontraktur in den Händen, die

8*

Haut war blau verfärbt, fühlte sich derb an. Auf Fibrolysininjektionen, die anfangs Temperaturerhöhungen verursachten, trat Besserung ein.

Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Kuhn.** Pneumatische Lokalanästhesie. (M. m. W. 1914, Nr. 45.)

Verf. beschreibt einen Injektionsapparat mit Luftdruckbetrieb; die Injektionsflüssigkeit strömt unter Regulierung durch den Fingerdruck selbsttätig in die Gewebe. Die Dosierung erfolgt durch die Anzahl der rhythmischen Unterbrechungen. Der Apparat eignet sich zur serienweisen Anästhesierung einer grösseren Zahl von Patienten, besonders in der kleinen Chirurgie und leistet daher gerade in der Kriegschirurgie gute Dienste.

M. K.

47) **V. Chlumsky.** Über die Ursachen des Schmerzes nach Lokalanästhesie mit Kokainpräparaten. (Revue o neuro-psychopathologii. 1914, Nr. 7—8.)

Der Nachschmerz nach Lokalanästhesie mit Kokainpräparaten ist vorwiegend durch das als Lösungsmittel angewendete destillierte Wasser bedingt. Es muss darnach gestrebt werden, ein für die Gewebe indifferentes Lösungsmittel zu gewinnen; ein solches könnte das Anästhetikum in schwächerer Konzentration enthalten, da von demselben zur Unterdrückung des durch das Lösungsmittel bedingten Schmerzes nichts verloren ginge. Eine solche Flüssigkeit erreichte der Autor dadurch, dass er zu der Schleichschen Lösung II statt 0,2 % Kochsalz 0,9 % zusetzte. Am besten eignen sich als Lösungsmittel Blutserum, seröse Exsudate und Liquor cerebrospinalis, als deren Ersatz ist eine künstlich herzustellende Flüssigkeit anzustreben, die dieselben Stoffe wie das Blutserum und in derselben Zusammensetzung und in denselben Mengen wie dieses enthielte. Die Anwendung von Narkotika zur Linderung des Nachschmerzes wird vom Autor verworfen, da sie für geschwächte Patienten verhängnisvoll werden kann. Aus analogen Gründen empfiehlt der Autor für subkutane Injektionen reines Oel zur Lösung resp. Emulgierung des Medikaments.

G. Mühlstein, Prag.

48) **Leser.** Chirurgische Erfahrungen mit Providoform. (M. m. W. 1914, Nr. 37.)

Das Präparat hat sich bei eiternden Wunden, schmierig belegten Geschwürsflächen, langsam heilenden Abszessen als günstig bewährt, indem es die Bildung gesunder Granulationen anregte. Ein Fehler ist, dass die Lösungen sich nach 24 Stunden zersetzen und unbrauchbar werden.

M. K.

49) **Ziegler, J.** Meine Erfahrungen mit Providoform. (M. m. W. 1914, Nr. 37.)

Verf. empfiehlt das Mittel besonders für die Zwecke des Arztes bei kleineren Eingriffen, und zwar als alkoholische Tinktur zum Ersatz der Grossichschen Jodbepinselung, wobei Hautreizungen fast ganz vermieden werden; ferner als Streupulver bei schlecht heilenden eitrigen Wunden und Unterschenkelgeschwüren. Das Mittel ist ungiftig und übt, vorausgesetzt dass es chemisch rein ist, keinerlei Aetzwirkung aus.

M. K.

50) **Chrysopathes.** Ueber ein einfaches, erfolgreiches, im Balkankrieg erprobtes Wundbehandlungsmittel. (*Γατρική περίοδος-μάρτιος* 1914.)

Nach den guten Erfahrungen, die Ch. zuerst in seiner Praxis mit dem Paraffinum liquidum, bes. bei ausgedehnten Dekubitusflächen gemacht hatte, wandte er es während des Balkankrieges bei aseptischen und infizierten Wunden, rein resp. mit $2\frac{1}{2}\%$ Jodoform vermennt, mit den besten Resultaten an. Er empfiehlt es daher warm, da es sich bei seiner Billigkeit und Einfachheit in der Handhabung, als eins der wirksamsten und zugleich unschädlichen Antiseptics unserer Zeit erwiesen hat. Chrysopathes, Athen.

51) **Müller.** Fortschritte in der Behandlung von Phlegmonen und Wunden (Sammelreferat). (D. militärztl. Zschr. Jg. 43. H. 6, p. 229).

Haun empfiehlt zur Kupierung progredienter Phlegmonen Längsinzisionen bis auf die Faszie, Ablösung der Haut und Durchziehung von Jodoformgazestreifen. Liek macht bei drohender Gangrän von Fingergliedern kleine Inzisionen und feuchtwarme Verbände. Schone empfiehlt zur Verhütung einer Infektion sofortige Exstirpation der Wunde im Gesunden und bei Brandwunden Desinfektion mit Bürste und Seifenwasser, sodann mit 60% Alkohol. Bei granulierenden Wunden verwenden Wittek und Bergeat den trockenen Luftstrom. Nach Chrysopathes sollen sich eiternde Wunden unter Paraffinum liquidum-Behandlung reinigen und frische Granulationen hervorbringen. Rost fand bei Kaninchenversuchen, dass die zu Bindegewebswucherung anregende Wirkung der Beck'schen Paste nicht auf das Wismut zu beziehen ist, sondern auf die Vaseline, sowie auf das Paraffin, dass also das eventuell Vergiftungen bewirkende Wismut zur Fistelbehandlung weggelassen werden kann.

Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Posner.** Karlsbader Salz in der Wundbehandlung. (D. militärztl. Zschr. Jg. 43. H. 8, p. 296.)

Verf. empfiehlt auf die durch feuchte Verbände gereinigten Wundflächen fein zerstoßenes Karlsbader Salz in dünner Schich

aufzutragen; da es eine grosse Menge Flüssigkeit auf molekular-chemischem Wege zu binden vermag, bleibt die Wundfläche relativ trocken, und die Epithelisierung schreitet rascher vorwärts als bei trockener oder Salbenbehandlung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Barthe de Sandfort**. Enveloppements de cires minérales. Acad. de méd. de Paris, Mai 1914. (Rev. de chir. 34e année Nr. 6, p. 869.)

Vortr. berichtet über das therapeutische Verfahren der Umhüllung von Wunden, Geschwüren, Verbrennungen, rheumatischen, gichtischen, arthritischen Extremitäten mit flüssigem Wachs von 50–80°, das unter dem Namen Kerithérapie bekannt ist und sehr befriedigende Resultate gibt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

Niederlandsche orthopaedische Vereeniging.

Versammlung am Sonntag den 28. Juni 1914 in Amsterdam.

Vorsitzender Herr Dr. C. B. Tilanus jr.

Herr **C. B. Tilanus**, Trapeziuslähmung.

Herr **Tilanus** demonstriert einen Patienten, welcher zu ihm kam wegen Schiefwuchses. Die Wirbelsäule war normal. Die rechte Schulter war etwas gesenkt, dagegen stand das untere Schulterblatt zu hoch. Das ganze Schulterblatt war gedreht, der obere mediale Teil des Schulterblattes prominerte stark und machte den Eindruck einer Rückengeschwulst.

Herr **Werthelm Salomonson** hatte die Liebenswürdigkeit, den Patienten zu untersuchen, und stellt die Diagnose auf Trapeziuslähmung. Das Schulterblatt zeigt bei Röntgenuntersuchung normale Kuturen. Es war nicht möglich, Aufschluss darüber zu erhalten, wie die Deformität entstanden war. Behandlung mit Heilgymnastik.

Diskussion. Herr **Jansen** fragt, ob Zusammenhang besteht zwischen Sprengels Deformität und Trapeziuslähmung.

Herr **Tilanus** kennt keinen Zusammenhang.

Herr **Tilanus**: Conaukylosebehandlung. Die operative Ankylosebehandlung war ein Hauptthema des letzten französischen Chirurgenkongresses. Mit der blutigen Wiederherstellung des Hüftgelenkes erzielt man jedoch mangelhafte Resultate.

Redner meint, dass unser Hauptzweck immer bleiben müsse, dem vertieften Hüftgelenk eine gute Stellung zu geben.

In letzter Zeit wurde in der Narkose vorsichtig durch manuelles Redressement die gewünschte Stellung erreicht. Mit dieser Lorenzschen Methode hat man vorzügliche Resultate erzielt. Viele Autoren verwerfen diese Behandlungsmethode wegen der Gefahr für die Patienten. Die Methoden **Dollingers** und **Dittels**, die mittels eiserner Stäbe redressieren, treten mehr in den Vordergrund, ebenso wie die Methode **Lameys**, der partiell einen Gipsverband anlegt, unter Aethyl-Chloridbetäubung redressiert und dann den Gipsverband fertig macht. Redner behandelte ein Mädchen von 17 Jahren mit rechtwinkliger Ankylose. Erst wandte er drei Wochen lang einen kräftigen Zugverband an, wodurch die schlechte Stellung um 20 Grad besser wurde. Hieraus ergab sich, dass keine ossäre Ankylose vorhanden war. Unter Skopolamine-morphine-Rausch wurde weiter redressiert, wobei das Becken durch maximale Biegung

in das gesunde Hüftgelenk fixiert wurde. Nachdem eine Streckung von etwa 50 Grad erreicht worden und die Länge der beiden Beine dieselbe geworden war, wurde ein Gipsverband angelegt. Redner weist darauf hin, dass beim Redressement allgemeine Narkose nicht nötig sei. Vorstellung der Patientin.

Diskussion. Herr **Alvares Correa** sagt, dass die vom Redner angewandte Fixation von **Gersung** beschrieben worden sei. Bei ossärer Ankylose müsse man osteotomieren, bei weniger fester Ankylose könne man redressieren.

Herr **Timmer** sagt, dass viele die Dittelschen Stäbe nicht mehr anwenden, weil wir bessere Beckenstützen hätten. Er korrigiert in vielen Fällen ohne Osteotomie.

Herr **Jansen** wünscht keine Narkose beim Redressement, damit man bestimmter wisse, wie weit man in einer Etappe gehen könne. Bei Spondylitis gebrauchen wir auch keine Narkose.

Herr **Milatz** sagt, dass schon **Silberstein** darauf hinwies, dass nach einem Gipsverband besser redressiert werden könne.

Herr **Timmer** sagt, dass man floride und geheilte Tuberkulose unterscheiden müsse. Bei geheilter Tuberkulose sei Redressement unter Narkose nicht so gefährlich.

Herr **Jansen** sagt, er redressiert nur bei geheilter Tuberkulose. Immer müsse man die Körpertemperatur kontrollieren.

Herr **C. B. Tilanus**: Klebepflasterverband bei hysterischem Schulterblatt-hochstand. Herr **Tilanus** demonstriert seinen redressierenden Klebepflasterverband.

Diskussion. Herr **van Assen** sagt, dass die Psychotherapie ohne lokale Behandlung bei psychogenen Krankheiten sehr nützlich sei.

Herr **J. van Assen**. Ueber Gelenkmäuse. Wir kennen verschiedene Ursachen von Gelenkmäuseerscheinungen, d. h. Einklemmungserscheinungen. Die abgerissene Kniemeniskus ist die bekannteste. Weiter die gewucherte Plicae adiposae des Kniegelenkes. (Hoffa. Redner demonstriert von ihm extirpierte Plicae adiposae, wonach die Einklemmungserscheinungen sich nicht mehr zeigten. Auch ein zu langes Ligamentum cruciatum kann Mäuseerscheinungen verursachen. Weiter spricht Redner über einen Fall echter Gelenkmäuse, welchen er behandelt hat. Die Röntgenabbildungen zeigen einen 4 Zentimeter langen und 3 Zentimeter breiten Fremdkörper in dem Recessus subcruralis und einen kleineren in der Nähe der Beugesehnen. Es war sehr leicht, den grossen Fremdkörper operativ zu entfernen; der kleinere wurde nicht gefunden. Der Patient genas. Aus der chemischen und mikroskopischen Untersuchung von **Dr. Grutterink** und **Dr. Josselin de Jong** ergab sich, dass der Fremdkörper viel kohlensauren Kalk enthielt, und dass er nach Entkalkung aus Knorpel bestand, mit einem knöchernen Kern. Die Knorpelzellen sind an mehreren Stellen tot und fettig degeneriert. Bei mikroskopischer Untersuchung der Kapsel zeigte sich eine chronische Entzündung.

Der Entstehungsmodus dieser Gebilde wurde vom Redner besprochen und die Meinungen **Vollbrechts**, **Königs**, **Ludloffs** ventiliert. **Barth** meint, dass diese Gebilde sich nur im Zusammenhang mit der Gelenkkapsel entwickeln könnten und sich nachher davon trennten. Herr **v. Assen** stimmt **Schmieden** bei, wo dieser sagt, dass die Gelenkmäuse im Synovium wachsen könnten. Er stützt sich auf die Beobachtungen **Carrels** bei Züchtung von Körpergewebe ausserhalb des Körpers. Bei Tierexperimenten wurden freie Stücke Knochen oder

Knorpel in ein gesundes Gelenk resorbiert. Die Frage, ob die komplizierende Arthritis deformans sekundär ist, muss unentschieden bleiben.

Diskussion. Herr Jansen glaubt an die Möglichkeit, dass um einen Fremdkörper ein Gelenk sich selber herumgruppieren, wodurch eine Gelenkmaus entsteht.

Herr W. F. J. Milati. Etwas über Korsette und Rumpferunstaltung. Bei den Methoden nach Abbott und Mackenöle Forbes ist folgendes zu berücksichtigen: 1. Ein krummer Stab lässt sich bequemer tordieren als ein gerader. 2. Ein Teil der Biegung geht in die Streckung der Hüften verloren. 3. Der Thorax dreht sich zurück, nur die eingefallene Hälfte kann sich heben, die gewölbte wird heruntergedrückt gehalten. 4. Die gebogene Haltung widerstrebt im Vorteile der Korrektur der Drehung des Schultergürtels dem Fusstrapez gegenüber. Ein Teil der Korrektur geht in die Weichteile verloren. Die Korrektur vollzieht sich in der Länge von den Füßen bis zum Kopfe. 5. Der Bauch wird durch die Flexion verkleinert, die thoracale Inspiration nimmt zu. (Demonstr. eines Modells mit beweglichem durchsichtigem Thorax und wassergefülltem Gummibauche). 6. Die Uebereinstimmung in Abbotts und Mackenöle Forbes Methode liegt in der Flexionsstellung und der Ueberkorrektur des Schultergürtelstandes dem Becken gegenüber. 7. Extension ist nicht ausgeschlossen. Längszug und seitlicher Druck unterstützen einander. 8. Auch die sonstigen Verbandmethoden kommen für die Biegungsprinzipien in Betracht. Gipskorsette fertigt M. nach entsprechend geänderten Modelle an, die Vollendung geschieht beim Anlegen. Er schlägt vor, die Filzverwendung durch Talk zu ersetzen. (In Breiform in Kissen unter den Verband gespritzt.) Zellon- und Zelluloidverbände werden mit Holzplatten und Geweben (nicht Trikot) steif gemacht. Lederüberzug verringert die Feuersgefahr. Für Fälle, die der aktiven Korrektur am nächsten stehen, werden Gewebekorsette angefertigt nach korrigierten Gipsmodellen.

Diskussion. Herr Tilanus fragt, was Zellon sei. Herr Milati sagt, dass dies Fabrikgeheimnis sei. Man könne es mit Azeton festkleben.

Herr Timmer fragt, wie Milati erkläre, dass F. und A. eigentlich dasselbe machten.

Herr Milati sagt, dass beide tatsächlich die Schulter der konvexen Seite der Skoliose rückwärts drehen in Bezug auf das Becken.

Herr Alvarez Correa meint, Abbott korrigiere nur die Verunstaltung des Brustkorbs. Abbott macht die Vorderseite des Korsetts an der Seite des Rippenbuckels stark.

Herr Milati bringt das Schulterband nur an der konvexen Seite an.

Herr Jansen pflichtet Milati bei, wo dieser erklärt, dass die Wirkung des Abbottschen Gipskorsetts sei das Entstehen einer Torsion infolge des Aufrichtens des Rumpfes aus der vornübergebeugten Haltung.

Herr Tilanus erinnert an Mencières, der die Patienten eingipst, während sie vornübergebeugt an einem Pulte sitzen.

Hierauf wird die Versammlung geschlossen.

M. Alvarez Correa.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpinus in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

- 1) **Brackett.** The use of iodoform oil in joints. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX. Nr. 23, p. 873.)

Verf. rät auch zur Jodoformölinjektion im Gelenke einen Schnitt zu machen, erstens wegen der Uebersicht und zweitens zur Entnahme von Untersuchungsmaterial. Diese Behandlungsart ist geeignet für alle Fälle, bei denen die Gelenkenden nicht beteiligt sind, und nur die Kapsel affiziert ist. Besonders anzuwenden in Fällen mit alten Adhäsionen, die gelöst werden und wo die Flächen durch das Jodoformöl auseinandergehalten werden müssen, ebenso bei akuten Infektionen (Neisser, tuberkulöse Synovitis im Anfang, ausgewählte Fälle von chronischer Arthritis.) Das Gelenk soll nie ganz immobilisiert werden, sondern bald vorsichtig bewegt und massiert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 2) **Meyer und Kohlschütter.** Ueber echte Erfrierungsgangränen im bulgarisch-türkischen Krieg. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 127. H. 5/6. p. 518.)

Verf. bekamen zahlreiche Erfrierungsgangränen der Extremitäten in Behandlung bei sonst gesunden Soldaten, welche von Schnee und Kälte überrascht bis 48 Stunden in ihren Schützengräben verbleiben mussten, ohne die durchnässten und durchfrorenen Kleider und Fussbekleidungen wechseln zu können. Die Mehrzahl der Kranken, welche erst nach einer Woche in Behandlung kamen, zeigten Nekrosen der Kutis, Subkutis, Sehnen, Faszien, Muskeln und Knochen. An den Händen handelte es sich meist um trockene Gangrän, an den Füßen um feuchte, welche häufig zu Infektion führte. Die Diagnose des Erfrierungsgrades in der Tiefe liess sich aus dem Bilde der Hautgangrän stellen, während eine Blutung bei Probeinzision kein Beweis für noch lebendes Gewebe ist. Die Therapie bestand bei feuchter Gangrän in frühzeitiger Abkneifung oder Exartikulation der gangränösen Partie, sowie in Spaltung vorhandener Phlegmonen. Exartikulation des ganzen Fusses wurde nur bei drohender Sepsis ausgeführt. Grosse Hautdefekte der Fusssohle verheilten auffallend schnell durch Granulation und es bildeten sich solide Narben, welche ein beschwerdefreies Gehen ermöglichten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 3) **Ed. Stierlin und Vischer.** Chirurgische Beobachtungen auf allen Etappen im serbisch-türkischen Kriege 1912—1913. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 131, H. 3—4, p. 311.)

Vv. konnten unter anderem sehr lange Schusskanäle beobachten (infolge Liegens bei der modernen Kriegsführung) z. B. Einschuss an der Skapula, Ausschuss an der Wade etc. Erfrie-

rungsgangrän kann auch ohne Frostwetter durch langes Stehen in Strümpfen entstehen und bei schlecht Ernährten. Einer der Verf. konnte auch seinen Spezialinteressen, dem Auffinden traumatischer Neurosen bei erschütternden Ereignissen, Genüge leisten. Die beobachteten Schussverletzungen des Rückenmarks bestanden nur in leichteren Kontusionen, Hämatomyelie, ohne direkte Schusswunden oder Verletzungen der Medulla und der Wirbel. Die Paresen und Paraplegien gingen allmählich spontan zurück. Von 14 beobachteten Nervenschüssen betrafen 6 den Radialis, 3 den Armplexus, 3 den Ischiadikus, 1 den Ulnaris. Konservative Behandlung. Bei Gelenkschüssen handelte es sich hauptsächlich ums Knie. Keine Vereiterung oder Ankylosierung. Jedes Mal Hämarthros. Auffallend gute Heilresultate. Auf serbischer Seite wurden die einfachen Schusswunden der Extremitäten mit Bestreichen der Wundumgebung mit Jodtinktur und aseptischem Verband behandelt. Die Schweizer zogen Mastisolverbände vor und hatten mit der allgemein konservativen chirurgischen Behandlung die besten Erfolge. Warnung vor zu tiefem Tamponieren blutender Wunden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

4) **Hagentorn.** Ueber Schussverletzungen im Frieden
(Dtsche. Ztschrft. f. Chir. Bd. 128. H. 5—6, p. 433.)

Verf. teilt unter anderen Verletzungen aus den russischen Revolutionsjahren 1905 und 1906, Beobachtungen von Schüssen in grosse Gelenke, Knochenschüssen (Diaphysen) und Nervenläsionen n. radialis) mit, die alle bei entsprechender Behandlung gut heilten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

5) **O. Polák.** Behandlung maligner Tumoren mit Dialysaten. (Casopis lékařů českých. 1914, Nr. 33.)

Das Autodialysat wurde in der Weise bereitet, dass Teile des Tumors und der regionären Lymphdrüsen in einer Porzellschale aseptisch zerrieben, hierauf zwei Tage lang in physiologischer Lösung maceriert, filtriert und zweimal bei 56° C. sterilisiert wurden. Behandelt wurden 8 Fälle von Karzinom und ein Sarkom. Die Flüssigkeit, für deren Konzentration jedes Kriterium fehlte, wurde zuerst in Mengen von 5—10—15 ccm pro Woche intramuskulär injiziert. An der Injektionsstelle trat eine Schmerzhaftigkeit auf, die nach 1—2 Tagen verschwand, ein Abszess entstand nie; bei 2 Fällen waren subfebrile Temperatursteigerungen vorhanden. Da die Resultate unbefriedigend waren, ging P. zur intravenösen Applikation über und injizierte jeden Tag oder jeden zweiten Tag 1—5 ccm. Eine Reaktion stellte sich überhaupt nicht ein. Doch waren auch

bei dieser Anwendungsweise die Erfolge nicht besser. Trotzdem setzt der Autor die Versuche fort. G. Mühlstein, Prag.

- 6) **Lothrop.** The use of a section of the scapula in correcting a nasal deformity. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXI. Nr. 8, p. 303.)

Verf. berichtet über einen kosmetisch sehr günstigen Ersatz eines gebrochenen Nasenbeins durch ein Stück Knochen mit Periost vom freien vertebralen Rand der Skapula. Die Periostbedeckung auf beiden Seiten ist ein sehr günstiger Umstand, der Knochen lässt sich an der Skapula sicher und gefahrlos entnehmen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 7) **Rehn und Miyauchi.** Das kutane und subkutane Bindegewebe in veränderter Funktion. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 1, p. 1.)

Vv. stellten Versuche an Tieren (Hunden) an über die veränderte Funktion des überpflanzten Bindegewebes und wandten ihre Erfahrungen auch praktisch am Menschen an. Gleich wie das Material verwendet wurde (als gedrehter Strang, als einfacher Streifen oder als Platte), es heilte immer reizlos ein. Auch funktionell bewährte es sich als Ersatz für Sehne und bei Pylorusplastik (als riemenförmiges Verstärkungsband). Das Bindegewebe stand in nichts dem Sehnen- und Fascienmaterial, als Autoplastik verwendet, nach.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 8) **Kleinschmidt.** Experimentelle Untersuchungen über den histologischen Umbau der frei transplantierten Fascia lata und Beweis für die Lebensfähigkeit derselben unter Heranziehung der vitalen Färbung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. H. 4, p. 933.)

Versuche an Kaninchen und histologische Untersuchungen: die Fascie wurde in ihrer Längsrichtung in einen Defekt des m. quadriceps eingepflanzt, in ihrer Querrichtung, und einfach ohne jede funktionelle Inanspruchnahme unter die Haut. Resultat: Fascie bleibt am Leben, die vitale Färbung zeigt keine diffus gefärbten Zellen oder Zellabschnitte. Durch funktionelle Beanspruchung wird die Fascie in der Zugrichtung umgebaut, was man etwa in der 4. Woche nach der Implantation mikroskopisch beobachten kann. Bei Defekten im Bewegungsapparat implantiere man daher die Fascie in ihrer Längsrichtung, da so die kräftigsten Sehnenbündel und elastischen Fasern verlaufen. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 9) **Kaerger.** Ueber die Behandlung von Muskelbrüchen durch freie Faszientransplantation. Med. Ges. zu Kiel. 9. 7. 1914. (M. m. W. 1914. Nr. 51.)

7*

Die Naht des Faszierrisses mit oder ohne keilförmige Exzision des vorgewölbten Muskelbauches führt selten zur Heilung, eine Ausnahme bilden die Muskelbrüche im Bereiche der Bauchmuskulatur. K. zeigt einen Fall, bei dem 4 Muskelbrüche der Rektus-scheide mit Erfolg operiert wurden, und einen andern mit Bruch des M. semimembranosus in der Kniekehle. In einem gleichen Falle sowie bei Brüchen des Tibialis anticus, und der Extensoren am Unterschenkel, traten nach der Naht immer Rezidive auf. Bei einem besonders schweren Fall von traumatischem Muskelbruch am Unterschenkel transplantierte K. ein Stück der Fascia lata auf die zerrissene Fascia cruris, so dass deren Lücken überdeckt wurden. Der Patient wurde völlig beschwerdefrei und militärdienstfähig. In einer Reihe anderer Fälle konnte K. die Operation mit gleichem Erfolg ausführen.

M. K.

10) **Läwen und Jurasz.** Experimentelle Untersuchungen über die freie Uebertragung von Muskelstücken aufs Herz und in einige andere Organe zum Zwecke der Blutstillung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 4, p. 955.)

Vv. machten Versuche an Kaninchen, indem sie den Tieren Herzwunden beibrachten und diese durch Muskelstückchen aus der Brustmuskulatur zum Verschluss brachten, worauf die Blutung immer prompt stand, und das Herz seine Tätigkeit nie aussetzte. Das überpflanzte Muskelstück verfiel der Nekrose, wurde aber durch Bindegewebe ersetzt. Weitere Versuche wurden unternommen von Implantation von Muskelstücken in die Leber, Niere, Markhöhle der Tibia und ins Gehirn. Am ausgesprochensten war die blutstillende Wirkung bei Transplantation in Nieren- und Leberwunden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

11) **Delbet.** Les greffes de caoutchouc. Acad. de méd. de Paris, Mai 14. (Rev. de chir. 34e année Nr. 6, p. 867.)

Votr. berichtet über seine Erfahrungen mit Implantation von Kautschukplättchen, z. B. zur Verstärkung von Wandungen nach Hernienoperationen. Der Kautschuk wird gut toleriert, macht keine Entzündungs- oder Reizerscheinungen. Fieschi braucht Kautschukschwämme: die Poren sollen von Granulationen durchwachsen werden. Ueber die Brauchbarkeit dieser Methode müssen erst weitere Versuche entscheiden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Greene.** A case of femoral hernia treated by bone-transplantation. (The Lancet. 18. VII. 14, p. 155.)

Ein Stück der 11. Rippe wurde subperiostal exzidiert, gespalten. Nach erfolgter Hernienoperation wurden die Knochenplatten in Taschen eingefügt, die ins Periost der Schambeinrückseite gemacht worden waren. Der Femoralkanal war so sicher verschlossen, und die Knochenstücke heilten gut ein. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 13) **Albee.** The inlay bone graft in fresh fractures. (The New-York med. Journ. Vol. XCIX. Nr. 21, p. 1020.)

Wie man bei nicht vereinigten Brüchen gelernt hat, sich der Bolzungsmethode mit Erfolg zu bedienen, um eine gute Stellung und reichliche osteogenetische Tätigkeit des Knochens zu erlangen, so bedient man sich derselben mit gutem Resultat auch bei frischen Frakturen. Der Bolzen kann vom gebrochenen Knochen, statt wie sonst von der crista tibiae, genommen werden. Beschreibung der Technik.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 14) **Colt.** Three cases of fracture in the neighbourhood of joints treated by plating. (The Brit. med. Journ. 4. VII 14, p. 4.)

Verf. teilt seine Erfahrungen von Plattenbehandlung bei komplizierten Brüchen (Ellbogenbruch, Knöchelbruch, komplizierter Unterschenkelbruch) mit, die alle sehr befriedigende Resultate zeigten. Röntgenbilder.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 15) **Wenglowski.** Malignant tumours of bones: a new method in conservative operative treatment. The Lancet. 16. V. 14. p. 1391.)

Verf. schlägt vor, statt einen Knochendefekt nach Entfernen von malignen Massen durch gesundes Transplantat zu ersetzen, nach Reinigung der Weichteile und Abkratzen kranker Partien am Knochen, den man wie zur Resektion entblösst hat, diesen mit Dampf unter hohem Druck zu sterilisieren. Beschreibung des dazu nötigen Apparates, des Schützens der Weichteile vor Verbrennungen etc. Diese Methode ist einfacher als Resektion oder Transplantation und hat den Vorteil, dass der „tote“ Knochen (alle Zellen, aber auch die vorhandenen Krankheitserreger werden abgetötet) in seinem natürlichen Kontakt bleibt. Tabelle der zur Sterilisation verschiedener Knochen nötigen Temperaturen (von der Knochenmarkshöhle aus bestimmt.)

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 16) **Banroft.** The process of bone repair following trauma. (The Amer. Journ. of the med. Sciences, Vol. CXLVII., No. 6, p. 809.)

Verf. untersuchte bei Hunden nach herbeigeführter Knochenverletzung mikroskopisch die Knochenneubildung 1. wo das Periost entfernt worden war, 2. wo es mit der umgebenden Bindegewebskapsel in Zusammenhang blieb. In ersterem Fall erfolgte der Ersatz des Defektes vom Mark aus, im zweiten war eine Metaplasie der Bindegewebszellen in osteogenetische zu beobachten, so dass nach diesen Untersuchungen dem Periost eher eine begrenzte, formerhaltende, blutversorgende Rolle zuzukommen scheint, als eine aktiv neubildende.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 17) **Heineke.** Die Einpflanzung des Nerven in den Muskel.
(Arch. f. klin. Chir., Bd. 105, H. 2, p. 517.)

Am Kaninchen implantierte Verf. in einen gelähmten Muskel einen benachbarten motorischen Nerven mit seinem zentralen Ende und stellte dadurch, auch bei Muskeln, die schon eine Zeit lang gelähmt waren, eine funktionelle Nervmuskelerbindung her. Die Neurotisierung des gelähmten Muskels durch die direkte Nerven-einpflanzung gelingt ausserordentlich leicht und sicher und anscheinend von jeder beliebigen Stelle des Muskels aus. Beim Menschen wurde ähnliches durch v. Hacker ausgeführt. Ein Einwachsen funktionsfähiger motorischer Nerven in einen gelähmten Muskel ist auch dadurch zu erzielen, dass man den gelähmten Muskel breit anfrischt und mit einem ebenfalls angefrischten gesunden Muskel vernäht. Einem normalen, noch mit seinem Nerv in Zusammenhang stehenden Muskel gelingt es nicht, noch einen zweiten Nerven zuzuführen. Praktisch wichtig sind diese Experimente für die unbeabsichtigte Abtrennung von Muskelästen bei Operationen und bei isolierter Lähmung einzelner Muskeln. Für ausgedehntere Lähmungen grösserer Muskelgruppen (z. B. spinale Kinderlähmung) lässt sich die Methode aber nicht verwenden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 18) **Cotte.** Résultats actuels des sutures nerveuses. Soc. de chir. de Lyon 26. II. 14. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 871.)

Bericht eines Falles von Nerven-naht des radialis nach traumatischer Durchtrennung desselben. 1 Jahr nachher schon beinahe alle Bewegungen auszuführen möglich, 18 Monate nach der Operation wird das Handgelenk gut gehoben und die Finger gestreckt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 19) **Leriche.** Radicotomie par le procédé de Van Gehuchten pour paralysie spasmodique. Soc. de chir. de Lyon. 19. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 127.)

Bei einem 16jährigen Jungen mit starker spastischer Kinderlähmung, die ihn seit 2 Jahren ans Bett fesselte, wurden vergeblich multiple Tenotomien gemacht, schliesslich die Codivilla-Van Gehuchten'sche Operation: Aufsuchen des Conus terminalis und Durchschneiden einiger radikulärer Bündel. Wegen einer starken Arachnoiditis mit Verwachsungen konnte die Operation nur auf einer Seite vollständig gemacht werden. Die Tenotomie der Achillessehne wurde angeschlossen. Der Kranke kann jetzt auf Befehl die Beine heben, nach aussen, nach innen, nach unten bewegen. Gehen kann er vorläufig noch nicht, das wird aber voraussichtlich auch bald kommen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 20) **Jones.** The surgical treatment of infantile paralysis.
(The Lancet. 30. V. 14. p. 1515.)

Verf. bespricht zusammenfassend Allgemeinbekanntes über die chirurgische Behandlung der Kinderlähmung: die Frühbehandlung,

Möglichkeit des Sicherholens der Muskeln, die funktionelle Paralyse der Muskeln, den Zustand des ganzen Nervenmuskelapparates, die Nachbehandlung, die operative Korrektur der Deformitäten: Sehnenüberpflanzung, künstliche Ligamente, Tendopexie, Arthrodesse, Nerven-naht.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 21) **Batten.** Further note on the use of celluloid splint in the treatment of acute cases of poliomyelitis. (The Lancet. 25. VII. 14., p. 216.)

Schon vor 2 Jahren sprach sich Verf. sehr lobend über die Celluloidschienen bei Poliomyelitis aus, die er ca. 3 Monate nach Beginn der Erkrankung anlegen lässt, und kann durch neuere Beobachtungen nur noch weiterhin seine Zufriedenheit ausdrücken. Die Schienen halten die erkrankten Muskeln in entspannter Stellung fixiert, verhindern die Ausbildung einer Difformität und geben dem Patienten die Möglichkeit, sich frühzeitig zu bewegen. Beschreibung der Herstellung der Schienen durch das Pflegepersonal.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 22) **Wolf, F., Heinrich** (New York.) Ein Vergleich der Ataxiebehandlung nach Frenkel und Maloney. (Zschr. f. physikal. und diätet. Therapie, 18. Band 1914, 8. Heft August 1914.)

Wolf will bei der Behandlung der Ataxie nach Frenkel einen Erfolg derart, dass der Gang des Ataktikers nur annähernd dem des Normalen glich, nicht gesehen haben. Er hat dann ferner die Erfahrung gemacht, dass Tabetiker, die bei Licht gut gehen können, im Dunkeln völlig inkoordiniert sind, weil hierbei die früher geübte Kontrolle durchs Auge fehlt. Maloney beobachtete nun, dass der blinde Tabetiker nur selten ataktisch ist, indem allein die sensiblen Reize, die von den unteren Extremitäten zum Zentralorgan zuströmen, ohne Unterstützung durch das Sehorgan den Gang kontrollieren. Ferner soll das Gefühl der Furcht den Ataktiker hindern, seine Muskeln besser zu beherrschen. In der Angst, zu fallen, spannt er seine Muskeln krampfhaft an, und macht unzweckmässige Bewegungen. Diese Erfahrungen macht Maloney sich zu Nutzen. Sein Verfahren beginnt damit, dass der Kranke unter Ausschaltung des Augenlichtes lernt, seine Muskeln zu entspannen. Nach einigen Sitzungen werden passive Bewegungen langsam vorgenommen, zunächst an den Füßen. Der Kranke darf hierbei nicht widerstreben. Er soll sich bemühen, eventuelle Empfindungen, die bei diesen Bewegungen ausgelöst werden, in sich aufzunehmen. Weiter folgen dann passive Bewegungen gegen Widerstand, aktive Bewegungen mit und ohne Leitung, schliesslich aktive Bewegungen gegen Wider-

stand. Gleichzeitig wird mit Gehübungen begonnen. Zunächst kriecht Patient mit verbundenen Augen auf allen Vieren nach Kommando entlang einem am Boden gelegten Streifen. Dann muss der Kranke sich knieend fortbewegen, um zuletzt zum aufrechten Gang überzugehen. Grossen Wert legt Maloney auf geeignetes Schuhwerk. Er stellt Modelle mit und ohne Belastung des Fusses her, nach denselben dann erst der geeignete Schuhleisten angefertigt wird. Diese Behandlung Maloneys soll die Ataktiker in den Stand setzen, ohne Stock, ohne zu wanken, selbst im Dunkeln sicher zu gehen.

Goerres, Heidelberg.

23) **Turner, H.** Ueber Fettembolie bei orthopädischen Operationen. (Arch. f. Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie 1914. XIII. Bd., 4. Heft.)

Turner teilt 4 Krankengeschichten von Fettembolie mit und geht dann auf die eigentliche Ursache des Todes ein. In den Lungenkapillaren kann die Fettembolie nicht so stark sein, dass sie tödlich wirkt. Der Tod erfolgt durch Embolien des Zentralnervensystems mit den hierbei erzeugten krankhaften Veränderungen der Nervensubstanz. In den Lungenkapillaren wird zunächst das Fett festgehalten, sodass es nicht zum Gehirn kann. In kleinen, unschädlichen Mengen gelangt es dann in den grossen Blutkreislauf, um in den Nieren wieder ausgeschieden zu werden. Durch Zufälligkeiten aber, wie plötzliche Erregung seelischer Art, Schmerzen beim Verbandswechsel, kann das in der Lunge festgehaltene Fett plötzlich in grosser Menge gelöst werden, zum Gehirn gelangen und so den Tod herbeiführen. In ähnlicher Weise erklärt sich auch die Wiederholung der Krampfanfälle. Als Behandlung kommt Ruhe und Injektion von Morphinum in Betracht.

Goerres, Heidelberg.

24) **Piqué.** Torticollis congénital. Acad. de méd. de Paris. Mai 1914. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 869.)

Mitteilung eines Falles von angeborenem Schiefhals, der durch Resektion eines Teiles des Sterno-cleidomastoideus ohne jede mechanotherapeutische Nachbehandlung geheilt wurde.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Scholder, Dr. Weith.** Besprechung der Arbeit Jehles: Ueber Albuminurie, klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der orthostatisch lordotischen und nephritischen Albuminurie. (Arch. f. Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie XIII. Bd., 4. Heft.)

Scholder und Weith gelangen durch ihre Untersuchungen im wesentlichen zu derselben Anschauung über die orthostatisch-lordotische Albuminurie wie Jehle. Sie ist keine eigentliche Krankheit, sondern ein Symptomenbild, das durch dieselben Bedingungen auch

beim Gesunden hervorgerufen werden kann. Nur die Lordose mit der stärksten Ausbiegung in der Höhe des XII. Brustwirbels und I. und II. Lendenwirbels erzeugt auf Druck durch auf die Vena cava inf. venöse Stauungen in den Nieren und Eiweissausscheidung durch den Harn. Die Ansicht Politzers, dass die Eiweissausscheidungen Folgen einer Schwäche des Lymphsystems des hinteren Rachenraumes seien — die meisten Fälle von lordotischen Albuminurien leiden an Tonsillitis chron. — erscheint den beiden Verfassern zu wenig bewiesen. Orthostatische und lordotische Albuminurie ist dasselbe. Die Folgen der Stauung in den Nieren sind abhängig von der Funktionstüchtigkeit der Nierenkapsel, indem eine schwache Kapsel die Stauungserscheinungen nicht hindert, eine starke sie hintan hält. So erklärt sich die Erscheinung, dass besonders bei Kindern von 11—13 und 15 Jahren die lordotische Albuminurie auftritt. In diesen Jahren des grössten Wachstums kann die Bildung der elastischen Fasern der Kapsel zurückbleiben. Vielleicht haben die Kinder, bei denen die Krümmungsversuche der Wirbelsäule keine Eiweissausscheidungen erzeugen, sehr gute Nierenkapseln.

Prognose ist günstig bei geeigneter Behandlung. Es wurden aber Fälle beobachtet, die trotzdem in chron. Nephritis übergingen. Leichter sind die Fälle, bei denen der Eiweissgehalt während des Tages schwankt, schwerer diejenigen mit konstanter, wenn auch geringerer Eiweissmenge.

Therapie: Keine Bettruhe (Schwächung der Rückenmuskulatur), Bewegungen auf unebenem Boden, gymnastische Uebungen und ein Mieder, welches der Lordose entgegenarbeitet.

Goerres, Heidelberg.

26) **Stock, J., Dr.** Die Schulterskoliose. (Casopis lékařů českých. 1914. Nr. 10.)

Autor konstatierte bei der Hälfte der Schulkinder Skoliose. Die Disposition zu derselben bringt das Kind in die Schule mit, das lange Sitzen befördert die Entwicklung der Defformität, besonders, wenn sich das Kind schlecht hält. Zur Verhütung der Skoliose macht St. folgende Vorschläge: Die Unterrichtsdauer wird abgekürzt; die Pausen sind zu ausgiebigen Bewegungen im Freien auszunützen; täglich eine Stunde Turnunterricht; die Beleuchtung der Bank muss gut sein, damit das Kind nicht gezwungen wird, eine schlechte Haltung einzunehmen; der Lehrer hat die Körperhaltung zu beaufsichtigen, da auch die beste Bank die schlechte Haltung nicht sicher verhütet. — Die meisten Skoliosen bessern sich im Laufe der Zeit auch ohne Behandlung; sie können auch

vollständig verschwinden. Nur $\frac{1}{10}$ der Fälle zeigt einen progressiven Charakter.

G. Mühlstein, Prag.

27) **Sever.** A report of the scoliosis clinic of the children's hospital, Boston. (New-York med. Journ. Vol. XCIX, Nr. 25 p. 1217.)

Verf. gibt eine statistische Uebersicht der Skoliosenbehandlung im Bostoner Kinderspital von 1903—1913, geht auf die Aetiologie der Fälle ein, gibt Abbildungen der Kranken vor und nach der Behandlung. Er persönlich zieht die alte Suspension am Kopf den Methoden von Abbott und Forbes (Rotation) beim Anlegen und Modellieren des Gipskorsetts nach seinen Erfahrungen vor.

Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Nieod.** Traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott. Soc. méd. du canton de Fribourg 26. IV. 14. (Rev. méd. de la Suisse Romande 1914, Nr. 5, p. 370.)

Allgemeine Besprechung der Grundsätze der Methode, Schemata, Photographien von Kranken. Votr. spricht sich nach persönlichen Erfahrungen lobend über die Behandlungsweise der Skoliosen nach Abbott aus.

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Vignard.** Traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott. Soc. de chir. de Lyon. 19. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 126.)

Im Anfang fehlte dem Votr. zur Ausführung der Skoliosenredression nach Abbott der Rahmen, er erzielte aber auch sonst günstige Resultate, indem er das Hauptprinzip der Methode: die leicht ausführbare Korrektion in Flexion der Wirbelsäule berücksichtigte. Das erste so behandelte Kind zeigt auf dem Radiogramm die vollständige Korrektion der Lumbalwirbelsäule, die beinahe vollständige der thorakalen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Kirmisson.** Deux cas de tétanos mortels dans des scolioses traitées d'après Abbott. Académie de méd. de Paris, Juni 1914. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 124.)

Votr. berichtet über zwei Todesfälle an Tetanus, die in seiner Klinik bei Skoliotikern, die nach Abbott behandelt wurden, vorkamen. Die Filzstücke, die beim Redressement verwendet wurden, erwiesen sich als Träger von Tetanusreinkulturen, und diese gelangten durch kleine Hautschürfungen in den Organismus der Patienten. Notwendig scheint es demnach, die Fabrikation des Filzes hygienisch überwachen zu lassen oder den Filz, der in den Kliniken gebraucht wird, zu sterilisieren (durch Temperaturen von 120°.)

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Adams.** The causes and their relation to the treatment of lateral curvature of the spine. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX. Nr. 21, p. 786.)

Von 22 Fällen lateraler Wirbelsäulenverkrümmung, die Verf. letzthin erfolgreich behandelte und über die er berichtet, waren 14 mit kongenitaler Läsion des Ileosakralgelenks. Das Prädilektionsalter ist 10—14 Jahre. In diesem Alter nimmt das Gewicht des

oberen Rumpfteiles rapid zu, die Epiphysenkerne der crista iliaca sind noch nicht erschienen. Manchmal ist eine operative Behandlung nötig (Beseitigung eines knöchernen Hindernisses, Anstreben von Verschmelzungen der Wirbelfortsätze). Bei kongenitalen Sakraldefekten ist ein Stützkorsett angebracht, um einen Teil des Körpergewichts auf die cristae iliaca zu übertragen. Eine Suspension am Kopf ist in solchen Fällen direkt schädlich, da sie eine Vorwärtsneigung des Beckens begünstigt und gleichzeitig die Tendenz des 5. Lumbalkörpers, nach vorn vom Sakrum hinabzurutschen. Röntgenbilder sind in allen Fällen von grösster Wichtigkeit.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 32) **Japiot et Santy.** Deux cas de malformation de la 5^e vertèbre lombaire Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 876.)

Vv. zeigen die Röntgenbilder zweier Patienten mit Missbildung der proc. transversi der 5. Lumbalwirbel, die mit dem Flügel des Kreuzbeins artikulieren. Die Radiographie gibt in solchen Fällen Aufschluss über die Ursache der Schmerzen, die sonst einem malum Potti oder Ischias zugeschrieben werden. Beziehungen dieser Missbildung zur Skoliose müssen noch näher studiert werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 33) **Lohfeldt.** Ueber einen Fall von ungewöhnlich hochgradiger Spondylitis deformans der Lendenwirbelsäule Biolog. Abt. des ärztl. Vereins in Hamburg. 5. 5. 1914. (M. m. W. 1914, Nr. 36.)

Ein 53 jähriger Schaueremann, der trotz schwerer Arbeit nie über Beschwerden geklagt hatte, fiel plötzlich in einen Schiffsraum. Das Röntgenbild zeigte einen Bruch des XII. Brustwirbels und des Proc. transv. sin. des II. Lendenwirbels, ausserdem aber eine ausgedehnte Spondylitis deformans der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel. Diese hatte nie Beschwerden verursacht. Der Befund ist von Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Bemessung der Unfallrente.

M. K.

- 34) **Sippel.** Spina bifida occulta. (Münchener Gesellsch. f. Kinderheilk. 5. VII. 1914. M. m. W. 1914, No. 39.)

Vortr. zeigt Röntgendiapositive von angeborenen Missbildungen der Wirbelsäule, darunter 3 Fälle von Spina bifida occulta. Besonders häufig zeigt sich ein Klaffen der Bogenteile des 5. Lendenwirbels. Es handelt sich um eine wohl charakterisierte Dysplasie des untersten Rückenmarkabschnittes. In allen 3 Fällen entwickelte sich allmählich eine spastisch-atrophische Lähmung der Beine mit Klauenhohlfuss, Sensibilitätsstörungen und Blasenschwäche.

M. K.

- 35) **Ruediger, E.** Ueber isolierte Perichondritis des Processus ensiformis. (M. m. W. 1914, Nr. 43.)

Verf. hat 3 Fälle von isolierter Perichondritis des Schwertfortsatzes beobachtet. Eine bestimmte Aetiologie war nicht festzustellen. Trauma ist in zwei Fällen auszuschliessen, im dritten unwahrscheinlich; vielleicht kommt Lues in Betracht. Die Erkrankung heilte innerhalb 2—14 Tagen. M. K.

36) **Pluyette.** *Ostéomyélite costale à évolution lente.* Soc. de chir. de Marseille. (Rev. de chir. 34e, année Nr. 5, p. 701.)

Bei einem 16jährigen Jüngling trat bei vollkommener Gesundheit plötzlich vor einem Jahr Schmerz in der Seite auf. Verdacht auf Pleuritis. Allmählich trat parallel der 7. Rippe eine Geschwulstbildung ohne starke Schmerzen auf. Wurde wie ein kalter Abszess mit Injektionen behandelt. Es bildet sich eine Fistel, die sich nicht schliessen will. Mit der Sonde ist kein Knochen zu erreichen. Schliesslich wird operiert. Man gelangt nur schwer auf die Rippe, die unter einem dicken Lager infiltrierten und chronisch entzündeten Gewebes verborgen ist. Die Rippe ist hypertrophiert und bildet eine knöcherne Schale, im Innern befindet sich ein ca. 2 cm. langer Sequeter. Rippenresektion. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt es, dass es sich um eine Osteomyelitis der Rippe mit langsamer Entwicklung handelt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

37) **Ramsay Hunt.** *Syphilis of the vertebral column: its symptomatology and neural complications.* (The Amer. Journ. of the med. sciences, Vol. CXLVIII.)

Vom Knochensystem werden am häufigsten luetisch betroffen die Tibia, Klavikula und der Schädel. Die Wirbelsäule dagegen sehr selten. 4 eigene Beobachtungen. Die zervikale Lokalisation ist noch die häufigste (durch Verbreitung von pharyngealen Ulzerationen und Gummata her), die lumbale die seltenste (1 Fall). Die Symptome äussern sich als Schmerzen, Parästhesien im betreffenden Wurzelgebiet, lokalisierte Paralysen einer Extremität, die dem befallenen Wirbelabschnitt, resp. Wurzelgebiet entspricht. Rheumatoïde Schmerzen. Handelt es sich um syphilitische Periostritis und Perispondylitis, so ist der Befund auch röntgenologisch nachzuweisen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **J. Knátek.** *Zur Diagnose der ein Malum Rustii vortäuschenden Erkrankungen der obersten Halswirbel.* (Casopis lékařů českých. 1914. Nr. 24.)

Der Autor teilt 3 Fälle mit, welche beweisen, dass das für Karies der obersten Halswirbel von Rust als pathognomonisch hingestellte Symptom — steife Haltung des Kopfes, behinderte Beweglichkeit desselben und Stützen desselben zwischen beiden Händen beim Erheben und Niederlegen —, das übrigens auch schon bei Karzinom und Fraktur konstatiert wurde, auch bei rheumatischer Erkrankung des Atlas und Epistropheus, ferner bei Syphilis und Gicht vorkommen kann. Bei allen drei Fällen deckten sich die klinischen Symptome

und die Lokalität des krankhaften Prozesses. Beim ersten Falle wurde die Diagnose auf Polyarthrits rheumatica, obwohl Verdacht auf Phthise bestand, aus der gleichzeitig vorhandenen Mundsperrre, aus einer unter der Beobachtung aufgetretenen rheumatischen Erkrankung eines Interphalangealgelenks, aus der Salizylwirkung, aus der Pelissis rheumatica und hauptsächlich aus dem skiaskopischen Befunde gestellt. Das Röntgenbild zeigte nirgends einen der Karies entsprechenden Defekt, dagegen waren die Gelenkflächen des Processus articulares des 5. und 6. Halswirbels aufgefasert, der Schatten der Gelenkflächen war geritzt und das Knochengewebe unter dem Rande der Gelenkfläche verdichtet. Atlas und Epistropheus waren von einander nicht scharf zu trennen und durch zarte Schatten verdeckt. Im zweiten Falle traten die eingangs erwähnten Symptome bei einem Luetiker auf; skiaskopisch erkannte man im Atlasbogen und angrenzendem Os occipitale einen destruktiven Prozess, den man als Gumma deuten musste. Unter antiluetischer Behandlung gingen alle Erscheinungen zurück. Im dritten Falle, bei einer seit Jugend an Migräne und später an Occipitalneuralgie leidenden Frau, handelte es sich um Gicht, die unter anti-reuralgischer Behandlung sich besserte. Es ist daher bei einem jeden Fall von nicht sicherer Karies der Halswirbelsäule auch an ein Pseudomalum Rustii zu denken.

G. Mühlstein, Prag.

39) **Miller und Hervat.** A case of tuberculous disease of vertebrae complicated by an extensive acute suppurative meningitis. (The Lancet 25. VII. 14, p. 222.)

Ein Patient kam mit den Anzeichen einer akuten Meningitis in Behandlung. Man entdeckte einen Abszess am Rücken, den er schon lange Zeit hatte. Exitus. Bei der Sektion fand man in den Meningen ein dickes Exsudat, das den streptococcus mucosus enthielt. Sekundäre Infektion der Meningen vom Abszess aus mit diesem Streptococcus, ursprünglich Malum Potti mit kaltem Abszess.

Spitzer-Manhold, Zürich.

40) **Kölliker, Th.** Zur Technik der Albeeschen Operation. (M. m. W. 1914, No. 48.)

Verf. beschreibt eine Modifikation der von Albee angegebenen Operation, welche es ermöglicht, ohne dessen kompliziertes Instrumentarium auszukommen und die Operation mit den üblichen Osteotomieinstrumenten auszuführen. Der ganze Eingriff lässt sich in kurzer Zeit beenden.

M. K.

41) **Leriche.** Sur la technique de la laminectomie et de la radiotomie d'après dix-sept observations. Soc. de chir. de Lyon, 29. I. 14. (Rev. de chir., 34e année Nr. 5, p. 697.)

Vortr. braucht als Narkotikum Aether. Der Kranke wird für Lamnektomie

wie bei lumbaler Nephrektomie, den Kopf etwas tief, gelagert, das Operationsfeld mit Jod desinfiziert, die Wirbel vom 7. Halswirbel ab bezeichnet. Laterale Inzision. Abtragen der proc. spinosi an ihrer Basis, Öffnen des Wirbelkanals. Der Durasack wird an den Seiten angehackt, geöffnet. Man sieht dann gut die zu durchschneidenden hinteren Wurzeln. Resektion eines ca. 1—2 cm langen Stückes Wurzel, darauf Verschluss des Durasackes durch Knopfnähte mit Seide oder Katgut, Naht des Muskellagers darüber. Gute Erfolge in 17 eigenen Fällen. Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Leriche.** Radicotomie postérieure pour névralgie symptomatique du membre inférieur. Soc. de chir. de Lyon. 5. III. 14. (Rev. de chir. 34e année Nr. 6, p. 872.)

Bei einem 69 jährigen Kranken mit Prostatakrebs, der vor 1½ Jahren deshalb operiert worden war, durchschnitt Votr. wegen unerträglicher Schmerzen in den Beinen (infolge Ca—rezidivs) 6 hintere Wurzeln rechts, 5 links in der Höhe des Conus terminalis. Die Operation verlief glatt unter Rückenmarksanästhesie und hatte unmittelbaren Erfolg, der Kranke starb aber am 5. Tag an einer Bronchopneumonie. Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **Collins.** Fracture of a floating rib in a nonagenarian (The Brit. med. Journ. 18. VII. 14, p. 120.)

Bericht des neunzigjährigen Autors über die Fraktur einer falschen Rippe, die er sich, Blumen begiessend und auf den Rand der kleinen Treppe, die er dazu brauchte, fallend, zuzog. Schon nach 3 Wochen war der Bruch trotz des hohen Alters des Patienten geheilt und ein guter Kallus entstanden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **H. Meyer.** Ein Fall von Totalluxation der Halswirbelsäule. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 129, p. 288.)

Mitteilung einer eigenen Beobachtung von Beugungsluxation mit Verschiebung des 4. Halswirbels nach vorn bei einer Patientin nach Fall vom Stuhl und Aufschlagen des Hinterkopfes. Es bestand eine partielle Lähmung der linken oberen Extremität, die nach der Reposition rasch zurückging. Therapie: langsame und vorsichtige Suspension in der Glisson'schen Schwebe mit Gegenzug in Skopolamin-Morphin-Aethernarkose.

Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Stemmler.** Die isolierte Fraktur der Querfortsätze der Lendenwirbelsäule. Naturw. med. Ges. zu Jena. (M. m. W. 1914 Nr. 31.)

Votr. teilt 2 Fälle von Fraktur der Lendenwirbelquerfortsätze mit. Von den für diese Verletzung als charakteristisch geltenden Symptomen erkennt er nur die Einschränkung und Schmerzhaftigkeit der Beugungsfähigkeit des Rumpfes nach der gesunden Seite hin an. Die andern, Schmerzen beim Vorbeugen und Wiederaufrichten, lokale Druckempfindlichkeit, kommen auch bei einfachem Hämatom

der an den Querfortsätzen inserierenden Muskeln vor. In einem Falle von Muskelhämatom beobachtete er Schmerzhaftigkeit beim Beugen nach der gesunden Seite. Eine sichere Diagnose gibt nur das Röntgenbild.
M. K.

46) **Borchard.** Zur Chirurgie der Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 105, H. 2, p. 458.)

Verf. liefert 3 kasuistische Beiträge zu dem Thema. Der erste Fall stellt eine blutig reponierte Totalluxation der Lendenwirbelsäule (Totalluxation des 1. Lendenwirbels nach vorn ohne Knochenverletzung) dar und ist in der Literatur die erste gelungene blutige Reposition einer von schweren Marksymptomen begleiteten Luxation. Die anderen beiden Fälle sind Kompressionsfrakturen der Wirbelkörper. Der Zweck einer frühzeitigen Operation ist, das Rückenmark von gewissen Druck- und Zirkulationsschädigungen zu befreien und schnelle Regeneration einzuleiten, um sekundären Veränderungen vorzubeugen. Nur wenn eine Totalläsion nachgewiesen ist, nicht operieren, sonst immer, und zwar so bald als möglich, weil Cystitis und Pyelitis bei Rückenmarksverletzungen häufig ad exitum führen.
Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Guleke.** Zur Behandlung der Schussverletzungen des Rückenmarks. (M. m. W. 1914, Nr. 45.)

Die Prognose der Schussverletzungen des Rückenmarks gilt im allgemeinen als sehr schlecht. Wo jedoch das Rückenmark erholungsfähig ist, der Druck von Knochensplintern und Projektilen aber weiterwirkt, ist eine Operation nicht aussichtslos. Da im voraus nicht zu entscheiden ist, ob ein chirurgischer Eingriff Erfolg verspricht oder nicht, soll man alle Fälle, bei denen keine bestimmte Kontraindikation besteht, operieren. Eine häufige Komplikation bildet der Hämothorax, er ist kein Gegengrund zur Operation, ebensowenig Dekubitus und Blasenstörungen, die allerdings den Erfolg beeinträchtigen. Verf. hat unter 3200 Verwundeten 26 Rückenmarksschüsse gesehen, von denen 17 operiert wurden; 2 starben an Meningitis, 6 infolge Infektion der Harnwege, die schon vorher bestanden hatte, 4 wurden geheilt oder wesentlich gebessert; die andern 5 starben. Die Sektion zeigte aber eine Ausheilung der Rückenmarksverletzung und als Todesursache schwere Pyelonephritis, die schon bei der Einlieferung bestanden hatte. Sie hätten vielleicht bei rechtzeitiger Operation gerettet werden können. Auch bei den letal verlaufenen Fällen wurde durch die Laminektomie der Allgemeinzustand günstig beeinflusst.
M. K.

48) **Platt.** Back pain and its diagnosis. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXX. Nr. 26, p. 982.)

Verf. teilt von 32 poliklinisch behandelten Männern mit Rückenschmerzen die Aetiologie des Leidens mit: Schmerzen im unteren Teil des Rückens und im Ischiadikusgebiet bei hypertrophierender Arthritis der Lendenwirbelsäule statische Schmerzen, Spondylolythesis, Lendenwirbelkaries, Fraktur der proc.-transvers. des 3. und 4. Lumbalwirbels, infektiöse Arthritis (Neisser).

Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Moreau.** Recherches anatomo-chirurgicales sur les aponévroses de l'aisselle dans leurs rapports avec les adéno-phlegmons de cette région. (Rev. de Chir. 34^e année. Nr. 6, p. 740.)

Auf Grund eigener Forschungen über die strittige Axillaraponeurose ist Verf. dazu gekommen, die ganze Aponeurose als Fortsetzung der mittleren zervikalen anzusehen, die in die Achselhöhle hinuntergelangt, um schlingenartig die Gefässe zu umschliessen und sich den Sehnen der tiefen Muskeln der vorderen Wand anzuschmiegen, ohne mit ihnen zu verschmelzen. Wegen der zahlreichen Lymphanastomosen zwischen den verschiedenen Drüsengruppen ist es schwierig, den Verlauf einer Phlegmone einer erkrankten Gruppe zu bestimmen, aber Verf. gibt doch ein ungefähres Schema der wahrscheinlichen Verbreitung einer vorher lokalisiert gewesenen Infektion an. Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Tavernier et Challer.** Luxation ancienne de l'épaule. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 131.)

Vortr. haben drei alte Schulterluxationen (2 Tage bis 6 Wochen zurückliegend) beobachten können, eine davon konnte nach 40 Tagen ohne Schwierigkeiten reduziert werden, eine zweite (45 Tage alt) musste blutig reponiert werden, die zweitägige ergab nur ein ungenügendes Reduktionsresultat. Daraus folgt, dass bei der Verletzung weniger die Dauer als die Art der Läsionen, die die Ausrenkung bewirken, und der Vernarbungsmodus der zerrissenen Gewebe in Betracht kommt. Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **A. Reich** (Tübingen). Die schnellende Schulter. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90, p. 631.)

Verf. konnte bei einem Patienten das Symptom eines schnappenden Geräusches an einer Schulter feststellen, das auftrat, wenn der Patient unter Anspannung der Schulter- und Oberarmmuskulatur bei hängendem Arm eine Pendelbewegung von vorn nach hinten ausführte. Bei willkürlicher Muskelentspannung trat das Geräusch nicht auf. Die Operation ergab einen Spalt in der vereinigten Vorsprungssehne des Musc. coracobrachialis und des kurzen Bizepskopfes am Process. coracoid. Den Vorgang stellt sich R. so vor, dass das

Tuberculum minus bei der Innenrotation sich in der Spalte verding und der mediale Spaltrand dann als Strang über das knöcherne Hindernis ruckweise hinüberschnellte. Die Vereinigung des Spaltes durch einige Nähte liess das Phänomen des Schnappens für dauernd verschwinden.

Baisch, Heidelberg.

52) **Haehner.** Zur Luxatio claviculae retrosternalis. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 130, H. 3—4, p. 423.)

Diese Verletzung ist selten, sie kann direkt oder indirekt zustande kommen. Der Fall, den Verf. beschreibt, ist eine direkte (die seltene Form). Ein Reiter wurde nach Ausgleiten des Pferdes auf dem Pflaster aus dem Sattel geschleudert und mit klaffender Stirnwunde blutend ins Spital eingeliefert. Erst als Nebenbefund konstatierte man starke Schmerzen auf der linken Brustseite, bei Bewegungen des linken Armes stärker werdend, Behinderung beim Atmen und Schlucken. Deutliche Depression am Sternoklavikulargelenk links. Durch Druck auf Trachea und Oesophagus vom luxierten Schlüsselbein aus sind die Schluck- und Atembeschwerden zu erklären. Reposition: Zurückziehen der Schultern ad maximum und Gegendruck vom Rücken zwischen den Schulterblättern. Der Sayre'sche Heftpflasterverband wurde nicht vertragen, statt dessen legte man einen mit elastischen Binden an. Gutes Resultat, keine Relaxation. Aus der Literatur ist ein Todesfall bekannt (Schreiber), Anspiessung der Trachea durch luxierte Clavicula, ausgedehntes Emphysem, das die Difformität verdeckte, eitrige Pleuritis, Exitus.

Spitzer-Manhold, Zürich.

53) **Tavernier et Challer.** Carie sèche de l'épaule. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7, p. 132.)

Eine 22jährige Frau leidet seit 11 Jahren an einer trockenen Schulterkaries. Skapula und rechter Arm sind atrophisch. Zu erklären durch Befallen sein der Nervenstämmen; nicht selten kommen bei der trockenen Volkmann'schen Caries neuralgische und neuritische Schmerzen vor.

Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Sievers.** Ueber die Bedeutung des Akromialgelenks in der Pathologie der subkutanen Schulterverletzungen. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 105, H. 2, p. 418.)

Das Akromialgelenk erleidet häufig Verletzungen, an die sich chronische entzündliche Veränderungen anschliessen, die zu anhaltenden, die Funktion und Arbeitsfähigkeit herabsetzenden Störungen führen. Verf. teilt 15 eigene Beobachtungen traumatischer Entzündungen dieses Gelenkes mit. Es hat die Aufgabe, der Schultergelenkspfanne stets diejenige Stellung zu geben, die den Aktionsradius des Oberarmes möglichst gross gestaltet. Das

Zentralblatt für Orthopädie, Bd. IX, H. 5.

8

Akromialgelenk nimmt an allen Bewegungen der Schulter und des Oberarms grossen Anteil; diese hohe Inanspruchnahme und exponierte Lage prädisponieren es zu Läsionen. Die Verletzungen sind auch hier in direkte und indirekte einzuteilen. Als Diagnostikum (und auch manchmal Therapeutikum) empfiehlt Verf. die Injektion eines Anästhetikums ins Gelenk. Versagt die konservative Therapie, so muss die Resektion des Gelenkes und Implantation eines Fettlappens vorgenommen werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **Sievers.** Die Arthritis acromio-clavicularis als wichtiges Glied in der Pathologie der stumpfen Schulterverletzungen. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 129, p. 583.)

Die Arthritis acromio-clavicularis ist entweder nach Trauma als direkte Erkrankung oder indirekt, von Ellbogen oder Hand fortgeleitet, zu finden, sie ist ein akuter oder chronischer entzündlich-degenerativer Prozess im Gelenk und oft durch Fraktur am akromialen Ende der Clavicula kompliziert. Die Symptome bestehen in Störung der normalen Funktion des Gelenkes, örtlichen Veränderungen und subjektiven Beschwerden. Beim Röntgen ist eine bestimmte Technik für sagittale und axiale Schulteraufnahmen beider Seiten innezuhalten. Sie ist eine praktisch wichtige Affektion, da sie langdauernde Arbeitsunfähigkeit verursacht. Bei der akuten Form besteht die Therapie in Ruhigstellung und Novocaininjektionen ins Gelenk (auch als diagnostisches Hilfsmittel), die chronische Form trotz oft jeder konservativen Behandlung, und es bleibt nur die Resektion des Akromialgelenks und Implantation eines Fettlappens als Heilmittel übrig. Nach der Operation muss eine Mobilisierung, keine Ankylose des Gelenkes angestrebt werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Soubeyran.** Désarticulation interscapulo-thoracique pour un volumineux ostéosarcome de l'humérus. Soc. de chir. de Paris 10. VI. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 117.)

Ein 51jähriger Patient hatte ein grosses Osteosarkom am Humeruskopf, das eine interscapulo-thorakische Desartikulation notwendig machte. Nach einem Monat war er geheilt, hat sich seither nicht wieder vorgestellt. In der Diskussion berichten einige Anwesende über ähnliche Operationen, die sie ausgeführt haben, und sprechen ihre Verwunderung darüber aus, dass nie ein Shock nach dieser eingreifenden Operation zu beobachten ist, und die Kranken schon früh wieder aufstehen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

57) **Leclerc,** Greffe du péroné après résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour ostéosarcome. Soc. de chir. de Lyon. 10. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7 p. 127.)

Resektion des Humerus bei einer Frau mit Osteosarkom. Das obere Drittel des Knochens wurde entfernt und durch ein Stück linker Fibula ersetzt. Nach

einigen Monaten musste wegen Rezidivs eine interscapulo-thorakale Amputation gemacht werden. Die Untersuchung der Knochen ergab eine innige Verschmelzung der transplantierten Teile mit den stehengelassenen Operationsstümpfen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Étienne et Almes.** Sarcome de l'omoplate. Scapulectomie partielle. Récidive six mois apres. Deuxieme intervention suivie de mort au bout de deux mois. Soc. des sciences méd. de Montpellier. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7, p. 135.)

Ein 15jähriges Mädchen wurde nach 2 monatigem Bestehen eines Schulterblattumors partiell skapulektomiert. Heilung per primam. Rasches Rezidiv nach 6 Monaten. Wiederholte Operation mit Rezidiv in situ. Tod. Histologisch: Rundzellensarkom.

Spitzer-Manhold, Zürich.

59) **Lambertz.** Ueber die Behandlung von Armbrüchen nach Dr. Wildt. (M. m. W. 1914, No. 48.)

Das Charakteristische der Wildt'schen Verbände ist die Anbringung von Zug und Gegenzug am Glied selbst in der Längsrichtung mit Verzicht auf jeden andern Gegenhalt. Zug und Gegenzug werden zwischen den Enden einer oben und unten stumpfwinklig abgebogenen Schiene aus verzinktem Bandeisen angespannt. Aus den beigegebenen Zeichnungen ist die Verwendung der Schiene ersichtlich. Sie hat den Vorzug grosser Einfachheit und Billigkeit und ermöglicht die Anlegung des Streckverbandes innerhalb weniger Minuten. M. K.

60) **Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.** 14. VI. 1914. (M. m. W. 1914 Nr. 47.)

Herr Klar stellt einen 5jährigen Knaben mit Ostitis fibrosa cystica im linken Oberarmkopf vor. Infolge der Oberarmfraktur in der Zyste hat sich ein Kallus gebildet, der diese fast ganz ausfüllt.

Herr Hummel berichtet über Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel, das sich als ganz wirkungslos erwies; bei einigen Patienten traten Verschlimmerungen auf.

Herr Drachter hat das Mittel bei 34 Fällen von chirurgischer Tuberkulose angewandt. Die Ampullen enthielten fast stets Begleitbakterien, meist Staphylokokken. Eine Besserung, die auf das Mittel zu beziehen gewesen wäre, wurde nicht beobachtet. Die gleiche Auffassung kam auch in der Diskussion zum Ausdruck. Herr Ibrahim warnt vor weiteren Versuchen mit dem Mittel.

M. K.

61) **C. Buchers** (Tübingen). Die Ruptur der Sehne des langen Bizepskopfes.) (Bruns, Beitr. z. klin. Chir. 90. Bd., p. 635)

Verf. teilt 2 Fälle aus der Tübinger chirurg. Klinik mit und bestätigt die von Ledderhose angeführte Erklärung, dass eine

8*

Arthritis deformans des Schultergelenkes und besonders **Osteophyten** im Sulc. intertubercular. die Ursache zur Auffaserung der Sehne des langen Bizepskopfes bilden. Das Trauma bildet dann nur den letzten Anstoss zum Zerreißen der schon veränderten Sehne. Die Therapie muss sich nach den in jedem Fall vorliegenden Verhältnissen richten. Ist das zentrale Ende der Sehne erreichbar, so ist eine direkte Nahtvereinigung möglich, wie im 2. Fall des Verfassers. Liegt der zentrale Sehnenstumpf aber am oberen Pol des Gelenk- kopfes, so rät Verf. zu einer Anheftung des peripheren Stumpfes am Proc. coracoideus. Für gründliche Beseitigung der Osteophyten ist bei der Naht besonders zu sorgen. Baisch, Heidelberg.

62) **Lapointe-Mauclair**. Rupture du tendon du long biceps brachia dans sa portion articulaire. Soc. de chir. de Paris 13. V. 14. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 865.

Ein 34jähriger Arbeiter trägt einen schweren Zementsack auf dem Kopf, macht einen Fehltritt und sucht mit aller Kraft mit dem Arm den Sack zurückzuhalten. Dabei spürt er einen heftigen Schmerz im Oberarm. Die Schmerzen halten an, er kommt deshalb einen Monat später in ärztliche Behandlung. Der Bizeps wölbt sich in seinem äusseren Teil vor, zwischen der Vorwölbung und dem Deltoides besteht eine abnorme Furche. An der Spitze des Deltoides, eine druckempfindliche, kirschgrosse Tumescenz, die sich als doppelt eingerollte Sehne des grossen Bizepskopfes erweist, die im Gelenk selbst abgerissen ist. Da eine Gelenkeröffnung als unnötig erachtet wird, begnügt man sich damit, das Ende der Sehne in ein Knopfloch der Kapsel zwischen beiden Tubercula festzunähen. Gutes funktionelles Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

63) **v. Gaza**. Ueber ein solitäres Stammneurom des Plexus brachialis und über die Symptomatologie der Wurzel-, Durchflechtungs- und End-Lähmungen des Plexus. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 129, p. 105.)

Verf. teilt eine persönliche Beobachtung von solitärem Stammneurom des Plexus brachialis bei einer 27jährigen Patientin mit (Neurofibrom des 8. Cervikal- und 1. Thoracalnerven). Das solitäre unterscheidet sich vom multiplen Neurom durch seinen bindegewebigen Charakter und entsteht an einer beliebigen Stelle des Nerven. Gefahr der malignen Degeneration, deshalb möglichst früh operieren. Es macht, wie das Sarkom, durch die Blutbahn Metastasen in innere Organe, während das multiple dieses nie tut. Ausserdem ist letzteres als kongenitale Entartung des Endo-, Peri- oder Epineuriums anzusehen. Die anatomische Einteilung der Lähmungstypen wird besprochen, speziell der Durchflechtungstypus, bei dem vasomotorische und trophische Störungen mit einhergehen durch Verletzung der Sympathikusäste, welche mit dem Plexus brachialis eng verflochten sind.

Spitzer-Manhold, Zürich.

64) **Turner Thomas.** Obstetrical paralysis. (The New-York med. Journ. Vol. C, Nr. 2, p. 63.)

Die bei der Geburt entstandenen Lähmungen des Armplexus gehen meist zurück, wenn man frühzeitig die Schultersubluxation beseitigt, die durch die Hyperabduktion des Armes, wie sie durch künstliche Eingriffe hervorgebracht wird, zustande kommt. 13 eigene Beobachtungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

65) **Laurent.** Les anéorysmes et les blessures des nerfs en chirurgie de guerre. (Rev. de chir. 34^e année. Nr. 5, p. 553.)

Von den vielen im letzten serbisch-türkischen Krieg beobachteten Fällen von Nervenverletzungen (meist gleichzeitig mit traumatischen Aneurysmen) greift V. 61 heraus und findet dabei, dass der linke n. radialis am häufigsten verletzt wird, in $\frac{2}{3}$ der Fälle Läsion durch Kugeln. Die primäre Nervennaht wird meist nur ausgeführt, wenn eine dringende Notwendigkeit für die begleitende Gefäßnaht vorliegt, sonst lässt man erst die Entzündungsperiode vorübergehen. Die spontane Wiederherstellung eines angeschossenen Nerven erfolgt nur ausnahmsweise.

Spitzer-Manhold, Zürich.

66) **Leriche.** Résultats actuels des sutures nerveuses. Soc. de chir. de Lyon, 5. II. 14. (Rev. de chir., 34^e année Nr. 5, p. 698.)

Vorstellung eines jungen Mannes, der vor 7 Monaten eine totale Durchschneidung des n. medianus und ulnaris im mittleren Drittel des Vorderarms erlitt. Nervennaht. Jetzt sind alle Flexionsbewegungen normal. Vortr. glaubt trotzdem nicht an eine Nervenregeneration, sondern nur an Erscheinungen von Angewöhnung, obgleich bei diesem Patienten die Operationsbedingungen sehr günstige waren (frühzeitige Naht). Regeneration im Bereich des Radialis findet meist statt, beim medianus seltener und fast nie beim ulnaris.

Spitzer-Manhold, Zürich.

67) **Shenton.** Juxta-epiphysial strain of the lower end of the humerus and its detection by a diagnostic line. (The Lancet 19. IX. 14, p. 738.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei Kindern oft eine unbeachtete Fraktur oder Infraktion in der Nähe des Ellbogengelenks vorkommt, die später zu Schmerzen und Versteifung des Gelenkes führt, und gibt eine diagnostische Linie für eine seitliche Röntgenaufnahme an, die über die Intaktheit des Gelenkes entscheidet. Beim normalen erwachsenen Humerus bildet das untere Gelenkende auf der Platte gesehen einen vollständigen Kreis. Eine gerade Linie in der Verlängerung der Vorderfläche des Humerus schneidet diesen Kreis im Zentrum oder nahe dabei. Trifft diese Linie nicht das Zentrum, so ist eine Verbiegung oder Fraktur des Armes vorhanden. Die Behandlung besteht, wie bei jeder Fraktur,

nach Korrektur des Armes in Fixation in Hyperflexion an den Oberarm mittels Binden (Schienen vermeiden!) für ca. 14 Tage. Alle entzündlichen Erscheinungen müssen vorüber sein, ehe man mit Bewegungen anfängt. Massage, ohne das Gelenk zu bewegen, ist schon einige Tage nach der Reduktion erlaubt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

68) **Perrenot.** Malformation congénitale du coude. Soc. de chir. de Lyon 5. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 871.)

Vortr. hat einen Kranken aufgenommen, der nach einem Trauma des Ellbogens eine Radiusluxation zeigte. Auf der anderen Seite besteht eine eben solche, wenn auch geringeren Grades. Wahrscheinlich hat das Trauma auf der lädierten Seite eine Abnormität verstärkt, die schon unerkannt existiert hat.

Spitzer-Manhold, Zürich.

69) **Bird.** Reduction of old elbow dislocation by operation. (The Brit. med. Journ. 4. VII. 14, p. 14.)

Verf. berichtet über die operative Reduktion einer 3 Monate alten Ellbogenluxation. Das gebrochene Olekranon wurde mit einer Veterinärpferdezahnzange abgezwickelt, das dicke Narbengewebe entfernt, mittels eines Hebels das Humerusende in seine richtige Lage gebracht, das Olekranonfragment heruntergeklappt und mit Draht befestigt. Nach 4 Tagen leichte Extensions- und Flexionsbewegungen. Resultat gut.

Spitzer-Manhold, Zürich.

70) **v. Walzel.** Ueber die blutige Reposition veralteter irreponibler Luxationen und Luxationsfrakturen des Ellbogengelenks. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. H. 1, p. 241.)

Verf. führt 19 eigene Beobachtungen operativer Ellbogenbehandlungen an. Er empfiehlt als besten den Bilateralschnitt, da dieser am ausgiebigsten das Gelenk freilegt und eine exakte Exstirpation interponierter Fragmente oder überflüssiger Narbenmassen, sowie oft nötige Resektion der Gelenkenden gestattet. Nach der Operation wird die Extremität in Beugstellung fixiert und bei normalem Verlauf schon am 5. Tage mit schonenden passiven Bewegungen angefangen. Eine langdauernde Nachbehandlung ist besonders bei Kindern notwendig. Spitzer-Manhold, Zürich.

71) **Turner.** A case of arthroplasty for bony ankylosis of the elbow joint, followed by a good result in spite of infection. (The Edinburgh med. Journ. Vol. XII. Nr. 5, p. 432.)

Verf. behandelte blutig eine knöchernen Ankylose, wahrscheinlich tuberkulösen Ursprungs (auch am Bein hatte eine Abszedierung und Sequesterausstossung stattgefunden) im Ellbogengelenk, die, trotz ungünstiger Bedingungen (starke Blutung durch Schädigung der

Gefässe, atrophische Muskulatur, Radialislähmung, Fisteln, davon eine als Quelle einer Infektion) sogar ohne Nachbehandlung ein gutes Operationsresultat gab. Die Arthroplastik wurde nach der Murphyschen Methode gemacht. Spitzer-Manhold, Zürich.

72) **Hallopeau-Routier.** Résection du coude pour ankylose due à une luxation ancienne. Soc. de chir. de Paris 18. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 5, p. 693.)

Eine vor 3 Monaten geschehene Luxation des Ellbogens wurde wegen Ankylose operativ behandelt. Resektion des Humerus in der Höhe der Epikondylen, der Ulna oberhalb des proc. coronoideus. Durchfeilung der Partie durch eine äussere und innere Inzision hindurch. Ausgezeichnetes funktionelles Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

73) **Schöppler, H.** Myositis ossificans traumatica. (M. m. W. 1914, No. 40.)

Im Anschluss an eine Verrenkung im Ellenbogengelenk entwickelte sich eine Verknöcherung um den M. brachialis internus, die anfangs geringe, später bedeutende Bewegungsbeschränkung hervorrief und ein operatives Eingreifen erforderte. Es wurde ein ca. 4 cm langes Stück des verknöcherten Muskels entfernt, worauf Besserung eintrat. Verf. ist der Ansicht, dass die Entstehung eines Myositis ossificans mit dem Kalkstoffwechsel in Beziehung zu bringen ist. M. K.

74) **Keller.** Experimentelle Untersuchungen über die Transplantation des Intermediärknorpels in Form der halbseitigen Gelenktransplantation. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. H. 4, p. 843.)

Verf. verwendete zu seinen Transplantationsversuchen bei Kaninchen und Ziegen die distale Radiusepiphyse (die 5 Mal grössere Wachstumsenergie zeigt im Vergleich zur proximalen, die bis jetzt immer von anderen Autoren zu Versuchszwecken verwendet wurde.). Der Intermediärknorpel ist prinzipiell transplantierbar, obgleich aus den bisherigen Versuchen eine praktische Anwendung der Transplantation en bloc, d. h. mit einem beiderseits anliegenden Knochenstück weder als Auto- noch als Homoioplastik abzuleiten ist. Noch weitere Versuche unter günstigeren Transplantationsbedingungen sind im Gange, d. h. man sucht die Knorpelfuge ohne anhaftende Knochenschicht als schmale Scheibe zu transplantieren. Spitzer-Manhold, Zürich.

75) **Roth.** A case of congenital defect of the ulna. (The Lancet. 23. V. 14, p. 1457.)

Ein 7jähriges Mädchen, bei dem nur das obere Drittel der Ulna vorhanden ist, kommt in Behandlung. Der Radius ist verbogen, das obere Ende artikuliert nicht mit der Ulna, ist nach

vorn und oben verschoben, das untere Ende ist missgestaltet. Ein Daumen und am Hamatum der Teil eines zweiten unbestimmten Fingers sind vorhanden, die übrigen 3 Finger fehlen selbst andeutungsweise. Die Therapie besteht in Anlegen einer Schiene zur Nacht, um eine zunehmende Verkrümmung nach der ulnaren Seite zu verringern, eventuell später einer Keilexzision aus dem Radius.

Spitzer-Manhold, Zürich.

76) v. Gaza. Ueber die sekundären Veränderungen („traumatische Malazie“) nach Frakturen des Os lunatum und Os naviculare carpi. (M. m. W. 1914, Nr. 41 und 42.)

Verf. schildert die Krankengeschichten von 2 Patienten, welche nach einem Trauma Schmerzen an der Hand bekamen, die nicht schwinden wollten. Das Röntgenbild zeigt eine Verschmälerung des Mondbeins, fleckige Aufhellung und Verdichtung des Knochen-schattens, Fehlen jeglicher Struktur bei Aufnahme in dorsal-ulnarer Richtung, bei seitlicher Aufnahme Bruchstellen im Mondbein. Er bespricht die Diagnose der Mondbeinbrüche, für die das Praximalwärtsrücken des Metakarpus III sowie der Stauchungsschmerz bei Beklopfen des 3. Metakarpus von Bedeutung sind, und die Theorien über das Zustandekommen der Erkrankung des Os lunatum und des Os naviculare. Verf. vertritt die Ansicht, dass die als traumatische Malazie beschriebene Erkrankung eine Infraktion oder Fraktur dieser Knochen ist, bei der entweder durch Zermalmung der Knochenbälkchen oder sekundär, durch Resorptions- und Appositionsvorgänge der Kalksubstanz auf dem Röntgenbilde eine fleckig-lakunäre Aufhellung zu sehen ist. Die schweren Knochenveränderungen in späteren Stadien sind sekundärer Natur. Diese Frakturen machen oft noch nach Monaten und Jahren starke Beschwerden. Die beste Behandlung ist die Exstirpation des Knochens.

In der Diskussion (Med. Gesellsch. zu Leipzig) berichtete Herr Milner über einen ähnlichen Fall. Die späteren Folgen der Lunatumverletzung sind eine Arthritis deformans, besonders am Radiokarpalgelenk, deren Röntgenbild zu Verwechslungen mit Tuberkulose Anlass geben kann. Er empfiehlt auch bei scheinbar leichten Verletzungen der Hand sofort gute Röntgenbilder zu machen.

M. K.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

- 1) Lange, F. Die Orthopädie im Kriege. (M. m. W. 1914, Nr. 33, 42, 43.)

Für Verwundete mit Knochenverletzungen ist das wichtigste die Schienung. Die Schiene muss einfach sein, für jede beim Militär in Betracht kommende Grösse passen, sicher fixieren, sie muss billig und leicht sein. Diesen Anforderungen entsprechen Schienen aus Bandeisen, die mit Sattlerfilz gepolstert sind und durch Gurte mit Schnallen am Körper befestigt werden. Damit die Schiene den nötigen Halt bekommt, empfiehlt Verf. ein einziges 36 mm breites und 2 mm dickes Bandeisen, das hohl gehämmert ist und 3—6 schmälere Querbaudeisen erhält, welche sich durch den Druck der Hand jedem Gliedumfang anpassen lassen. Bei den Schienen, welche auf dem Verbandplatz verwendet werden, sind Polsterung und Gurte fest vernäht, damit alles sofort gebrauchsfertig ist; für den Gebrauch im Lazarett sind Filz und Gurte abnehmbar und sterilisierbar. Eine Anzahl von Abbildungen erläutert die Anwendung der einzelnen Schienen.

Streckverbände sind in gut eingerichteten Lazaretten mit Vorteil zu verwenden, aber kaum in den schleunigst hergestellten Lazaretten in Schulen, Kirchen oder Fabrikgebäuden. Einen Ersatz bietet der Gipsverband. Vorbedingung ist guter Gips. Für Schüsse des Vorderarms bis einschliesslich des Ellenbogengelenks genügt oft eine Gipsschiene, die nach Versorgung der Wunden und Polsterung der Knochenvorsprünge, mittels einer 10fachen Lage einer 10—15 cm breiten Gipsbinde befestigt wird. Bei Schussfrakturen des Oberarms ist ein gefensterter Gipsverband nötig, der den ganzen Arm zirkulär umfasst und auch den Thorax einschliesst. Bei Schüssen in den Fuss oder in den Unterschenkel ist der Gipsverband ziemlich einfach, schwieriger aber bei den viel häufigeren Oberschenkelschüssen, die meist mit Dislokation der Bruchenden und Verkürzungen von 10—15 cm verbunden sind. Es handelt sich also darum, die Verkürzung möglichst auszugleichen und die Korrektur durch einen sorgfältig modellierten Gipsverband aufrecht zu erhalten. Verf. beschreibt ein Gestell, das auf einen Tisch gestellt wird und die Anlegung des Verbandes unter den einfachen Verhältnissen der Kriegspraxis ermöglicht. Zur Vermeidung des Dekubitus soll die Extension nicht am Fuss, sondern an der ganzen Fläche des Unterschenkels und der distalen Hälfte des Oberschenkels angreifen. Sehr gut eignen sich Heftpflaster- oder Klebroverbände, die aber Zeit und Übung verlangen, daneben teuer sind

und nicht immer zur Verfügung stehen. Verf. verwendet deshalb die von Heusner empfohlenen Filzstreifen. Am schwierigsten und wichtigsten ist die Anbringung des Sitzringes. Die Technik des ganzen Verbandes wird ausführlich beschrieben. Nach 1—2 Tagen, wenn die Gipsschicht getrocknet ist, wird die Wasserglasverstärkung vorgenommen. Der Zweck dieses Gehverbandes ist nicht der, dass die Patienten umhergehen können, sondern dass die Fragmente in richtiger Stellung erhalten und ein gefahr- und schmerzloser Transport ermöglicht wird. Die bisherigen Erfahrungen mit diesen Verbänden sind recht günstige.

M. K.

2) **Schuster.** Die Marschkrankheiten, ihre Entstehung, Verhütung und Behandlung. (D. m. W. 1914, Nr. 43.)

Zur Verhütung des Wundlaufens hat sich der kurz vor Ausbruch des Krieges eingeführte Fusschoner bewährt; er ist zugleich ein Schutz gegen die Entstehung der Fussgeschwulst. Diese entsteht infolge eines Bruches der Mittelfussknochen, besonders häufig des zweiten; kommt es infolge der Elastizität des Knochens nicht zum Bruch, so ist das Periost mehr betroffen, und es entstehen Knochenverdickungen an der Diaphyse. Unter Betruhe und hydropathischen Umschlägen heilen diese Brüche meist leicht, führen aber mitunter, wenn die Kallusmassen immer wieder Schmerzen und Oedeme verursachen, zur Dienstuntauglichkeit. Verfasser bespricht weiter die Sehnenscheiden- und Knochenhautentzündung, das Wundreiten und den Knieschmerz der Reiter und den Muskelbruch; letzterer führt ebenfalls meist zur Dienstunbrauchbarkeit. Zu den gefährlichsten Marschkrankheiten gehört der Hitzschlag

M. K.

3) **Chrysospathes-Athen.** Ueber ein einfaches erfolgreiches, im Balkankrieg erprobtes Wundbehandlungsmittel. (*Ιατρική πρόοδος, μάρτιος*. 1914.)

Nach den guten Erfahrungen, die Ch. zuerst in seiner Praxis mit dem Paraffinum liquidum, besonders bei ausgedehnten Dekubitusgeschwüren machte, wandte er es während der Balkankriege bei flächenhaften reinen, sowohl wie infizierten Wunden und zur Fistelbehandlung, rein resp. mit 2,5% Jodoform vermengt, mit den besten Resultaten an.

Er empfiehlt es daher warm, besonders für die Kriegschirurgie, da es sich bei der Einfachheit in seiner Anwendung und Beschaffung (Truppenverbandplätze, Etappenlazarette) als eins der wirksamsten granulationsfördernden Antiseptica unserer Zeit erwiesen hat. Zudem besitzt Paraffinum liquidum den Vorzug der Billigkeit in hohem Grade. Intoxikationen, speziell bei seiner Anwendung mit Jodo-

form zusammen, beobachtete Ch. nicht, nur rät er, die die Wunde umgebende normale Haut mit Vaseline zu bestreichen, um sie bei einer längeren Anwendung des Jodoformparaffins vor Irritierung durch Jodoform zu schützen. Gegen das evt. Ankleben der Verbandstoffe mit der Wunde nimmt er ebenfalls Vaseline, womit er die aufzulegende Gaze vorher belegt.

Autoreferat.

- 4) **Groves.** Some of the problems of gunshot fractures. (The Lancet. 14. XI. p. 1139.)

Aus den jüngsten Kriegserfahrungen über Schussfrakturen zieht Verf. die praktischen Schlüsse, dass eine Schuss- oder Risswunde nie zu nähen sei, da sonst Sepsis schlimmster Art entstehen kann. Die Knochen soll man weder nähen, noch mit Platten verschrauben, sondern die Wunde möglichst offen lassen, für Knochen- und Weichteileiterung keinen Gipsverband anlegen, da der Grad der Infektion unbekannt ist, nur eventl. für Transport einen leicht abnehmbaren, mit 2 Stricken oder Metallstreifen an den Seiten und ausserdem den Verband mit einer Notiz versehen, dass er binnen 24 Stunden abgenommen werden müsse.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 5) **Petrow.** Zur Frage nach der Quelle der Regeneration bei Knochenüberpflanzung. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. H. 4, p. 915.)

Verf. teilt die Resultate seiner fortgesetzten Versuche von Knochentransplantation mit und ohne Periost beim Kaninchen mit. Der periostentblösste Knochen regeneriert auch, wenn auch langsamer als mit Periost, Knochensubstanz, sodass die Beinhaut nicht unbedingt notwendig ist zur Knochenneubildung. Ein in Weichteile überpflanzter Knochen heilt nicht passiv ein, sondern weckt aktiv die schlummernde osteogenetische Fähigkeit des benachbarten Bindegewebes, dem die grössere regenerative Arbeit zufällt, während der periostentblösste Knochen durch seine wenigen mitüberpflanzten Osteoblasten das Weiterleben des Transplantats ermöglicht.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 6) **Freiherr von Redwitz.** Zur Behandlung der Frakturen im Kriege. (M. m. W. 1914, Nr. 51.)

Oberschenkelfrakturen werden oft ungenügend geschient eingeliefert, weil es vielfach an geeignetem Schienenmaterial fehlt. v. R. empfiehlt als gutes Inprovisationsmittel die Transportlatte, die sich für die Beförderung von Knochenbrüchen im Gebirge gut bewährt hat. Holz zur Latte ist fast überall zu haben, die Tücher können zur Not durch zerschnittene Kleidungsstücke ersetzt werden. Eine

11*

Extension lässt sich dadurch erzielen, dass man zwischen Fuss und distalem Ende der Latte Gummidrains einschaltet. M. K.

- 7) **Kraemer, F.** Sterile Schnellverbandeschiene. (M. m. W. 1914, Nr. 51.)

Die Schiene besteht aus festem Verbandmaterial und einer Verbandkompresse, die durch Haltebänder an letztere nach aussen festgeknotet ist. Man benutzt für den Verband 2 Schienen, die nur aussen angefasst zu werden brauchen, die Wattekompresse werden an die Wundflächen gedrückt und die Schiene befestigt. Anlegung und Abnahme des ganzen Verbandes gestaltet sich sehr einfach und schnell. M. K.

- 8) **Pürckhauer.** Ein improvisierbarer Gipsstich. (M. m. W. 1914, No. 39.)

Von einer einfachen Tragbahre wird das Segelleinen mit Ausnahme des Kopfteiles entfernt, und sein breiter Trägergurt wird kräftig von einer Längsstange zur andern gespannt. Auf diesen wird das Becken des Verwundeten gelegt, das Bein kommt auf einen zweiten Quergurt. Der Verband wird ohne Rücksicht auf den Quergurt angelegt, der sich nach Fertigstellung des Verbandes mühelos herausziehen lässt. Soll die Wirbelsäule fixiert werden, so entfernt man auch den Kopfteil und spannt von einem Quergurt zum andern einen Längsgurt, den man nachher auch herausziehen kann. M. K.

- 9) **v. Bayer.** Zur Anfertigung von Gipsschienen. (M. m. W. 1914, Nr. 38.)

- 10) **Most.** Die Gipsschiene im Dienste der Chirurgie. (M. m. W. 1914, Nr. 49.)

Verff. empfehlen statt des zirkulären Gipsverbandes eine gut anliegende und abnehmbare Gipshohlrinne, die man sich nach einer einfachen Methode mit billigem Material in wenigen Minuten selbst herstellen kann. Sie bietet in vielen Fällen Vorteile gegenüber dem zirkulären Gipsverbande. M. K.

- 11) **Noll.** Kurze Mitteilung zum gefensternten Gipsverband. (M. m. W. 1914, Nr. 49.)

N. legt das Fenster im Gipsverband in folgender Weise an: Nachdem die Stellung der gebrochenen Knochen korrigiert und die Weichteilwunde aseptisch verbunden ist, wird auf diese ein ausgekochtes Heissblech oval gelegt, das nach der Form des Gliedes biegsam ist, und mit einigen Bindentouren befestigt. Dann wird der Gipsverband so angelegt, dass ein auf die Mitte des Bleches senkrecht aufgesetzter Blechstreifen aus dem Verbands noch herausragt. Auf den erstarrten Verband wird ein dem ersten Blech-

oval kongruentes, in der Mitte mit einem Schlitz versehenes zweites Blech so aufgelegt, dass durch den Schlitz der Blechstreifen des ersten hindurchgeht. Jetzt umschneidet man das äussere Blech, vertieft den Schnitt bis zum inneren, nimmt dieses heraus, und das Fenster ist fertig.

M. K.

12) **Hass, J.** Eine Schiene zur Fixation der Oberschenkel-frakturen. (M. m. W. 1914, Nr. 50.)

Schussfrakturen des Oberschenkels bieten für die Fixation und den Transport viel grössere Schwierigkeiten als solche an anderen Knochen. Nach den Erfahrungen des Verf. scheint es im Felde an geeignetem Material zu fehlen, um das ganze Bein einschliesslich des Hüft- und Kniegelenks zu fixieren. Er konstruierte daher eine Schiene aus einem flachen Drahtgestell; sie besteht aus 2 Aussen-schienen, welche mit 3 Drahtmanchetten für das Becken, den Ober- und den Unterschenkel verbunden sind. Die Schiene ist leicht und dauerhaft, kann bequem an den Körper angeschmiegt und entweder über den Kleidern oder mit Wattepolsterung auf blossem Körper befestigt werden. Stellt man die Schiene auf den Kopf, so kann sie auch für die Lagerung von Wirbelsäulenverletzungen verwendet werden.

M. K.

13) **Bitter.** »Fraktionierter« Gipsverband bei Schussfrakturen des Oberschenkels und Schenkelhalses. (M. m. W. 1914, No. 48.)

Ein Wärter hebt das verletzte Bein unter starkem Zug so hoch, das man bequem einen Gipsverband um Knie und Oberschenkel bis zum Damm anlegen kann. Wenn der Gips hart geworden ist, wird der Verletzte mitsamt dem Tuch, auf dem er liegt, an den Rand des Tisches gezogen; er fasst dann mit dem gesunden Bein vorsichtig mit Unterstützung zweier Wärter auf dem Boden Fuss. Das verletzte Bein hängt dabei leicht abduziert herunter. Jetzt wird der Gipsverband durch Umfassung von Becken und Hüfte schnell vollendet, was durch Anwendung von Schusterspahn noch beschleunigt werden kann. Ein Verband, der unterhalb des Knies abschliesst, genügt in den meisten Fällen.

M. K.

14) **Füth.** Hackenbruchsche Distraktionsklammern bei komplizierten Knochenbrüchen. Kriegsärztlicher Abend der Festung Metz. (D. m. W. 1914, Nr. 50.)

F. demonstriert einen Verband bei kompliziertem Unterschenkelbruch. Die Klammern müssen nicht über der Frakturstelle, sondern können auch oberhalb oder unterhalb angelegt werden, ohne dass die Distraktionsmöglichkeit vermindert wird. Hierdurch wird es

möglich, grosse Fenster für die Drainage in den Gipsverband zu schneiden. Im Gegensatz zur Nagelextension können die benachbarten Gelenke bewegt werden und die Patienten schon nach wenigen Tagen gehen. Pseudarthrosen kommen durch diese Behandlung schnell zur Heilung. M. K.

15) **Schnée, A.** Die Hackenbruchschen Distraktionsklammern zur Behandlung von Knochenverletzungen im Felde. (M. m. W. 1914 Nr. 46.)

Verf. hat mit der Anwendung dieser Klammern bei Brüchen aller Art gute Erfahrungen gemacht und empfiehlt ihre Anwendung. Sie bieten u. a. den Vorteil, dass, wenn die richtige Stellung der Bruchenden zu einander röntgenologisch festgestellt ist, der Kranke sofort aufstehen und Gehversuche machen kann. Bei Unterschenkelbrüchen bleibt das Kniegelenk zu Bewegungen frei. M. K.

16) **Baisch.** Gelenkverletzungen. Naturw. m. V. zu Heidelberg. 24. XI. 1914. (B. kl. W. 1914, Nr. 52.)

Verf. empfiehlt statt der Bindenverbände Tücher, weil sie sich beim Verbandwechsel leichter abnehmen lassen. Die Ruhigstellung soll in leichten Fällen 10—12 Tage, in infizierten mindestens 3—4 Wochen dauern. Die Schmerzen werden durch Biersche Stauung günstig beeinflusst. Wenn Sepsis besteht, sollen keine Resektionen, sondern nur Amputationen ausgeführt werden. Pyocyaneus-Infektion kann durch Sublimatpülungen und Jodierung der Umgebung erfolgreich bekämpft werden. Eine häufige Infektionsquelle bei Verletzungen des Handgelenks bilden Sehnennekrosen; auch die Verletzungen des Kniegelenks geben im allgemeinen eine ungünstige Prognose.

M. K.

17) **A. Brentano.** Die Behandlung der Knochen- und Gelenkschüsse. (D. m. W. 1914, Nr. 37.)

Jede frische Verletzung soll zunächst als nicht infiziert betrachtet und demgemäss behandelt werden. Eine Desinfektion ist zu unterlassen, der Jodanstrich verträgt sich schlecht mit den Sublimatkompressen, deshalb ist Masticol vorzuziehen. Enge Schusskanäle dürfen nicht tamponiert werden, komplizierende grössere Weichteilwunden können die Tamponade nötig machen. Knochen- und Gelenkschüsse verlangen Fixierung schon in der ersten Linie, die Notverbände sind dann im Feldlazarett durch definitive zu ersetzen, welche für den ganzen Transport ausreichen müssen. Wunden dürfen nur trocken verbunden werden. Diese Verwundeten gehören weit hinter die Front, da die Wiederherstellung der Felddienstfähigkeit in Frage gestellt ist. Die Mehrzahl dieser Ver-

letzungen heilt, wenn sie nicht infiziert sind, gut. Die meisten Infektionen kommen durch Pyocyaneus und Gasphegmone zustande, durch Streptokokken seltener als im Frieden. Bei allen infizierten Knochen- und Gelenkschüssen ist konservative Behandlung mit zuverlässiger Fixation erforderlich. Die Entwicklung der Infektion erfolgt meist langsam, so dass Eingriffe nicht vor 6—8 Tagen nötig werden, nur die Gasphegmone kann schon nach 24 Stunden auftreten. Wenn bei schweren Störungen des Allgemeinbefindens operative Eingriffe nötig werden, so führen sie nicht zum sofortigen Schwinden der Symptome, es darf also nicht innerhalb kurzer Zeit wiederholt operiert werden. Der Verbandwechsel ruft häufig Temperatursteigerung hervor, er soll deshalb möglichst selten und so erfolgen, dass die betroffenen Knochen und Gelenke nicht bewegt oder verschoben werden. Das ist nur im gefensterten Gipsverband möglich. Bei Operation wegen infizierter Schussfrakturen sind die Hämatome zu entfernen, weil sie leicht die phlegmonöse Ausbreitung der Infektion vermitteln. Nicht selten sind die schweren Störungen durch metastatische Abszesse und Empyeme hervorgerufen.

M. K.

- 18) **Moser.** Zur Amputationstechnik. (Deutsche militärärztl. Zschr., 43. Jg., H. 24, p. 737.)

Mitteilung aus dem Felde. Bei den modernen Geschossen kommt man in den Fall, die früher so häufig notwendigen Amputationen, einzig bei Verletzungen, von Fliegerbomben herrührend, zu machen, da durch diese ausgedehnte Knochenzertrümmerungen und schwere Weichteilerfetzungen zustande kommen. Die Amputation soll möglichst einfach sein. Dadurch, dass Verf. die Muskulatur erst nach Durchsägung der Knochen durchschnitt, konnte er die darin liegenden Gefässe gut umstechen und dann erst durchschneiden, sodass er vollständig blutleer (ohne vorherige künstliche Blutleere) operierte und dadurch Zeit sparte, was bei der regen Operationstätigkeit auf den Verbandplätzen ein grosser Vorteil ist. Der Verband wurde in Ermangelung anderen Materials nur mit Heftpflaster gemacht. Die Erfolge waren durchweg schnelle und gute.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 19) **Machard.** L'ostéosynthèse de Lambotte dans le traitement des déviations rachitiques. (Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte. 44. Jg. Nr. 31.)

In schweren Fällen rachitischer Knochenverkrümmung, wo schon die Funktion des Körpers (Gehen, Stehen) erschwert wird, (gegenwärtig oder in absehbarer Zeit), entschliesst sich Verf. zur

Osteosynthese mit Anlegen des Lambotteschen Fixateurs (modifiziert leicht konstruiert, wiegt im ganzen nur ca. 100 gr., Aluminium.) Die Operation besteht aus der Osteotomie, Adaptation der Knochen, Fixation durch den Lambotte. Wenn die Grundbedingung für das Gelingen der Operation, strengste Asepsis, gewahrt wird, so sieht man immer gute und rasche Erfolge, auch auf dem Röntgenbild ist in günstigen Fällen nach ca. 8 Monaten nichts mehr von einer Knochennarbe zu sehen. Die Operation wurde ausgeführt an Femur, Tibia und Radius.

Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Schultes.** Feldärztliche Suspensionsvorrichtung für verwundete Arme. (D. m. W. 1914, Nr. 45).

Leisten aus Buchenholz, die etwa 2,25 m lang, 2,5 cm breit und 1 cm dick sind, werden bogenförmig über das Bett gespannt und mittelst Bindfaden an den eisernen Querstangen am Kopf- und Fussende des Bettes befestigt. An ihnen kann der verletzte Arm mit Leichtigkeit suspendiert werden. M. K.

21) **Reh.** Eine Feldtrage. (M. m. W. 1914, Nr. 38 u. 44.)

Eine Trage muss leicht, dauerhaft, billig und bequem sein. Die beste Lösung wäre die, dass der Verwundete schon auf dem Schlachtfelde auf die Trage kommt und sie während des ganzen Transportes bis zum Reservelazarett in der Heimat behält. Verf. schildert eine Form der Trage, welche ihm für diesen Zweck geeignet scheint und eine Verbesserung der alten bayerischen und der französischen Feldtrage darstellt. Er schätzt das Gewicht auf 12—15 Pfund, den Herstellungspreis auf 10 Mark. Die Defäkationsöffnung darf nur 20 cm lang und 15 cm breit sein. M. K.

22) **Veith, A.** Ueber eine improvisierte mediko-mechanische Anstalt. (M. m. W. 1914, Nr. 50.)

In vielen Fällen ist eine mediko-mechanische Behandlung für die Wiederherstellung der Funktion eines verletzten Gliedes von grösster Bedeutung, aber nicht in jedem Reserve- oder Vereinslazarett durchführbar. Verf. hat mit sehr geringen Kosten durch einen Mechaniker und einen Schreiner, die sich unter dem Sanitätspersonal fanden, eine grössere Anzahl Apparate herstellen lassen, z. B. aus alten Fahrrädern, dem Unterteil einer alten Nähmaschine, einer mit Asbest ausgeschlagenen Kiste (als Heissluftapparat), einer schrägen Leiter, einem einfachen Flaschenzug u. v. a. Die Apparate lassen sich für die verschiedensten Zwecke sehr gut verwenden.

M. K.

23) **v. Stubenrauch.** Arthritis deformans. Aerztl. Verein zu München. 20. V. 1914. (D. m. W. 1914, Nr. 389.)

Vortr. demonstriert Präparate Pommers, welche zeigen, dass das charakteristische Merkmal der Arthritis deformans die zur Knochenbildung führenden Anläufe zur Vaskularisation des Gelenkknorpels über seine Verkalkungsregeln hinaus sind, und zwar nur dann, wenn der Gelenkknorpel zugleich von der Oberfläche aus Veränderungen zeigt, welche auf eine Beeinträchtigung seiner Elastizität hinweisen. Man sieht überall regressive Veränderungen des Gelenkknorpels, nirgends Anzeichen von Nekrose. Es handelt sich um eine Degeneration des Knorpels auf funktioneller Grundlage. M. K.

24) **Marshall.** Several practical features associated with the management and treatment of obscure arthritis. (The Boston med. and surg. Journ. V. CLXXI, Nr. 16, p. 595.)

Verf. äussert sich über das Thema in ziemlich allgemeinen Sätzen. Wenn die medizinische Forschung in den letzten Jahrzehnten auch Fortschritte gemacht hat, so gibt es doch noch eine Reihe von Arthritisfällen, deren Aetiologie dunkel ist. Das Interesse des Patienten am Gelingen der Kur ist äusserst wichtig, da die Krankenhausbehandlung gewöhnlich zu kurz ist, um das hartnäckige Leiden vollkommen zu heilen, und die therapeutischen Massnahmen auch zu Hause vom Patienten strikt ausgeführt werden müssen. Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **O. Boeters.** Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und gonorrhöischer Komplikationen. (D. m. W. 1914. Nr. 39.)

Verf. ist mit den Erfolgen der Arthigonbehandlung gonorrhöischer Gelenkerkrankungen sehr zufrieden. Eine Entzündung des Schultergürtels heilte nach 4 intramuskulären Einspritzungen innerhalb 25 Tagen vollständig, der gleiche Erfolg wurde nach 2 intravenösen Injektionen bei Erkrankung des Ellenbogengelenks erzielt. In 2 anderen Fällen musste das Gelenk punktiert werden, und es waren 7 bzw. 12 Injektionen bis zur Heilung erforderlich. In einem weiteren, sehr chronisch gewordenen Fall, trat zwar eine wesentliche Besserung, aber keine Heilung ein, eine Tendovaginitis blieb unbeeinflusst. M. K.

26) **Payr.** Weitere Erfahrungen über die Mobilisierung ankylosierter Gelenke. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 106, H. 1, p. 235.)

Verf. teilt 22 Fälle von operativ geheilten Ankylosen verschiedener Gelenke mit, wobei er 4 besonders günstige Fälle etwas ausführlicher schildert und mit Röntgenogrammen illustriert. Die

Hauptbedingung ist, zum Operieren erst jede entzündliche Erscheinung abzuwarten, unterdes können die Muskeln mit Vorteil durch Massage gekräftigt und vorbereitet werden. Besprechung der Operationstechnik. Verf. sah sehr gute Resultate, keine Wiederkehr der Ankylose, keine Schlottergelenkbildung, Wiederherstellung der Gelenkfunktion beinahe ad integrum. Die Röntgenbilder zeigten auch bei den Nachuntersuchungen glatte und scharf begrenzte Gelenkspalte.

Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Orbison.** Myopathy: with clinical records of eight cases comprising various types. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLVIII, Nr. 4, p. 550.)

Die mit Krankengeschichten und Photogrammen angeführten, vom V. beobachteten Fälle von Myopathie zeigten verschiedene Typen. Letal endigte keiner. Ein Neger war unter den Patienten, 2 Brüder, sonst zeigte das Leiden in keinem der Fälle anamnestisch hereditäre Beziehungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Curtillet et Lombard.** Une nouvelle mycose. Importance pratique pronostique et thérapeutique de la mycose. Soc. de chir. de Paris 10. VI. 14. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7, p. 123.)

Bei einem 17jährigen Kranken, bei dem mit dem 9. Lebensjahre immer wieder Rezidive von Geschwülsten am linken Bein (als Tb. behandelt, Wassermann negativ), an den Knochen und auch in den Weichteilen, auftraten, wurden schliesslich die sarkomähnlichen Tumormassen entfernt und darin ein Pilz gefunden (aus der Gruppe der Hyphomyceten,) der keinem der bisher bekannten (Sporotrichum, Hemispora Nocardia) gleicht. Eine Jodkalibehandlung hatte den besten Erfolg.

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Manther.** Sur un cas de paraplegie fonctionnelle d'origine traumatique. (La Grèce médicale. 1914, Nr. 5—6.)

Der hereditär nervös belastete 22jährige Soldat fiel bei der Erstürmung von Kilkis rücklings um und konnte von diesem Moment ab sich nicht mehr aufrecht halten. Ins Spital gebracht, zeigte er eine spastische Paraplegie, die während des Schlafes verschwand. Seine unteren Extremitäten wurden in Extension und Adduktion, die Füße in Varoequinusstellung gehalten. Die Sehnen- und Hautreflexe sowie die Funktion der Sphinkteren waren normal. Es bestand kein Fussklonus, keine Atrophie, keine subjektive Sensibilitätsstörung, kein Heorerisches Phänomen, dagegen war vorhanden Anästhesie bis zu den Schenkelbeugen und Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Die provozierten assoziierten Bewegungen der Beine fehlten; die Cerebrospinalflüssigkeit war normal, auch die Radiophotographie der Wirbelsäule zeigte nichts abnormes. Die auf Hysterie gestellte

Diagnose wurde durch den Verlauf und den Erfolg der Behandlung — Aufstehen und Gehen nach 3 Sitzungen und Faradisation der Muskeln der unteren Extremitäten — gerechtfertigt.

Dr. Chrysospathes-Athen.

30) **Leriche.** Radicotomie cervicale pour tremblement de la paralysie agitante. Soc. de méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 133.)

Vortr. bemüht sich seit 2 Jahren zu beweisen, dass bei der Paralysis agitans eine Art der sensitiven Reizungen durch Radikotomie gebessert werden kann. Bei einer Frau, die seit 7 Jahren an dieser Krankheit leidet, durchschnitt er die hinteren zervikalen Wurzeln, 5, 6 und 7 auf beiden Seiten. Jetzt sieht man eine deutliche Besserung des Zitterns im Ruhestadium. Das Zittern wurde in diesem Fall durch eine doppelte (periphere und zentrale) Reizung hervorgerufen, die Radikotomie hat die periphere Reizbarkeit aufgehoben.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Hartert.** Eine sichere röntgenologische Methode zur Geschosslokalisation. (M. m. W. 1914, Nr. 52.)

Auf die annähernd bekannte Stelle der Geschosslage werden unter Lokalanästhesie Nadeln von verschiedener Länge und Art eingestochen und eine stereoskopische Aufnahme der ganzen Gegend gemacht. Diese zeigt dann die seitliche und die Tiefenlage des Geschosses zu den Nadeln. Nachdem die Nadel, welche die Lage des Geschosses am besten kennzeichnet, identifiziert ist, legt man in der Richtung auf sie den Operationsschnitt an. Verf. konnte so mittels ganz kleiner Einschnitte in einer Tiefe bis 9 cm Geschosse extrahieren.

M. K.

32) **Holzknicht und Wachtel.** Fremdkörperlokalisierung. (M. m. W. 1914, Nr. 45 und 47.)

Die Annahme, dass aus zwei in verschiedener Richtung aufgenommenen Röntgenbildern die Lage eines Projektils erschlossen werden kann, ist falsch und die Quelle grober Irrtümer. Ein Fremdkörper liegt nur dann innerhalb eines Hohlraums, wenn er von allen möglichen Projektionsrichtungen in keiner einzigen ausserhalb liegt. Das lässt sich aber nicht mittels Aufnahmen, sondern nur mittels der Durchleuchtung feststellen. Es kommen 2 Methoden in Betracht: Die Durchleuchtung bei stetiger Rotation des Körperteils zur Ermittlung des fremdkörpernächsten Hautpunktes und des fremdkörpernächsten Knochenpunktes und die Durchleuchtung in 2 einander schräg kreuzenden Richtungen mit Markierung der 4 Hauptpunkte. Die Ausführung dieser Methoden wird im einzelnen beschrieben. Eine dritte Methode mittels des Schwebemarkenlokalisators schildert Wachtel. Sie beruht auf dem Prinzip, dass bei der Röntgenaufnahme eine besondere, über dem

Körper schwebende Marke mitphotographiert wird; dann wird die Röhre um ein beliebiges Stück verschoben und eine zweite Aufnahme auf dieselbe Platte gemacht. So erhält man ein doppeltes Bild des Objektes, auf dem auch der Fremdkörper und die Marke doppelt erscheinen. Die Lage des Fremdkörpers kann dann mit Hilfe der auf der Platte gemessenen Zahlen aus den beigegebenen Kurven einfach herausgelesen werden. M. K.

33) **Kromayer.** Röntgen- und Lichtbehandlung zur Heilung von Schussverletzungen. (D. m. W. 1914, Nr. 46.)

Die überschüssige Granulationsbildung wird durch Röntgenbestrahlung zur Resorption und zur Umwandlung in Narbengewebe gebracht; sie ist bei der Bildung entzündlicher Infiltrationen indiziert, die schon durch kleine Röntgendosen günstig beeinflusst werden. Liegt die Gewebszerreissung in der Tiefe unter intakter Haut, so ist Tiefenbestrahlung anzuwenden. Der Einwirkung des Lichtes sind nur offen zutage liegende Wunden zugänglich. Es ist imstande, schlecht granulierende, torpide Wunden in gut granulierende umzuwandeln und die Epithelialisierung von den Wundrändern aus zu beschleunigen. Die Wunden können täglich eine oder mehrere Stunden dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt werden; wo dieses nicht zur Verfügung steht, dient als Ersatz Kohlenbogenlicht, Metallfadenlampen von 500—1000 Kerzen Stärke und die Quarzlampe, die schon nach 5—10 Minuten eine genügende Wirkung ausübt. M. K.

34) **Backer.** Die Sonnen- und Freiluftbehandlung schwer eiternder Wunden. (D. m. W. 1914, Nr. 52.)

Bei einem Fall von Kniegelenkstuberkulose, in dem nach der Resektion ein rasch fortschreitendes Rezidiv mit äusserst reichlicher Eiterung aufgetreten war, sah Verf. von der Sonnen- und Freiluftbehandlung einen auffallend günstigen Einfluss auf den Wundverlauf. Auf Grund dieser Erfahrung behandelte er alle Fälle von Phlegmone, Osteomyelitis, Knochenpanaritien, eiternden und jauchenden Wunden nach der gleichen Methode und konnte sich immer von der günstigen Wirkung überzeugen. Er empfiehlt sie deshalb auch zur Behandlung der Kriegsverletzungen. Als wesentlichen Faktor der Heilwirkung betrachtet Verf. die von der strahlenden Wärme erzeugte tiefe aktive Hyperämie. Auch an sonnenlosen Wintertagen lässt er das Wundgebiet tunlichst im Freien wegen der austrocknenden Wirkung bewegter Luft. In allmählicher Steigerung und mit Pausen werden die Patienten im Winter 3—4 Stunden, im Sommer 6—7 Stunden der Sonnenbestrahlung ausgesetzt. B. lässt

die Wunden auch nachts unverbunden, nur mit einem dünnen Gazeschleier bedeckt.

M. K.

35) **Arnd.** Ueber unsere Erfahrungen über die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose in der Ebene. (Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte. 44. Jg. Nr. 25 und 26.)

Verf. verfügt in Bern über ein, was die Heilungsaussichten anbetrifft, sehr ungünstiges Krankenmaterial, trotzdem ist die Statistik der ausgeheilten Tuberkulosen in den letzten Jahren keine schlechte. Er befließt sich bei der Behandlung einer Polypragmasie, da er den Standpunkt vertritt, dem Kranken sei es gleich, ob das Heilverfahren ein streng wissenschaftliches sei, und man zum Schluss den Erfolg mit Bestimmtheit dem einen oder andern Mittel zuschreiben könne, für ihn ist die Hauptsache, dass er geheilt werde. Bei der Behandlung in der Ebene soll jeder tuberkulöse Herd, der ohne Schädigung des Gliedes und ohne Eröffnung eines grösseren Gelenkes entfernt werden kann, möglichst bald operiert werden, vor allem eignen sich dazu Rippen, Calcaneus, Cuboid, Trochanter major. Coxitiden und Spondylitiden will Verf. am sichersten der Höhenklima- und Heliotherapie überwiesen haben. In den allgemeinen Spitalern, die keine speziellen Einrichtungen für Knochentuberkulose (Terrassen etc.) haben, halte man die Kranken nicht hin, sondern überweise sie lieber, besonders wenn sie vom Lande sind, möglichst bald ihrem Arzte im Heimatsort, wo sie doch den Vorteil der Freiluftbehandlung haben.

Spitzer-Manhold, Zürich.

36) **Martin du Pan.** L'héliothérapie artificielle avec la lampe de Vignard. Versamml. d. schweiz. pädiatr. Ges. in Bern. 28. VI. 14. (Korrespbl. f. Schweizer Aerzte, 44. Jg. Nr. 43. p. 1362.)

Die Vignard'sche Quecksilberdampfampe wurde unter Einschaltung eines Spezialglases (zum Abhalten der schädlichen Ultraviolettstrahlen) in der sonnenlosen Jahreszeit mit gutem Erfolg bei 30 Kindern mit Knochentuberkulose (in Genf) angewendet. Der Allgemeinzustand besserte sich rasch, eine starke Pigmentation der bestrahlten Körperpartien wurde erreicht. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

37) **Kopp.** Über die Wahl der operativen oder der konservativen, speziell der Sonnen-Behandlung bei der Knochen- und Gelenktuberkulose. Korrespondenzblatt für Schweiz. Aerzte, 44. Jg., Nr. 51, p. 1597.

Nach persönlichen Erfahrungen im Luzerner Kantonspital entscheidet V. die Frage, ob man Knochen- und Gelenktuberkulose konservativ (speziell mit Heliotherapie) oder operativ behandeln soll, mit einer grossen Anzahl zeitgenössischer Chirurgen dahin, dass für den Unbemittelten die abgekürzte operative Therapie, die, wenn

auch verstümmelt, so doch meist für den Broterwerb ein brauchbares Glied schafft, in Betracht kommt, so lange der Staat nicht Sanatorien für Knochen- und Gelenktuberkulosen für die ärmeren Bevölkerungsklassen schafft. Den Bemittelten kann man die konservative Klimatherapie mit kleineren event. nötigen chirurgischen Eingriffen empfehlen. Diskussion über die Frage nach eigenen Erfahrungen von Coulon, Stierlin (Winterthur), de Guervain, Kocher, Bircher, Bernhard, Arnd, Girard, Demiéville.

Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Kollier.** L'héliothérapie des Ostéo-Arthrites tuberculeuses. (Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte. 44. Jg. Nr. 51, p. 1585.)

Verf. bespricht noch einmal zusammenfassend die schon überall gewürdigten Vorteile der Sonnenbehandlung bei chirurgischen Tuberkulosen, gibt eine Statistik der Heilerfolge in seinen Anstalten in Leysin und erwähnt die in letzter Zeit errichteten Kolonien für Landwirtschaft und Gemüsebau, wo gegen geringen Lohn die Rekonvaleszenten der weniger bemittelten Klassen beschäftigt werden, die so ihren Aufenthalt in der Höhe noch länger auszudehnen imstande sind, so dass die erreichte Ausheilung der Knochen- und Gelenkerkrankungen auch für die Zukunft gewährleistet wird.

Spitzer-Manhold, Zürich.

39) **O. Maas.** Achondroplasie. B. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. 13. VII. 1914. (B. kl. W. 1914, Nr. 39.)

M. stellt eine 28 jährige Patientin vor, die 119 cm gross ist. Der Oberarm ist 18 cm, der Unterarm 14 cm lang. Die Finger sind auffallend kurz und alle fast gleich lang, die Nägel sehr kurz und breit. Die Epiphysen im Ellenbogen- und Handgelenk sind verdickt. Der Rumpf ist verhältnismässig gross, die Lendenwirbelsäule lordotisch. Der Oberschenkel ist 24, der Unterschenkel 27 cm lang, die Beine sind nicht verkrümmt, an den Knochen keine Auftreibungen. Der Kopf ist gross und breit. Die röntgenologische Untersuchung ergibt sehr kurze Metakarpal- und Fingerknochen mit aufgetriebenen Epiphysen, Verdickungen am Radius, Ulna, Tibia und Fibula, auffallende Kürze des Metatarsus und der Zehen, letztere sind für Röntgenstrahlen ungewöhnlich durchlässig.

M. K.

40) **F. Wachsner.** Zur Kenntnis der bilateralen Asymmetrie des menschlichen Körpers. Zugleich ein Beitrag zur Genese des Naegeleschen Beckens. (B. kl. W. 1914, Nr. 52.)

W. zeigte die Bilder eines 8 jährigen Mädchens, welches bei der Betrachtung von vorn den Eindruck einer statischen Skoliose hervorrief, von hinten aber Anomalien zeigte, die damit nicht übereinstimmen.

Die Röntgenaufnahme ergab die typischen Zeichen eines Naegeleschen Beckens, ausserdem aber noch andere Anomalien: Beiderseits Halsrippen, die linke 12. Rippe ist rudimentär, der 4. Brustwirbel ist deformiert und weist einen medialen Spalt auf. Da das Kind nie krank gewesen war, auch nicht Rachitis gehabt hatte, so muss das Naegelesche Becken angeboren sein. Der Fall ist ausserdem der jüngste der bisher zur Beobachtung gelangten; der jüngste klinisch bekannte Fall stammte von einer 21jährigen, das jüngste anatomische Präparat von einer 16jährigen. Während sonst mit dem Naegeleschen Becken fast gar keine Erscheinungen unsymmetrischer Körperformen verbunden sind, besteht hier eine deutliche Asymmetrie. Das rechte Bein ist kürzer, sein Umfang kleiner als der des linken, die ganze rechte Thoraxseite und die Mamma ist weniger entwickelt als die linke, die rechte obere Extremität um 2 cm verkürzt, dagegen ist die linke Schädelhälfte weniger entwickelt als die rechte. Ferner besteht rechtsseitiger Klauenhohlfuss. Verf. nimmt an, dass auch diese Asymmetrie nicht sekundär, sondern infolge embryonaler Störungen entstanden ist.

M. K.

41) **H. Virchow.** Ueber den Situs der Thoraxeingeweide bei spitzwinkliger Kyphose. (B. kl. W. 1914, Nr. 40.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen, welche Verf. an einem kräftig gebauten Körper mit völlig symmetrischer Kyphose anstellte, sind im wesentlichen folgende: Das Rückenmark ist zwar gezwungen, die Konvexität nach hinten mitzumachen, jedoch nur in beschränktem Masse, indem es sich im Bereich des Gibbus der Vorderwand des Wirbelkanals anschmiegt und zwischen sich und der Hinterwand einen Abstand von 8 mm lässt. Die Lungenspitze ist nach hinten gerichtet; wo sie sonst liegt, ist eine horizontale Fläche. Der Ursprung des Zwerchfells an der Wirbelsäule steht höher als der Processus ensiformis; die Pars vertebralis ist nicht gewölbt, sondern eben, die Pars costalis ist sehr kräftig. Das hypertrophische Herz ist in sagittaler Richtung gekrümmt, die hintere Wand des rechten Vorhofs steht fast horizontal, sodass die Vena cava inferior fast unter rechtem Winkel in den Vorhof mündet. Die Aorta ist scharf nach hinten gebogen und drückt den linken Bronchus ein.

M. K.

42) **Morton.** A case of rotary dislocation of the atlas. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXI, Nr. 22, p. 822.)

Ein 12jähriger Junge wird ins Krankenhaus eingeliefert mit auf die linke Schulter geneigtem Kopf, dieser wird in dieser Stellung durch den Patienten mit dem gesunden Arm fixiert, Schmerzen bei Versuch, den stützenden Arm zu entfernen, auch sonst Schmerzen

im Rücken. 3 Tage vorher rang der Junge mit einem grösseren, der Körper wurde stark nach rechts gedreht, während der Kopf zwischen den Beinen des Gegners fixiert war. Sofort Schmerz im Nacken, der Kopf konnte nicht mehr in die Mittellinie gebracht werden. Aphonie. Schluckbeschwerden. Der Mund kann zur Palpation der Halswirbel nicht geöffnet werden. Direkt unter dem Occiput ist eine Depression zu fühlen. Irreguläre Herzaktion. Keine Sensibilitätsstörungen. Das Röntgenbild zeigt eine Verschiebung zwischen Atlas und Wirbelsäule, keinen Abbruch des proc. odontoides, aber Verdacht auf Fraktur des vorderen Atlasbogens. Ein achter Halswirbel ist vorhanden. In Anästhesie Reduktion der Rotationsluxation. Die Stimme kam wieder. Die irreguläre Herzaktion blieb auch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus noch bestehen. Der überzählige Wirbel war vielleicht ein Anstoss zum Zustandekommen der Rotationsluxation.

Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **Fetterolf und Arnett.** A case of Sprengel's deformity. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLVIII, Nr. 4, p. 521.)

Unter Sprengels Missbildung versteht man einen angeborenen ein- oder doppelseitigen Hochstand des Schulterblattes mit Rotation in der Sagittal- oder Frontalaxe. Es kommen auch Veränderungen in der Grösse, Form und Dichtigkeit des Knochens vor. Vv. konnten die Missbildung an der Leiche eines 40jährigen Negers studieren. Die allgemeine Muskulatur war gut entwickelt. An den mit dem Schulterblatt in Verbindung stehenden Muskeln fanden sich Anomalien (überzählige Muskelbündel, atrophische, sehnig degenerierte Stränge). Ebenfalls Anomalien am Schulterblatt selbst und an den angrenzenden Brustwirbeln.

Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **Scherb.** Entbindungslähmungen. Ges. d. Aerzte in Zürich. 16. V. 14. (Korrespdzbl. f. Schweizer Aerzte. 44. Jg., Nr. 30, p. 951.)

An zwei Entbindungslähmungen zeigt Vortr. die Wichtigkeit der therapeutischen Aufgabe, die koordinativen Zusammenhänge der Muskelaktion aufzudecken und der Bewegungstherapie dienstbar zu machen, auch in späterem Alter noch.

Demonstration von Resultaten, welche mit der Stoffel'schen Operation bei zwei Fällen von infantiler zerebraler Hemiplegie erzielt wurden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Weissbrem.** Funktionsfähige Pseudarthrose bei schwerer Gelenkverletzung. Aertzt. Ver. in Hamburg 12. V. 1914. (D. m. W. 1914, Nr. 40.)

Durch einen Unfall in früher Kindheit war die Gelenkverbindung am rechten Ellenbogen vollständig zerstört. Es hatte sich eine gänzlich neue natürliche Gelenkverbindung zwischen Radius und Humerus und

zwischen Radius und Ulna gebildet, durch die eine vorzügliche Beweglichkeit erreicht wurde. Der jetzt 67jährige Mann ist in schwerem Fabrikbetriebe voll arbeitsfähig. M. K.

46) **F. Cahen.** Eine neue Methode der Transplantation bei Nervendefekten. (D. m. W. 1914, Nr. 43.)

Bei einem durch Entfernung einer Geschwulst entstandenen Defekt des Ulnaris versuchte Verf., ein Stück eines sensiblen, mit seinem trophischen Zentrum in Verbindung stehenden Nerven, des N. cutaneus antibrachii medialis, zwischen die beiden Enden des durchschnittenen Ulnaris einzuschalten. Auf der so geschaffenen Leitungsbahn sollten die Fasern des zentralen mit denen des peripherischen Nervenstumpfes in Verbindung treten. Dieser Versuch gelang. Die anfangs bestehende Ulnarislähmung ging unter elektrischer Behandlung schnell zurück, nach 6 Monaten bestand nur eine geringe Störung der Motilität. Die Sensibilität ist im Gebiet des N. cutaneus a. m. und des Ulnaris erloschen, kehrte aber in der Folgezeit teilweise zurück. M. K.

47) **Froelich.** Paralyse ischémique de Volkmann. Soc. de med. de Nancy. (Rev. de chir., 34^e année Nr. 5, p. 708.)

Ein vierjähriger Junge erlitt vor 2 Monaten eine Fraktur beider Unterarmknochen im mittleren Drittel. Der Gipsverband musste wegen plötzlicher Schwellung der Hand entfernt werden. Es blieb aber eine typische Volkmann'sche Kontraktur (Verkürzung durch Myositis) nach. Man machte eine gewaltsame Redression der Finger und des Handgelenks, fixierte sie in Gips, machte noch einige Zeit Massage. Jetzt bei der Vorstellung des Kranken ist schon eine wesentliche Besserung des Zustandes zu konstatieren.

Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Watts.** The shaft of the radius as a pin cushion. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXI, Nr. 22, p. 823.)

Eine 30jährige Frau kam mit Nähzeug eine Treppe herunter, fiel und verletzte sich den Arm. Einige Zeit nachher bekam sie Schmerzen im Arm, in dem man bei Pronation und Supination des Radius einen Fremdkörper sich unter der Haut hin und her bewegen fühlte. Das Röntgenbild zeigte eine abgebrochene Nadel, die senkrecht zum Radiuschaft in den Knochen eingedrungen war.

Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Payr.** Verfahren zur Verkürzung der Ulna bei der Operation schlecht geheilter Radiusbrüche, »Radiuspseudarthrosen.« Med. Ges. zu Leipzig. 9. 6. 1914. (B. kl. W. 1914, Nr. 43.)

In einem Falle von Pseudarthrose des Radius wandte P. die blutige Naht an, die zwar nicht zur knöchernen Heilung führte, aber die Bruchenden 2 Jahre lang zusammenhielt. Dann riss der Draht, und es trat eine Deformität der Hand ein. Mit Hilfe eines 12 cm

langen Knochenstückes aus dem Darmbeinkamm wurde die Fraktur in einander gebolzt. Ohne Knochennaht und ohne Schienenverband trat eine Heilung mit recht befriedigendem Erfolg ein. M. K.

50) **Folsy-Chaput.** Luxation du grand os, énucléation du semi-lunaire fracture et luxation dorsale du pyramidal. Échec de la réduction, extirpation de semi-lunaire suivie d'un résultat satisfaisant. Soc. de chir. de Paris. 10. VI. 14. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7, p. 122.)

Ein Soldat stürzt mit vorgestreckter und gebeugter Hand vom Pferd. Schwellung des Handgelenks. Radiogramm: Abriss des proc. styloid. radii, Herausreissung des Mondbeins, Bruch und dorsale Luxation des Dreieckbeins, Luxation des multangulum majus. Da eine Reduktion unter Anästhesie misslang, wurde sofort die Exstirpation des Mondbeins vorgenommen. Guter Erfolg.
Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Davies.** Periosteal rohitlow. (The Lancet. 31. X. 14, p. 1045.)

Verf. führt einen eigenen Fall von Panaritium an, bei dem er den Knochen der Endphalanx des rechten Zeigefingers entfernte, wahrscheinlich ohne das Periost mitzunehmen, da nach einem halben Jahr das makroskopische und Röntgenbild die Bildung einer vollständigen neuen knöchernen Phalanx zeigte.

Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Tietze, A.** Ueber eine eigenartige traumatische Gelenkkontraktur. (B. kl. W. 1914, Nr. 32.)

In vielen Fällen chronischer Arthritis, aber auch bei akuten Prozessen, findet man eine Fingerhaltung, die man willkürlich gar nicht erzeugen kann; sie besteht in ulnarer Ablenkung der 4 Aussenfinger. Beugung in den Grundgelenken, Ueberstreckung im ersten Zwischengelenk und krallenartiger Beugung oder Streckung in der Nagelphalanx. Die Stellung kann nur durch einen reflektorischen Vorgang hervorgerufen werden. Diese Kontrakturen finden sich auch bei spastischen Lähmungen, wenn die Patienten aufgefordert werden, gewisse Bewegungen auszuführen. Nach Foerster sprechen hier phylogenetische Momente mit, das wird bestätigt durch die Tatsache, dass es gesunde Leute mit primitiven Händen gibt, welche eine derartige Stellung willkürlich einzunehmen imstande sind. Verf. schildert einen Fall von Oberarmverletzung, bei dem Hände und Finger unbeteiligt blieben, Nervenlähmungen und Muskelschrumpfung waren nicht vorhanden; es entwickelte sich eine reflektorische Fingerkontraktur ohne nachweisbare Erkrankung der Gelenke. Er nimmt an, dass unter dem Einfluss fixierender Verbände minimale Gelenkveränderungen entstanden sind, die zur arthrogenen Reflexkontraktur führten. M. K.

53) **Judson.** Trigger finger, its cause and mechanism. (The Lancet. 19. XII. 14, p. 1413.)

Mitteilung eines Falles von schnellendem Finger bei einem 76 jährigen Handwerker nach einem Arthritisanfall. Der Mechanismus ist noch nicht aufgeklärt, eine Rauigkeit der betreffenden Gelenkflächen nach arthritischen Veränderungen kommt jedenfalls beim Zustandekommen des Schnellens in Betracht. Die Behandlung richtet sich gegen die Arthritis (Abführen), zur Nacht wird der schnellende Finger durch Heftpflaster in einer Schiene in richtiger Stellung fixiert gehalten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Leriche.** De la névrotomie sous-péritonéale du nerf obturateur, Soc. de chir. de Lyon. 19. III. 14. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7. p. 126.)

Vortr. erwähnt die guten Resultate, die man mit der subperitonealen Neurotomie des n-obturatorius bei hartnäckigen Kontrakturen der Adduktoren hat. Bericht eines Falles bei einem 20 Jährigen mit starker spastischer Kinderlähmung. Beim Erwachsenen gibt die Operation keine besonders guten Resultate wegen Muskelsehnenretraktionen und wegen der Schwierigkeit des subperitonealen Arbeitens, Vortr. zieht den transperitonealen Weg vor in solchen Fällen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **Ferraton.** Contribution à l'étude de la résection dans les traumatismes de la hanche. Soc. de chir. de Paris. 10. VI. 14. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7, p. 117.)

Vortr. berichtet über eine Hüftgelenksluxation bei einem Mann, der mit dem Pferd stürzte, die erst am 36. Tag nach dem Unfall erkannt wurde. Es war eine beinahe vollständige Ankylose des Hüftgelenks eingetreten. In Narkose versuchte man vergeblich, die Luxation zu reduzieren, Kopf und Hals des Femur mussten schliesslich reseziert werden. Das Endresultat ist ein befriedigendes, es besteht nur leichtes Hinken, alle Bewegungen in der Hüfte sind frei.

Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Broca.** Traitement de la luxation congénitale de la hanche par l'appareil de Le Damany. Soc. de chir. de Paris. 10. VI. 14. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7. p. 121.)

Vortr. verwendet seit 3 Jahren mit gutem Erfolg bei Hüftgelenksreduktionen im 2. Stadium, wenn es sich darum handelt, das Bein wieder in gerade Stellung zu bringen und das Gelenk geschmeidig zu machen den Apparat von Le Damany. Er hat darüber neuerdings eine Erfahrung von mehr als 80 Hüftgelenksluxationen (ein- und doppelseitigen.)

Spitzer-Manhold, Zürich.

57) **Chaput.** Ankylose en flexion des hanches et des deux genoux avec équinisme des deux pieds. Myorrhexis à maillet, arthrotomie péronéo-tibiale inférieure, ténotomie et redressement forcé des pieds suivis de large déchirure de la peau. Soc. de chir. de Paris. 20. V. 14. (Rev. de chir. 34e année, No. 7, p. 116.)

Infolge langen Krankenlagers hatte eine 30jährige Patientin eine Muskelretraktion der unteren Extremitäten (Flexion in beiden Hüft- und Kniegelenken, pedes equini) bekommen. In Narkose subkutane Durchreissung mittels stumpfer Hammerschläge. Tenotomie der Achillessehnen. Rechts konnte der Fuss nicht in rechtwinklige Stellung gebracht werden, weshalb mit einem Scherenschnitt Tibia und Fibula im Gelenk voneinander getrennt wurden. Darauf Redresse-

12*

ment möglich. Nach 1 Jahr kam Pat. wieder mit einem Rezidiv des Equinus rechts. Erneute Tenotomie und gewaltsames Redressement des Fusses, wobei die Haut in etwa 4—5 cm Länge platzte. Trotzdem wurde ein Gipsverband mit Fenster für die Wundbehandlung gemacht. Schnelle Heilung und gutes Resultat der Fusstellung. Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Nieber.** Osteochondritis deformans juvenilis. (Aerztl. Verein zu Hamburg. 17. III. 1914. (D. m. W. 1914, Nr. 32.)

Die Patientin, ein 11jähriges Mädchen, bekam nach einem Wettlauf Schmerzen im linken Oberschenkel und begann bald darauf zu hinken. Erscheinungen einer Coxitis sind nicht vorhanden. Die Röntgenaufnahme ergab die charakteristischen Merkmale der Osteochondritis, herdförmige Aufhellung der Knochensubstanz an der Femurepiphyse und Abplattung der Kopfkappe. 13 in der Literatur beschriebene Fälle zeigten eine günstige Prognose, aber eine mehrjährige Dauer. In der Behandlung wird neuerdings die Bewegungstherapie bevorzugt. Die Krankheit ist von der Arthritis deformans der Erwachsenen scharf zu trennen. M. K.

59) **Keppler und Erkes.** Ueber den Wert der Tuberkulinherdreaktion für die Diagnose unklarer Hüftgelenkerkrankungen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 3, p. 800.)

Vor den subkutanen Tuberkulininjektionen machten Vv. Pirquet, um die Empfindlichkeit des Körpers auf Tuberkulin zu prüfen und entsprechend die grössere oder kleinere therapeutische Anfangsdose zu wählen. War der Pirquet sehr stark, so wurde eine kleinere therapeutische Tuberkulindose genommen für den Anfang; fiel er schwach aus, so nahm man eine grössere subkutane Tuberkulindose. Man unterscheidet: die Stichreaktion, die Herdreaktion und die allgemeine. 41 Krankengeschichten werden mitgeteilt. 16 Kranke zeigten Herdreaktion, diagnostisch zuverlässig ist nur diese. 13 mal waren dabei Stich- und Allgemeinreaktion vorhanden. Spitzer-Manhold, Zürich.

60) **Vogel.** Weitere Beobachtungen über den Stieda'schen Knochenschatten am Condylus internus femoris. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 105, H. 4, p. 1019.)

Verf. teilt an 8 eigenen Beobachtungen von Stieda'schem Schatten am Epikondylus internus femoris seine Ansicht über die strittige Aetiologie mit (Fragment nach Trauma direkter oder indirekter Art oder periostale, resp. parostale Ossifikation). Ausschlaggebend ist die Röntgenaufnahme, die sofort nach dem Unfall oder zu Beginn der Behandlung gemacht werden sollte. Ergibt diese schon im Anfang den Stieda'schen Schatten, so handelt es sich mutmasslich um eine traumatische Ursache. Sieht man aber

erst nach einigen Wochen der Behandlung den Knochenschatten auftauchen, so handelt es sich um eine posttraumatische Ossifikation.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 61) **Fraser und Robarts.** Congenital deficiency of the radius and a homologous condition in the leg. (The Lancet. 6. VI. 14., p. 1606.)

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Klumphand mit teilweise fehlendem Radius und über einen analogen an der unteren Extremität: unvollständige Tibia, die wachsende Fibula hatte den Fuss nach innen gedreht. Die Operation besteht beim defekten Radius in Resektion eines Teils der Fibula und Ersatz des Defektes durch das Transplantat; analog beim Tibiadefekt. In beiden Fällen konnte nach der Anamnese die Theorie des Drucks durch stark angepresste Lage im Uterus zur Erklärung der Hemmungsbildung herbeigezogen werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 62) **Guye.** Der Kompressionsbruch und die traumatische Erweichung des Mondbeines. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 130, H. 1—2, p. 118.)

Die Kompressionsfraktur bzw. die traumatische Erweichung des Mondbeins ist noch ziemlich unklar. Verf. teilt 7 noch unveröffentlichte Beobachtungen mit, Röntgenbilder der Verletzungen. Neben primären Frakturen durch schweres Trauma kommen Schädigungen vor, die auf traumatische Ernährungsstörungen zurückzuführen sind, entweder handelt es sich um eine Kompressionsfraktur mit partieller Unterbrechung der Blutzirkulation im Innern des Knochens oder um einen dorsalen Bänderabriss, der zu schweren Zirkulationsstörungen führt. In den eigenen 7 Krankengeschichten sind 3 Fälle mit Bandabriss zu erklären, die anderen 4 auf die eine und die andere Weise. Die histologische Untersuchung ergab eine zentrale Nekrose des Mondbeins mit Kalkeinlagerung und demarkierender Rundzelleninfiltration, sowie peripherer Knochenschale mit Umbau der Spongiosa. Die Symptome sind erst die einer gewöhnlichen Distorsion; die lange Dauer, Rezidive oder lokaler, bleibender Schmerz lassen aber an eine isolierte Schädigung des Lunatum denken. Differentialdiagnostisch kommt Tuberkulose in Betracht. Die Prognose ist im ganzen ungünstig, da eine deformierende Arthritis des Handgelenks trotz Entfernung des Lunatum eine Funktionsstörung herbeiführen kann.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 63) **Raffle.** A family history of polydactylism. (The Lancet 12. IX. 14, p. 693.)

Eine Frau mit je einem überzähligen Finger an jeder Hand

heiratete, hatte 8 Kinder, von denen keines etwas Abnormes zeigte. Eine der Töchter hatte 12 Kinder. Von diesen zeigten das 1. (Knabe) und 3. (Mädchen) die Difformität der Grossmutter. Der Knabe hatte später 2 Söhne mit der gleichen Missbildung, das Mädchen 2 Töchter, deren eine einen überzähligen Finger hatte.

Spitzer-Manhold, Zürich.

64) **Lawrance.** A case of ganglion of ring finger. (The Lancet. 12. IX. 14, p. 693.)

Eine Frau bekam plötzlich heftige Schmerzen am Ringfinger der rechten Hand, die an der Spitze angingen und den Arm hinaufzogen und so heftig waren, dass sie nachts davon aufwachte. Sie dauerten einige Stunden und begannen infolge Schlag oder Stoss irgend welcher Art. Sie hatte sie schon seit mehreren Jahren, aber in letzter Zeit besonders stark. In der Grösse des Fingers war nichts Abnormes zu konstatieren, er war beim Betasten an der Spitze sehr schmerzhaft. Am Nagel war eine longitudinale Furche zu sehen. Er wurde entfernt, und direkt an der Insertion der Strecksehne fand man ein kleines Ganglion. Es wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, und die Beschwerden waren verschwunden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

65) **Robinson.** Treatment of whitlon; later felon. (The New-York med. Journ. 26. VI. 14, p. 1287.)

Verf. empfiehlt bei Nagelgeschwüren (Panaritien) bei hartnäckigen Fällen 2mal täglich Verbände, mit impermeablen Stoff gedeckt, zu machen, mit Glyzerin und einer gesättigten Bittersalzlösung zu gleichen Teilen. Einigemal am Tag soll der Finger aus dem Verband genommen werden und in heissem Boraxwasser gebadet ($\frac{1}{2}$ Unze Borax auf 1 Glas heissen Wassers). Diese Bäder sollen sehr den lokalen Schmerz lindern. Später Behandlung mit Zinkoxydsalbe.

Spitzer-Manhold, Zürich.

66) **Morestin.** De la correction des flexions permanentes des doigts consécutives aux panaris et aux phlegmons de la paume de la main. (Rev. de Chir. 34^e année, Nr. 7, p. 1.)

Verf. beschreibt seine neue bewährte Technik zur Behebung ständiger Beugekontrakturen der Finger nach Panarition und Phlegmonen. Durch ein System von Längs- und Querschnitten bildet er eine Anzahl Lappen, die dachziegelartig übereinander gelagert, eine normale Streckung der Finger und damit gute Arbeitsfähigkeit ermöglichen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 67) **Herhaus.** Ein Fall von Schambeinbruch und Symphysealösung infolge Muskelwirkung. (D. militärärztl. Zschr. 43. Jhrg. H. 14, p. 537.)

Diese Verletzung ist eine sehr seltene. Ein Kanonier strauchelt auf der Treppe ohne umzufallen, hält sich noch am Geländer fest. Geringer Schmerz in der linken Leiste und am rechten Oberschenkel. Erst bei der Callusbildung wird eine Röntgenaufnahme und richtige Diagnose gemacht: Bruch des absteigenden Astes des Schambeines links, Infraktion des horizontalen, Diastase der Symphyse, durch plötzliche forzierte Wirkung der stark entwickelten Adduktoren entstanden. Der Unfall ereignete sich Ende Februar, Dienstfähigkeit erst im September vorhanden. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 68) **Heinemann und Siedamgrotzky.** Zur Kasuistik der Beckenluxationen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 4., p. 927.)

Verf. beschreiben 2 durch das Röntgenbild festgestellte Beckenluxationen bei einem 18jährigen Arbeiter und einem 10jährigen Jungen, welche beide durch eine starke Gewalt (Wagen und grosser Stein) von hinten gegen das Becken getroffen wurden, wahrscheinlich bei starker Adduktorenspannung, wodurch eine Trennung der Symphyse und einer Kreuzbeinverwundung entstand mit Luxation der einen Beckenhälfte nach oben. Ohne erhebliche Nebenverletzungen ist die Prognose keine schlechte; die beste Therapie besteht wohl in einem Extensionsverband zur Herabziehung der luxierten Beckenhälfte. Ein stärkeres Klaffen der Symphyse erfordert oft operative Vereinigung. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 69) **L. Müller.** Die Verletzungen der Zwischenknorpelscheiben und der Kreuzbänder des Knies. (Sammelreferat Deutsche militärärztl. Zschr. 43. Jg., H. 22/23, p. 714.)

Verf. bespricht die Arbeiten über dieses Thema von Brüning, Glass, Blecker, Goetjes, Konjetzny, Vulpius, Schwarz, Bircher und Jones & Smith, den Standpunkt dieser Autoren zu dem Leiden und die von ihnen angewandte Therapie.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 70) **Riedel.** Seltener Ganglien (Sehne und Sehnenscheide, Meniscus lateralis genu, schmerzhaft). (D. Zschr. f. Chir. Bd. 132. H. 1—2, p. 167.)

Es wird allgemein angenommen, dass die Ganglien durch kolloide Einschmelzung umschriebener Gewebsteile in Gelenkkapseln und anderen bindegewebigen Organen entstehen. Verf. teilt eigene Fälle seltener Ganglien mit, deren Entstehung eine Bestätigung der genannten Theorie bildet. Nur wenn wirkliche Beschwerden bestehen, soll man sie operieren, sonst vergehen sie

auch spontan. An der lateralen Kniebandscheibe werden multiple Ganglien (mehrere erbsgrosse Hohlräume beobachtet, auch durch kolloide Einschmelzung des Gewebes entstanden) angetroffen. 6 eigene Fälle. Der laterale Sitz ist wohl durch stärkere mechanische Inanspruchnahme des lateralen Meniskus zu erklären. Diagnostisch ist immer ein länglicher warstförmiger Tumor, genau dem lateralen Gelenkspalt entsprechend, zu konstatieren. Die Schmerzen in der Geschwulst selbst sind nicht heftig. Die an Hand und Fuss vorkommenden schmerzhaften Ganglien drücken gewöhnlich auf einen Nerven, daher die Schmerzen. Das gewöhnliche radiale Ganglion ist meist nicht schmerzhaft. Spitzer-Manhold, Zürich.

71) **Riedel.** Das Hygrom der bursa semimembranosa. D. Zschr. f. Chir. Bd. 132. H. 1—2, p. 144.

Die bursa semimembranosa kommt selten vor und wird vom Anatomen meist garnicht beachtet. Erst dem Chirurgen fällt sie durch eventuell notwendige Exstirpation auf. 26 eigene operierte Fälle. Sie kommuniziert selten, meist nicht, mit dem Kniegelenk. In ihr entwickelt sich häufig ein seröses, bisweilen gallertiges Exsudat, welches oft die dünne Membran, die die bursa vom Gelenk trennt, sprengt und sich ins Gelenk ergiesst. Ein hartnäckiger Hydrops des Gelenkes resultiert daraus und fordert zu operativer Behandlung auf. Die Aetiologie der Entstehung ist unklar, selten traumatisch. Dieses hygroma colloidalis entwickelt sich vielleicht aus der hinteren Wand der bursa semimembranosa. Eine Nachprüfung der Sachlage durch weitere Arbeiten ist erforderlich.

Spitzer-Manhold, Zürich.

72) **Vereinigung der orthopädischen Turnlehrerinnen und Heilgymnastinnen.**

In Berlin ist eine „Vereinigung der orthopädischen Turnlehrerinnen und Heilgymnastinnen“ auf Veranlassung der Gross-Berliner Auskunftsstelle für Frauenberufe gegründet worden.

Dieser Zusammenschluss ist gerade in dem jetzigen Zeitpunkt zu begrüssen, weil die gewaltigen Aufgaben der Invaliden- und Krüppelfürsorge aller Voraussicht nach eine gesteigerte Nachfrage nach gut geschulten orthopädischen Turnlehrerinnen und Heilgymnastinnen bringen werden, und weil die Ausbildungsverhältnisse für dieses Berufsgebiet noch vieles zu wünschen lassen.

Demzufolge sieht die Vereinigung ihren Hauptzweck darin, geregelte Ausbildungsverhältnisse zu schaffen, an denen es bisher mit Ausnahme von Kiel in Deutschland fehlt.

Die Mitgliedschaft kann erworben werden, wenn eine mindestens zweijährige Ausbildung oder eine dreijährige erfolgreiche Tätigkeit nachgewiesen werden kann. Nähere Auskunft erteilen die erste Vorsitzende Frau Emmy Baudrexel-Hirschberg, Kurfürstendamm 152 und die erste Schriftführerin Fräulein Grete Laack, Wörtherstr. 38.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpinus in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

12 Gebote zur Verhütung des Krüppeltums bei unseren Kriegs-Verwundeten.

Von
Prof. Dr. RITSCHL,
Freiburg im Breisgau.

1.

Sei eingedenk, dass Ruhe den Gelenken (Steifigkeit) und Muskeln (Abmagerung und Schwäche) schädlich ist.

2.

Verlass dich nicht darauf, dass, nachdem die Gewebstrennungen geheilt sind, die Bewegungsstörungen durch eine orthopädische oder medico-mechanische Nachbehandlung bekämpft werden können, sondern suche sie mit allen Mitteln vom Kranken fern zu halten. Weise aber in schweren Fällen die Kranken der Nachbehandlung sobald als möglich zu, damit Zeit, Mühe und Geld gespart werden.

3.

Beschränke die Ruhigstellung der Gelenke auf das geringste Mass und suche sie häufig, sobald es die Heilung der Wunden und Knochenbrüche zulässt, zu unterbrechen (veränderte Winkelstellung, Bewegungen).

4.

Erhalte die kostbare Kraft in den durch Ruhe gefährdeten Muskeln nach Möglichkeit durch frühzeitig einsetzende regelmässige Massage, Elektrisierung und unter deiner Aufsicht vom Kranken auszuführende Eigen- (aktive) Bewegungen ohne und mit äusseren Widerständen.

5.

Gedenke, dass die Streckmuskeln dem Schwunde weit schneller anheim fallen als die Beugemuskeln. Suche vor allem dem Arm seinen Heber (Deltamuskel) und dem Knie seinen Strecker (Quadriceps femoris) leistungsfähig zu erhalten, denn ihre Schwächung macht das betreffende Glied in hohem Grade minderwertig.

6.

Stelle die Gelenke auf längere Zeit, falls dieses der Gewebstrennungen wegen nicht zu vermeiden ist, in solchen Stellungen fest, dass deren Versteifung gegebenenfalls dem Gliede es möglichst wenig erschwert sich zu betätigen, und zwar:

Das Schultergelenk — in der üblichen durch ein Tragtuch (Mitella) gesicherten Ruhelage.

Das Ellenbogengelenk — rechtwinklig.

Das Vorderarmdrehgelenk — in Einwärtsdrehung (Pronation).

Das Handgelenk — überstreckt in der beim Schreiben und der beim festen Schliessen der Faust sich von selbst ergebenden Stellung.

Die Fingergelenke — leicht gebeugt.

Das Hüftgelenk — leicht gebeugt und abgespreizt (abduziert).

Das Kniegelenk leicht gebeugt.

Das Fussgelenk — etwa rechtwinklig und leicht einwärts gedreht (supiniert).

7.

Verhüte, dass die Hand eines in der Schlinge ruhenden Armes durch ihre Schwere in Beugstellung sinke, denn diese Lage begünstigt Versteifungen der Finger in Strecklage und beeinträchtigt den Faustschluss.

8.

Erhalte den Fingern ihre Beweglichkeit. Schliesse sie nicht unnötig in Verbände mit ein und vergiss nie, den Kranken zu ermahnen, seine Finger durch fortgesetztes ausgiebiges Bewegen vor Versteifung zu bewahren.

Erhalte dem Verwundeten nach Möglichkeit eine natürliche Greifzange, denn eine künstliche Hand ist gefühllos und dadurch einem lebenden Handrest gegenüber minderwertig.

9.

Rege den Blutumlauf besonders bei bettlägerigen Kranken durch Bewegungsübungen der Glieder, auch Tiefatmungen an, denn eine gesteigerte Blutbewegung verleiht den inneren Organen wohlthuende Anregungen und steigert die Ernährung und Regenerationskraft der Gewebe.

10.

Beseitige frühzeitig in die Gewebe ergossenes Blut durch aufsaugungsbefördernde Mittel (Hochlagerung, Massage, Wärme, Wechselduschen usw.), denn das geronnene Blut übt Dauerreizungen aus, die zu Verklebungen der Bewegungsorgane und bei reichlicher Anwesenheit zur Bildung schwartiger Bindegewebsmassen führen. Die letzteren aber können gewöhnlich nachträglich vollständig nicht mehr entfernt werden. Erwähne dich, dass die Blut- und Lymphbewegung in den äusseren Abschnitten der Glieder mehr erlahmt und demgemäss die spontane Aufsaugung hier unter allen Umständen durch Kunsthilfe gesteigert werden muss.

11.

Halte es nicht deiner für unwürdig, in zweifelhaften Fällen, und falls deine eigenen technischen Fähigkeiten dir nicht genügend erscheinen, den Rat und die Hilfe eines erfahrenen Fachkollegen

frühzeitig nachzusuchen, denn du lernst dabei, dem Verletzten aber gereicht es zum Vorteil.

12.

Verachte nicht das Mechanische, denn unser Bewegungsapparat ist ein mechanisches Wunderwerk. Nur der aber ist im Stande eine komplizierte Maschine wieder in Gang zu bringen, der deren Mechanismus kennt und selbst ein guter Mechaniker ist.

Wie verhindert man das Abrutschen von Klumpfußverbänden?

Von

LUDWIG KLOSTERMANN, Gelsenkirchen.

Immer wieder erscheinen in der Tagesliteratur Vorschläge, wie man das leidige Abrutschen der Klumpfußverbände vermeiden soll; dabei wird jeder wissen, dass je jünger und fleischiger der Fuss, desto eher der Patient wiederkommt mit dem Stiefel in der Hand, zuweilen überreicht ihn auch die Mutter mit vorwurfsvollem Blicke dem enttäuschten Orthopäden. Ich selbst habe natürlich auch so etwas erlebt, aber genaueste Selbstprüfung und Ausprobung aller Verbandvorschläge hat ergeben, dass der Fehler nie an der Art des Verbandmittels, sondern immer an der Behandlung der Klumpfußstellung lag. Wer ordentlich redressiert, wer dafür sorgt, dass besonders der Sinus tarsi gut ausmodelliert wird und die Hacke tief steht, wer dann in wirklich überkorrigierter Stellung sorgfältig anschmiegend eingipst, der hat auch die Sicherheit, dass der Verband nicht rutscht, genau so gut wie er nicht fürchtet, dass ihm ein Verband nach einem Knöchelbruch verloren geht. Ist die Ueberkorrektur aber nicht vorhanden, wenn man das Kind mit dem fertigen Verband aus der Hand gibt, so muss man mit einem Abrutschen rechnen.

Eine Frage der Uebung ist es, und die erwirbt man sich besonders an jungen Füßen nicht so schnell, wie man die überkorrigierte Stellung während der Anlegung des Verbandes festhält, und da führen viele Wege zum Ziel, unter denen sich jeder auswählen mag, was ihm liegt, Gips oder Pflaster, oder Klebestoff oder Schienchen oder Verbindungen aller dieser Mittel.

-
- 1) **H. Gocht-Halle a. S.**, z. Zt. im Felde. Anleitung zur Anfertigung von Schienenverbänden. Mit 35 Textabbildungen. Verlag von F. Ecke, Stuttgart. 1915. Preis 1,20 Mk.

Das Heft beschreibt die Schienenverbände, welche mittels ein-
13*

fach improvisierten Schienen für obere und untere Extremität herzustellen sind.

Die Schienen bestehen aus leicht biegbarem Bandeisern, das in Schusterspan eingewickelt wird. Die so hergestellten Verbände sind unzweifelhaft sehr zweckmässig.

Die kurzen Regeln für Transportverbände, welche der allgemeine Teil gibt, sind äusserst beherzigenswert. Vulpinus, Heidelberg.

2) **Luis Morquio.** Die Heine-Medin'sche Krankheit oder die epidemische Kinderlähmung. (Revista Médica del Uruguay. 1913. Nr. 8, S. 305.)

In der vorliegenden, sehr ausführlichen Arbeit gibt M. eine genaue Darstellung des ganzen Krankheitsbildes der epidemischen Kinderlähmung und basiert seine Mitteilungen auf 160 selbst beobachtete Fälle. Von diesen betrafen 47 das 1. Lebensjahr; 59 das 1.—2. Lebensjahr; 27 das 2.—3. Lebensjahr; 11 das 3.—4. Lebensjahr; 2 das 4.—5. Lebensjahr; 3 das 5.—6. Lebensjahr; 1 das 6.—7. Lebensjahr; 10 Alter unbekannt. Knaben waren es 82, Mädchen 78. 71mal wurde nur ein fieberhafter Zustand als Initialstadium beobachtet, 90mal bestand gastrisches Fieber, 20mal bestanden Magen- und Darmerscheinungen; die übrigen Fälle begannen mit sonstigen Krankheitssymptomen. Was den Ausgang der Erkrankung betrifft, so wurden festgestellt: Monoplegien: Im ganzen 103 und zwar 18mal linker Arm, 10mal rechter Arm, 39mal linkes Bein, 36mal rechtes Bein; 13mal Hemiplegie, und zwar 5mal rechts, 2mal links, 6mal alternierend; 37mal Paraplegie, 4mal Triplegie und 3mal Quadriplegie. Stein-Wiesbaden.

3) **Gregorio Amunátegui.** Primäre Sarkome der Muskeln. (Verhandl. des 5. latino-amerikan. med. Kongresses. Santiago 1913.)

Primäre Sarkome der Muskeln sind verhältnismässig selten. Die Beobachtungen A.'s erstrecken sich auf 1. ein 11 jähriges Mädchen mit Sarkom im Bereiche des Quadriceps, speziell im Vastus externus; 2. auf ein 5 jähriges Mädchen mit Sarkom im Bereiche des Glutäus maximus; 3. auf einen 8 jährigen Knaben mit Sarkom im oberen Drittel der Wadenmuskulatur. A. empfiehlt die ausgedehnte Exzision der Geschwulst und hat damit bei dem zweiten Falle eine 12 Monate anhaltende Heilung erzielt. Rezidiv trat nach 17 Monaten auf und führte zum Tode. Bei dem letzten Fall, der erst einige Monate her ist, kann ein Urteil noch nicht abgegeben werden. Der erste Fall führte 6 Monate post operat. zum Exitus. Immerhin glaubt A., die Exzision der Geschwulst zusammen mit dem ganzen Muskel, von dem sie ausgeht, an Stelle der Amputation besonders bei Kindern empfehlen zu sollen.

Stein-Wiesbaden.

4) **Alamartine.** Arthrite purulente du genou. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 131.)

Bei einer jungen Frau mit eitriger Arthritis des Knies (im Anschluss an Pyämie) begnügte sich Votr. damit, eine einfache Inzision des Schleimbeutels am triceps surae zu machen und das Knie zu flektieren. Darauf wurde eine ausgiebige Gelenkspülung mit Aether gemacht. Schnelles und sehr günstiges Genesungsergebnis. Spitzer-Manhold, Zürich.

5) **Prat-Lenormant.** Tumeur blanche du genou. Résection extra-articulaire. Guérison. Soc. de chir. de Paris. 10. VI. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 119.)

Bei einer 54jährigen Frau mit Tumor albus des Knies wurde dieses, ohne die kranken Partien zu eröffnen, im Umfang von 16 cm Länge (im gesunden Femur bis in die gesunde Tibia) herausgeschnitten, Tibia und Fibula durch Bronzedraht vereinigt. Die Heilung erfolgte rasch, aber natürlich resultiert eine starke Skelettverkürzung bei dieser radikalen (Bardenheuerschen) Methode, die darauf bedacht ist, den Infektionsherd uneröffnet zu entfernen. Die Anwesenden sprechen sich nach eigenen Erfahrungen für die weniger eingreifende klassische Knierektion aus. Spitzer-Manhold, Zürich.

6) **Werner.** Exzessive Kürze der Unterschenkel. Ges. d. Aerzte zu Wien. 23. X. 1914. (B. kl. W. Nr. 46.)

W. stellte eine Frau vor, die wie eine Zwergin aussieht, aber mit Ausnahme der Unterschenkel normal gewachsen ist. Die Tibien sind sehr kurz, die Fibulae verkrümmt, gedreht und stark verdickt. Die Kniescheiben sind nach oben luxiert. Die Pat. hat an jeder Hand 6 Finger, an einem Fuss 7, am andern 8 Zehen. M. K.

7) **H. Andree.** Die Operationen zur Deckung grösserer Tibiaderfekte. (D. m. W. 1914, Nr. 32.)

Verf. bekam ein 12jähriges Mädchen in Behandlung, bei dem durch einen osteomyelitischen Prozess die untere Tibiahälfte mit der Epiphysenscheibe zerstört war. Die entstandene Deformität hätte durch Schaffung eines künstlichen Tibiaderfektes mit nachfolgender Brandesscher Operation (Ueberbrückung des Tibiaderfektes in der Diaphyse unter Schonung des Fibulaköpfchens und des äusseren Knöchels durch Einpflanzung des gleichseitigen Fibulachafes) zwar beseitigt werden können, der Erfolg wäre aber wegen der Zerstörung der unteren Epiphysenlinie nur von kurzer Dauer gewesen. Um eine Verkürzung des Beines zu verhüten, die Belastung des Fusses richtig zu gestalten und ein gerades Wachstum des kranken Unterschenkels zu gewährleisten, wandte Verf. folgendes Verfahren an: Dicht oberhalb des Fussgelenks wird ein 8—10 cm. langes Stück der Tibia reseziert und die Fussstellung korrigiert. Der Malleolus externus wird in eine Knochenhöhle des unteren Tibiarestes bzw. des Talus eingepflanzt. Dann wird die Fibula in der Höhe des Tibiastumpfes gabelförmig gespalten und der so

gebildete Knochenspan wird mit seinem freien oberen Ende in den Markraum der Tibia eingebolzt. In dem Falle des Verf. heilte der transplantierte Knochen infolge einer teilweisen Nekrose mit Abstossung kleiner Sequester zwar nicht vollständig ein, die Röntgenuntersuchung ergab aber eine feste Vereinigung des Talus mit dem Unterschenkelstumpf. Schwierigkeiten kann die starke Spannung der medialen Haut-Muskel-Narbenpartie bieten, deshalb ist es ratsam, den Eingriff bald nach Ausheilung der Osteomyelitis vorzunehmen. Nach der gleichen Methode kann auch eine Korrektur am oberen Tibiaende vorgenommen werden. M. K.

8) **Leclerc.** Greffe du péroné pour pseudarthrose congénitale de la jambe au tiers inférieur. Soc. de chir. de Lyon. 19. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 127.)

Bei einem 3jährigen Kind mit angeborener Pseudarthrose des Unterschenkels waren verschiedene Operationen ohne Erfolg probiert worden (Anfrischung der Knochenteile, die in rechtem Winkel zu einander standen, Plastiken), bis eine Ueberpflanzung von der Fibula auf die Tibia unter Wegnahme eines Stückes Tibia eine Fixierung des Fusses erreichte. Es ist nur geringe Beweglichkeit vorhanden. Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Schmidseder.** Ueber primäre Beckenknochensarkome (mit einer Zusammenstellung von 178 Beckensarkomen aus der Literatur und einem selbstbeobachteten Fall). (D. Zschr. f. Chir. Bd. 130, H. 3—4, p. 225.)

Verf. teilt eine Beobachtung eines mannskopfgrossen gemischten Sarkoms (Liposarkom) bei einer 59jährigen Patientin im Anschluss an Trauma mit. Es hatte sich im Lauf von $\frac{1}{2}$ Jahr entwickelt und ging vom Knochenmark des linken horizontalen Schambeinastes aus. 8 Monate nach der Operation trat ein Rezidiv auf, $1\frac{1}{4}$ Jahre später Exitus. Das Rezidiv wurde bestrahlt und schon nach 2maliger Bestrahlung waren die Tumoren kleiner geworden, fingen aber, sobald die Bestrahlung ausgesetzt wurde, wieder an zu wachsen. In klinische Beobachtung kommen die Geschwülste des knöchernen Beckenringes nur selten. Unter ihnen ist am häufigsten und bösartigsten das Sarkom (myelogenen oder periostalen Ursprungs). Spitzer-Manhold, Zürich.

10) **Manthos.** Sur un cas de paraplégie fonctionnelle d'origine traumatique. (La Grèce médicale, Mars 1914.)

Der nervös hereditär belastete 22jährige Soldat fiel während der Erstürmung von Kilkis rücklings um und konnte sich seit dem Moment nicht mehr aufrecht halten. Ins Spital gebracht, zeigte er eine spastische Paraplegie, die während des Schlafes verschwand. Seine unteren Extremitäten wurden in Extension und Adduktion, die Füsse in Varoequinustellung gehalten.

Die Sehnen- und Hautreflexe, die Funktion der Sphynkteren waren normal, es bestand kein Fussklonus, keine Atrophie, keine subjektive Sensibilitätsstörung, kein Hoover'sches Phänomen, dagegen waren zu konstatieren: objektive Anästhesie bis zur Schenkelbeuge und Einschränkung des Gesichtsfeldes. Die provozierten assoziierten Bewegungen beider Beine fehlten, die zerebrospinale Flüssigkeit war normal, auch die Radiographie der Wirbelsäule zeigte nichts Abnormes.

Die auf Hysterie gestellte Diagnose wurde durch den Verlauf und den Erfolg der Behandlung — Aufstehen und Gehen nach 3 Sitzungen von Faradisation der Muskeln der unteren Extremitäten — gerechtfertigt.

Chrysospathes, Athen.

11) **Selig.** Die intrapelvine extraperitoneale Resektion des Nervus obturatorius und anatomische Studien über die Topographie dieses Nerven. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 4., p. 994.)

Zur Beseitigung der Adduktorenspasmen empfiehlt Verf. an Stelle der schwerern Förster'schen Operation und der subkutanen Tenotomie, welche Muskeln, Nerven und Gefäße zerstört und zu ischaemischen Kontrakturen führt, die intrapelvine extraperitoneale Resektion des n. obturat., welche bei einer kleinen, von der Extremität entfernten Wunde, unter Schonung der Gefäße, eine leichte Auffindung des Nerven und seines accessorischen Zweiges gestattet, die vollständige Ausschaltung einer Muskelpartie ermöglicht und durch rasche Wundheilung den Patienten nur wenige Tage ans Bett fesselt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Holbeck.** Die Frakturen des Femurkopfes. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 3, p. 699.)

Die Fälle von Schenkelkopffraktur sind selten. Verf. teilt 5 aus der Literatur und einen eigenen mit, der bei einer alten Bäuerin durch Sturz von einer hohen Leiter herab stattfand. Die Diagnose ist oft schwierig, auch der beobachtete Fall wurde nach dem ersten Röntgenbild als Luxation aufgefasst, bis bei genauer Untersuchung eine Krepitation gefunden wurde. Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig, da die heftigen Gewalten, die die Verletzung zu stande bringen, oft letale Nebenverletzungen machen. Die Therapie besteht in Reposition, event. operativem Eingriff in Form einer Nagelung oder Entfernung ausgesprengter Teile. Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **V. Chlumsky.** Ein neuer portativer Apparat bei kongenitaler Hüftgelenkluxation. (Casopis lékařů českých. 1914, Nr. 36.)

Es gibt Fälle von kongenitaler Hüftgelenkluxation, die nach der Operation ein anatomisch ideales Resultat geben und trotzdem nach Jahren neben anderen Beschwerden über Hinken klagen. Es handelt sich in der Regel um blasse, zarte Individuen; die kranke Extremität ist schwächer und kürzer; der reponierte Femurkopf sitzt gut in der Pfanne und lässt sich nicht verschieben. Dagegen besteht Lordose, die kranke Hüfte ist verbreitert und beim Stehen bietet sich das Trendelenburgsche Symptom wie vor der Operation dar. Die Bewegungen im Hüftgelenk sind im grossen ganzen normal. Der Schenkelhals ist verkürzt und manchmal in prägnanter Weise nach unten gebogen. Die Entstehung dieses Zustandes erklärt sich in folgender Weise: Das operierte Hüftgelenk ist ein locus minoris resistentiae und kann seiner Aufgabe nicht vollkommen genügen; die Knochen und Muskeln sind schwächer als auf der gesunden Seite. Er empfiehlt daher, die ohnehin schwächlichen Kinder nach der Operation nicht allzulange im Gipsverbande zu belassen; 3—4 Monate genügen zur Fixierung des Femurkopfes im Gelenk. Hierauf lässt er die Kinder mehrere Monate hindurch einen Apparat tragen, der sich ihm auch bei nicht reponierten Luxationen bewährt hat und der sich einerseits auf das Becken stützt, andererseits den Oberschenkel einhüllt (Abbildung,) und den Fuss in leichter Abduktion erhält. Gute Ernährung, Bäder und Massage der Hüft- und Oberschenkelmuskeln sind geeignet, jene schlimmen Zustände nach der Operation zu verhüten. Vor übermässigem Turnen wird gewarnt.

G. Mühlstein (Prag.)

- 14) **Sanford und Fritz-Simmons.** A combined fracture and orthopedie operating table. (The New-York med. Journ. Vol. C. Nr. 2, p. 74.)

Der von den Vv. erfundene Operationstisch ist hauptsächlich für Reduktion und Eingipsen von Hüftgelenkluxationen geeignet und soll die Zahl der notwendigen Assistenten verringern. Beschreibung des Tisches und Technik des Verbandanlegens.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 15) **Lejars.** Contribution à l'étude de la résection dans les traumatismes anciens de la hanche. Soc. de chir. de Paris 22. IV. 14. (Rev. de chir. 34 e année Nr. 6, p. 859.)

2 eigene Fälle von Hüftgelenksresektion nach altem Trauma. 1. eine verkannte luxatio ileopubica, 2 Monate her, vollständig gestörte Funktion. Vergeblicher Reduktionsversuch in Narkose. Resektion des Kopfes. Dauerextension für drei Wochen. Gutes Resultat. 2. Dreijährige Schenkelhalsfraktur. Gehen fast unmöglich. Starke Schmerzen. Resektion des Kopfes. 3 wöchentliche Extension. Sehr gutes Resultat. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 16) **Llewellyn and Jones.** Gluteal and crural types of fibrositis: their relationship to spurious and genuine sciatica. (Edinburgh med. Journ. Vol. XIII, Nr. 3. p. 225.

Die von den Vv. studierte Fibrositis der Gluteal- und Oberschenkelmuskeln (seltener in Peroneal-, Waden- und Plantarmuskulatur vorkommend) unterscheidet sich von der Ischias dadurch, dass der Schmerz nicht im Nervenverlauf, sondern oberflächlicher und flächenhafter angegeben wird, weniger ausstrahlenden Charakter hat, mehr einem Gefühl der Steifheit im betreffenden Muskel, durch Aktion des Muskels verstärkt, entspricht, und dass Parästhesien fehlen. Objektiv sind in den befallenen Muskeln Infiltrationen und Knoten zu fühlen. Die Erkrankung ist oft Vorläufer einer späteren Ischias (wenn der myogene Prozess auf die Nervenscheiden übergreift), deshalb ist eine möglichst frühe Bekämpfung der muskulären Erkrankung durch Ruhe und Massage angezeigt. Die Ursache ist — abgesehen von Trauma — meist ein Sitzen im Nassen, Tragen durchnässter Kleider, besonders bei daneben stattfindender starker Benutzung der betreffenden Muskeln (Bücken, Sichaufrichten).

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 17) **Clervellyn and Jones.** Osteo- arthritis of the hip: diagnosis in its early or pre-osteophytic stages. (The Lancet 8. VIII. 14. p. 365.)

Wenn folgende Symptome vorhanden sind:

1. Tiefsitzender Gelenkschmerz, erst plötzlich auftretend und vergehend, später bleibend, mit Kapselempfindlichkeit,
2. Ausstrahlende Schmerzen nicht nur am Ischiadikus, sondern auch im Obturatorius- und Cruralisgebiet,
3. Fixation des Gelenks (ausgedrückt durch leichte Hüftflexion und Lordosis),
4. Beschränkung der Extension, Flexion, Einwärtsrotation und Abduktion,
5. Eversion von Fuss und Bein,

so soll man an das präosteophyte Stadium der Osteoarthritis denken, das noch keine positiven Röntgenbilder gibt (Zottenhypertrophie) und sehr lange dauert. Im sekundären Stadium dokumentieren sich dann deutlich knöcherne oder knorpelige Exkreszenzen.

Auch bei allen „Ischiasfällen“ denke man daran. Man bekämpfe vorhandene Fettsucht, beseitige statische Deformitäten (Verkürzungen eines Beines, Plattfuss etc.), um mechanische Hindernisse aus dem Weg zu räumen. Während des akuten Stadiums immobilisiere man das erkrankte Hüftgelenk, lege den Apparat nur zur

Nacht ab. Ausserdem: Massage, passive Bewegungen, Hyperämie, Hydrotherapie, Heissluft etc. Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Heinlein.** Tuberkulöse Coxitis bei einem 54jährigen Mann. Nürnberger med. Gesellsch. und Poliklinik. 25. VI. 1914. (M. m. W. 1914, Nr. 50.)

H. stellt den seltenen Fall einer tuberkulösen Coxitis bei einem 54jährigen Mann vor, die noch dazu mit Wirbeltuberkulose kompliziert war. Bei Fehlen der Psoaskontraktur und des Buckels bietet die Diagnose der Wirbelerkrankung Schwierigkeiten. Durch Gehgipsverbände konnte die Gehfunktion mit völliger Hüftsteifigkeit hergestellt werden. Es bildete sich ein Senkungsabszess am Oberschenkel der anderen Seite, links heraus, der geheilt wurde und einige Wochen später ein Abszess in der rechten Fossa iliaca. Wegen Aufflackerns der Coxitis mit Schmerzen, Fieber und Kräfteverfall musste die Hüfte reseziert werden. M. K.

19) **Riedel.** Die Exstirpation des tuberkulösen Hüftgelenkes. Reposition des Gelenkkopfes. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 3, p. 720.)

Verf. gibt eine Uebersicht von 124 von ihm im Verlauf der Jahre 1893—1910 operierten tuberkulösen Hüftgelenken, 66 waren ohne, 58 mit Sequestern. Das erkrankte Gelenk wurde gründlich ausgeräumt und darauf der ebenfalls von allem sichtbaren Kranken gereinigte Kopf wieder hineingetan. Krankengeschichten. Einige sehr gute Resultate (Nachprüfung nach einer Reihe von Jahren).

Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Keppler und Erkes.** Ein Beitrag zur Behandlung der tuberkulösen Knochenherde im Schenkelhals. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 3, p. 529.)

Die Arbeit ist eine kritische Studie und Mitteilung eigener Erfahrungen über die Behandlung tuberkulöser Herde im Schenkelhals. Der tuberkulöse Knochenherd kann schon sehr früh durchs Röntgenbild entdeckt werden und wird am besten gleich chirurgisch angegriffen. Ist er isoliert, so genügt eine einfache Auskratzung durch Anbohren des Schenkelhalses vom Trochanter aus, sonst eröffnet man das Gelenk, was einen weiten Spielraum für Ausräumung aller erkrankten Teile gibt. Die operative Entfernung des Herdes hat den Vorteil, die Krankheit abzukürzen, unberechenbare Perforationen zu verhüten und die Infektionsquelle auszuschalten. Eine event. auftretende coxa vara (als Folge der langsamen Knochenregeneration) ist durch längere Entlastung des operierten Beines zu erreichen. Der Heilverlauf wird befördert

durch dichte Naht der Kapsel und aller durchtrennten Gewebe sowie Vollblutenlassen der Knochenhöhle.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 21) **Hurwitz.** Osteitis deformans (Paget) involving a single bone: report of one case. (The Amer. Journ. of med. Sciences. Vol. CXLVIII. Nr. 6, p. 855.)

Bericht eines Falles von Osteitis deformans am rechten Oberschenkel bei einem 56jährigen, der Schmerzen in beiden Hüften und im Rücken bekam, der rechte Oberschenkel wurde zu einer coxa vara verbogen, zeigte eine Verdickung (diese fing vor 4 Jahren an). Als Aetiologie sind Typhus, eine frühereluetische Infektion, Schuss durchs rechte Bein anzuführen. Die Röntgenbilder zeigen eine Dekalzifikation und Erweichung des Femur.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 22) **Tavernier.** Fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Soc. de chir. de Lyon, 19. II. 14. (Rev. de chir., 34e année Nr. 5, p. 698.)

Ein 19jähriger junger Mann fällt vom Rad, zieht sich einen Bruch der Oberschenkelepiphyse in der Nähe des Halses zu, die Hüfte heilt mit Zurückbleiben eines leichten Hinkens. 1 Jahr später wieder Fall auf dieselbe Seite und verstärkte *functio laesa*. Beinahe vollständige Ankylose der Hüfte, die in Flexion und Adduktion fixiert ist. Einen ähnlichen Fall von Epiphysenlösung nach Trauma konnte Vortragender bei einem 60jährigen beobachten. Demonstration von Röntgenbildern.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 23) **Serra.** Beitrag zur Lehre der primären Muskelangiome. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. H. 4. p. 1018.)

Ein 21jähriges Mädchen zeigte eine Anschwellung am rechten Knie, welche Schmerz und Bewegungshemmung verursachte, sich weich anfühlte und bei Druck entwich. Das Röntgenbild ergab nur den Schatten einer über der Schenkelmetaphyse sitzenden Masse mit beerenförmigen Konturen. Bei der Operation fand man angiomatöse, zwischen Fetträumen gelegene Massen, welche das Fleisch des *m. vastus ext.* besetzten und in mehreren Stücken entfernt wurden. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines kavernen Angioms, und zwar stammte die Geschwulst nicht von bereits vorhandenen Gefässen ab, sondern war durch eine echte Umwandlung des sich in Rückbildung befindenden Muskelgewebes nebst einer Fettentartung hervorgerufen worden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 24) **Jones.** Internal derangements of the knee. (The Lancet 1. VIII. 14, p. 297.)

Verf. bringt in seinem Aufsatz allgemeines über Knieverletzungen (Menisksluxationen). Er operiert nur nach genügend langer Beobachtung des Falles oder wenn der Patient dem Arbeiterstande ange-

hört und ein festes Kniegelenk absolut für seinen Beruf braucht. Beschreibung der persönlichen Operationstechnik.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 25) **Sandrock.** Beitrag zur Frage der offenen Patellarnaht mit Nachuntersuchungen. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 129, p. 536.)

Der Aufsatz enthält die Zusammenfassung der Fälle von Patellarnaht in der Leipziger Klinik unter Trendelenburg im Verlauf von 16 Jahren. 116 Patellarfrakturen wurden genäht. Ausgeschlossen waren allgemein schwache Patienten und solche, bei denen nur Streckschwäche, keine vollkommene Funktionslosigkeit des Quadriceps bestand. Diese wurden unblutig behandelt. Bei richtiger Asepsis liefert die Patellarnaht, selbst, wie in vielen der Fälle, bei Wunden, die mit Strassenschmutz verschmiert waren, durchaus befriedigende Resultate und einen infektiösen Heilungsverlauf.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 26) **Riedel.** Ueber die subkutane Katgut-Patellarnaht im Felde. (M. m. W. 1914, Nr. 50.)

Verf. empfiehlt die subkutane Naht, welche eine richtige Aneinanderlegung der Bruchenden in ihrem dorsalen Teile bewirkt, was für die Heilung, die vom Periost des Dorsum ausgeht, besonders wichtig ist. Am vorteilhaftesten ist die Naht kurz nach der Verletzung, wo der Bluterguss noch sehr gering ist; sie verhindert am besten die aus den verletzten Knochen stammende weitere Blutung. Man operiert in Narkose, um den Widerstand des Quadriceps auszuschalten. Eine derbe, gestielte Nadel wird nach der Punktion des Gelenkes durch einen kurzen Hautlängsschnitt $1\frac{1}{2}$ cm oberhalb der Patella durch die Sehne des Quadriceps in den oberen Rezessus gestossen, läuft hinter den Fragmenten weiter und durchbohrt dicht unterhalb des Apex patellae das Lig. patellae und die Haut, die auf 1 cm Länge gespalten wird. Durch das freiliegende Oehr werden 6 Katgutfäden gezogen, und die Nadel wird jetzt mit den Fäden zurückgezogen. Dann wird die Nadel von neuem eingestochen vor den Fragmenten zur unteren Schnittöffnung geführt, mit den dort hängenden 6 Fäden armiert und zurückgezogen. Während ein Assistent das obere Fragment nach abwärts drückt, werden die Fäden tief in der oberen Wunde geknotet. Es folgt ein Schienen- oder Gipsverband, der 4 Wochen liegen bleibt und dann durch einen leichten Gehverband in gestreckter Haltung ersetzt wird. Die Heilungsdauer beträgt 5—6 Wochen. Naht in offener Wunde ist bei veralteten Fällen indiziert.

M. K.

27) **Hayem.** Les plaies du genou et leur traitement (plaies par armes de guerre exceptées). (Rev. de Chir. 34^e année Nr. 5, p. 607.)

Verf. ist gegen den von Kriegschirurgen aufgebrauchten Satz: je weniger man bei einer Kniewunde macht, desto besser. Er teilt 11 eigene Beobachtungen penetrierender Kniegelenksverletzungen mit, auf die 15 operative Eingriffe kamen. Die Arthrotomie, breit und frühzeitig gemacht, gibt die besten Aussichten auf gute funktionelle Resultate und beugt einer Arthritis vor.

Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Bertein.** Les articulations à ressort (Subluxations volontaires intermittentes des articulations). (Rev. de Chir. 34^e année, Nr. 6, p. 788, Nr. 7, p. 51.)

Neben Allgemeinem über das Thema der schnellenden Gelenke teilt Verf. 3 eigene Beobachtungen (1 Schulter, 1 Knie, 1 Kinnlade) mit.

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Greig.** Recurrent luxation of the patella. (Edinburgh med. Journ. Vol. XIII, Nr. 1, p. 46.)

Verf. beschreibt einige von ihm in der Praxis beobachtete Fälle von rezidivierender Kniescheibenluxation, bei denen als Aetiologie entweder Trauma oder mangelhafte Knochenentwicklung oder eine unvollkommene Muskelfunktion (zerebrale, spinale Affektionen) in Frage kam. Bei der Behandlung der Affektion erweisen sich Bettruhe und Schienen als überflüssig, chirurgische Eingriffe sind nur bei Ausbildung statischer Knochendeformitäten (z. B. X-Bein) berechtigt, sonst genügt das Tragen einer festen, an der Seite aufschnürbaren, für die Kniescheibe ausgehöhlten Lederkappe und das Vermeiden anstrengender Sportarten und heftiger Beinbewegungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Dünkeloh.** Beitrag zur kongenitalen Patellarluxation. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 104, H. 4, p. 1183.)

Verf. teilt 3 eigene Beobachtungen von Luxation der Kniescheibe nach aussen mit. Als Aetiologie wird eine fehlerhafte, embryonale Lage (Heredität des Leidens!), Mangel an Fruchtwasser beschuldigt. Das genu valgum, das häufig dabei vorkommt, ist sekundär. Häufig ist die Patella abnorm klein wegen der mangelhaften Inanspruchnahme. Die funktionellen Störungen sind oft gering, trotzdem muss manchmal operativ eingeschritten werden, weil sich im Lauf der Jahre stärkere Beschwerden (genu valgum starken Grades, deformierende Gelenkentzündungen) einstellen können. Von den verschiedenen Operationsmethoden kommen in Betracht: Osteo-

tomien, Kapselfaltung, Muskel- und Sehnentransplantationen. Einer der eigenen Fälle des Verf. wurde wegen starken Hinkens operiert und lieferte schon nach 3 Monaten ein ausgezeichnetes funktionelles Resultat. Die äussere Kapsel wurde extrasynovial exzidiert, die äussere Hälfte des lig. patellae um 180° gedreht und am inneren Kondylus befestigt. Dadurch wird die Ansatzstelle des Ligaments verschoben und die Zugrichtung des Quadrizeps geändert. Medial wurde eine Kapselfaltung gemacht. Die Patella sitzt jetzt an normaler Stelle und hat auch bei stärkerer Beugung und Streckung keine Tendenz, die fossa condyl. zu verlassen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Jones.** Three cases of infective arthritis treated by specific methods. (The Brit. med. Journ. 18, VII. 14, p. 718.)

1. In einem dem Kniegelenke entnommenen Eiter wurde Staphylococcus aureus gefunden. Vor 30 Jahren eine Osteomyelitis an der entsprechenden Tibia. Operation damals. Möglicherweise stammen die Kokken noch von damals her. Mit autogener Vaccine kuriert.

2. Arthritis an Metatarsal- und Fussgelenk. Aus dem Blut Streptokokken gezüchtet. Heilung durch autogene Vaccine.

3. Syphilitische Arthritis. Kniegeschwulst. Wassermann positiv. Salvarsanbehandlung.

Aus diesen drei Beispielen sieht man, wie wichtig eine bakteriologische Untersuchung ist, und wie sie der Therapie den rechten Weg weisen kann.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Troell.** Zur Kenntnis der Entstehung von freien Körpern im Kniegelenk, mit besonderer Rücksicht auf die sogen. Osteochondritis dissecans. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 2, p. 399.)

Verf. teilt 4 eigene Beobachtungen von chondralen und osteochondralen Gelenkkörpern mit, in 2 Fällen spielte das Trauma eine Rolle, in einem Fall handelte es sich um eine allmählich erfolgende Absprengung eines Teiles Gelenkskelett, die sogen. Osteochondritis dissecans, bei der die Gelenkoberfläche nahezu unbeschädigt aussieht. Es handelt sich meist, wie auch in den angeführten Beobachtungen, um junge Leute zwischen 20—30 Jahren. Wichtige Symptome für den Praktiker sind: Schmerz bei Ueberstreckung des Knies und die Neigung der Patienten, mit leicht gebeugtem Knie zu gehen. Man soll keine Zeit mit der konservativen Behandlung verlieren, sondern sobald die Diagnose durch das Röntgenbild gesichert ist, operieren.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 33) **Nové-Josserand et Rendu.** Chondrome de l'extrémité supérieure du péroné. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 875.)

Bei einem Mädchen mit Chondrom der Fibula malignen Charakters wurde der obere Teil dieses Knochens reseziert. Die Prognose bleibt offen. Nové-Josserand zieht die extraperiostale Resektion der Amputation vor, da er Heilung bei dieser Art Tumoren nach konservativer Operation gesehen hat, während andererseits auch eine radikale Operation bei bösartigen Geschwülsten einer Allgemeinverbreitung im Organismus nicht vorbeugen konnte.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 34) **P. Frangenheim.** Ein intraossales Hygrom. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90, p. 153.)

Beschreibung eines Falles, wobei sich am Malleolus internus hinter einem Schleimbeutel ein walnussgrosser Hohlraum mit schleimiger Flüssigkeit fand. Auch die histologische Untersuchung der Cystenwand des Knochens ergab Hygrom. Es ist bisher nur von Beitzke ein intraossäres Hygrom am Hinterhauptbein beschrieben worden, das aber einen ganz verschiedenen Prozess darstellt. Baisch, Heidelberg.

- 35) **Leclerc.** Quatre cas de triple arthrodèse tibio-tarsienne, médio-tarsienne et sous astragalienne après extirpation temporaire de l'astragale. Soc. de chir. de Lyon. 19. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 127.)

Votr. teilt 4 Fälle der dreifachen Arthrodesenoperation mit temporärer Extirpation des Talus (um besser die verknöcherten Knorpelpartien entfernen zu können) mit, die alle sehr gute Resultate ergaben.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 36) **Gross.** A propos de la désarticulation médio-tarsienne. Soc. de méd. de Nancy. (Rev. de chir. 34^e année, Nr. 7, p. 134.)

Votr. bespricht die Ursachen, die so schlechte Resultate der medio-tarsalen Desartikulation verschulden. Trotz aller Sorgfalt kommen viele der Operierten zum zweitenmal zu einer antiskaphoiden Amputation oder zu einer tibio-kalkaneären Desartikulation in die Hände des Chirurgen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 37) **Trutlé de Vaucresson.** Deux cas de tarsectomie antérieure totale par l'incision dorsale médiane de Chaput. Soc. de chir. de Paris 18. III. 14. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 5, p. 689.)

2 Soldaten mit Tarsaltuberkulose waren erst seit einigen Wochen krank. Es wurde eine dorsale mediale Inzision am Fuss (nach Chaput) vom 2. Inter-
spatium bis zum Talushals gemacht, Entfernen des Scaphoids, Cuboids, der Cuneiformia. Auskratzen des vorderen Endes des Fersenbeins und des Talus, der hinteren Enden der Metatarsalia. Kauterisation der Höhle, Ausstopfen mit Gaze. Immobilisierender Verband. Heilung nach 3—4 Monaten ohne wesentliche Deformation des Fusses.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 38) **Quénu.** Traitement opératoire des gangrènes sèches des orteils et du pied. Soc. de chir. de Paris, 9. IV. 14. (Rev. de chir., 34^e année, Nr. 5, p. 693.)

Vortragender spricht sich gegen die althergebrachten radikalen Amputationen bei Fussgangrän aus, er konnte bei einer Reihe von Fällen mit viel

sparsameren Amputationen (nicht gleich den ganzen Unterschenkel) auskommen, hatte gute Resultate und keine Sekundärgangrän.

Spitzer-Manhold, Zürich.

39) **Murihead Little.** Bodts and shoes from historical and surgical points of view. (The Lancet. 20. VI. 14, p. 1738.)

Verf. gibt eine Uebersicht über die historische Entwicklung des Schuhwerks, bespricht kurz den Einfluss der Mode auf Fussdiffornitätenbildung und beschäftigt sich näher mit Plattfuss, Hühneraugen etc., Abhilfe dieser Leiden durch richtiges orthopädisch einwandfreies Schuhwerk.

Spitzer-Manhold, Zürich.

40) **Baumbach.** Ein Vorschlag zur einheitlichen Behandlung von Plattfussbeschwerden in der Armee. (D. milit. ärztl. Zschr. Jg. 43. H. 6, p. 212.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung der zahlreichen während der Dienstzeit sich entwickelnden Plattfussbeschwerden, eine Einlage aus vernickelter Kupferbronze, welche nach einem Gipsabdruck hergestellt wird, in den verschiedenen Schuhen auswechselbar ist und den beim statischen Plattfuss umgelegten Kalkaneus wieder aufrichtet.

Spitzer-Manhold, Zürich.

41) **Froelich.** Maladie tibio-tarsienne de Volkmann. Soc. de méd. de Nancy. (Rev. de chir. 34e année, Nr. 7, p. 134.)

Votr. demonstriert einen 5 Monate alten Knaben mit Valgusstellung des linken Fusses. Der Fussrücken kann an den äusseren Unterschenkelrand gelegt werden wie bei Fehlen der Fibula, diese existiert, aber hinter der Tibia, sodass die Knöchel keine Gabel für den Talus bilden und der äussere Knöchel den Talus nicht stützt. In einem ähnlichen Fall erreichte Votr. ein gutes Resultat durch Resektion des äusseren Knöchels und Verschieben desselben nach vorn, um aussen den Talus zu stützen und ihm einen Halt zu geben.

Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Gaugele.** Ein neuer Klumpfussredresseur. Mit zwei Abbildungen. (Arch. f. Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie. 1914. XIII. Bd., 4. Heft.)

Lorenz in Wien bearbeitet den Klumpfuss mit dem Hammer. Hierbei werden die Schläge durch zwei Gummiplatten in ihrer Stärke gehemmt. Um nun das Abrutschen der Gummiplatten zu verhüten und den Fuss zu fixieren, konstruierte Gaugele eine kleine Vorrichtung aus Holz, bestehend aus einem Brett, auf dem 4 kräftige Holzsäulen an den Ecken eines Rechteckes errichtet sind. Die Holzstangen dienen zur Führung der zwei Gummiplatten, zwischen denen der Fuss durch ringsherum laufende Bänder befestigt wird. Nach 1—2 maligem Hämmern soll der Fuss ganz weich werden. Verletzungen seien fast ausgeschlossen. Auch der Plattfuss würde

sich für diese neue Behandlungsmethode eignen. Bei paralytischem Klump- oder Plattfuss liegt die Gefahr einer Fettembolie vor.

Goerres, Heidelberg.

- 43) **Guinard.** Section du tendon d'Achille et pied bot talus consécutif. Soc. des sciences méd. de Saint-Étienne. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 5, p. 708.)

Bei einem Patienten hatte sich nach traumatischer Durchtrennung der Achillessehne ein Klumpfuss ausgebildet. Beide Sehnenenden klappten auseinander. Das obere wurde gespalten, nach unten geklappt und am Periost des Calcaneus festgenäht. Guter Erfolg. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 44) **Watson and Snowball.** Observations on the improvisation of apparatus in the treatment of certain fractures in modern warfare. (The Lancet 26. IX., p. 789. 3. X., p. 849. 10. X., p. 895.)

Beschreibung des sehr einfachen, im Balkankrieg von österreichisch-ungarischer Seite gebrauchten Florschütz'schen Suspension-Extensionsapparates für Brüche der unteren Extremität und Vorschlag für leicht herzustellende Schienen für Armverletzungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 45) **Bérard et Fayol.** De la méthode de Delbet dans les fractures de jambe. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 877.)

Vorweisung einiger Kranker, bei denen wegen Unterschenkelbrüchen die Delbet'schen Gehapparate mit gutem Erfolg angewendet wurden. Die Methode bietet einen grossen Vorteil sowohl für die sofortige als für die spätere Gebrauchsfähigkeit der geschädigten Extremität.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 46) **Arnaud.** Fracture compliquée de jambe. Suture ossense immédiate. Soc. des sciences méd. de Lyon. (Rev. de chir. 34^e année Nr. 6, p. 877.)

Bei einer Zerquetschung des Unterschenkels im unteren Drittel mit Herausragen der Fragmente aus den Weichteilen wurde nach sorgfältiger Desinfektion eine Metallplatte mit Schrauben zum Festhalten der Knochen angelegt und nach einem Monat entfernt. Vollkommene Heilung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 47) **Schmitt.** Zur operativen Behandlung der Talusluxation. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 130, H. 3—4, p. 321.)

Verf. teilt eine eigene Beobachtung der seltenen isolierten Talusluxation mit Fraktur des inneren Knöchels und Abspaltung eines Stückes Talus am Ansatz des lig. interosseum mit. Der Talus war medialwärts luxiert und um seine Längsachse nach innen rotiert, so dass die Talusrolle medialwärts blickte. Die Verletzung kam zustande dadurch, dass 3 Steinblöcke von einem niedrigen Tisch dem Patienten auf die Innenfläche des stark abduzierten Fusses fielen. Die unblutige Reposition misslang, die blutige

mittels Elevatorium wurde gemacht und erwies sich als sehr schwierig. Der innere Knöchel wurde mit Aluminiumbronzedraht an die Tibia fixiert, das Periost mit Katgut vernäht. Nach einiger Zeit war die Funktion wieder vollständig hergestellt. In der neueren Literatur sind noch 3 sichere Fälle von Innenluxation des Talus veröffentlicht worden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Baudet-Piqué.** Fracture vertico-transversale de l'astragale. Enucléation du fragment postérieur. Astragalectomie totale. Soc. de chir. de Paris, 9. IV. 14. (Rev. de chir., 34^e année, p. 695.)

Einem 29jährigen Mann fällt bei Zusammensturz eines Gebäudes ein Balken auf den linken Unterschenkel. Am Fussgelenk entsteht eine grosse Geschwulst, das Radiogramm zeigt eine vertiko-transversale Fraktur des Talus an der Grenze zwischen Hals und Körper. Das vordere Fragment war am Platz, das hintere aufs Fersenbein luxiert. Nach vergeblichen Reduktionsversuchen in Narkose exstirpierte man beide Talusstücke.

Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Brind.** Die Entstehung und Behandlung der Calcaneusfrakturen und ihre Folgen in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 3, p. 603.)

Verf. teilt 63 eigene Fälle (meist Kompressionsbrüche des Calcaneus) mit den dazu gehörenden Radiogrammen mit. Etwa die Hälfte wurde mit Gipsverbänden, die andern ohne behandelt. Besonderes Augenmerk wurde darauf gerichtet, dass kein konsekutiver Plattfuss entstand (König'scher Apparat), die Nachbehandlung sorgfältig mit Massage, Dampfbädern, Elektrizität und medikomechanischen Uebungen durchgeführt. Der Anstaltsaufenthalt betrug 2—3 Monate. Die Mehrzahl der Verletzten war nur $\frac{1}{2}$ Jahr vollkommen erwerbsunfähig. Nach 6—8 Monaten war die Erwerbsfähigkeit auf 25—30 %, nach einem weiteren Jahr auf 15—20 % gestiegen. Mit Vervollkommnung der therapeutischen Methoden ist vorauszusehen, dass die Erwerbsfähigkeit in Zukunft in noch kürzerer Zeit vollkommen wieder erreicht werden wird.

Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Beesly und Price.** Avulsion fracture of the os calcis. (Edinburgh med. Journ. Vol. XII. Nr. 5, p. 436.)

Eine alte Dame wurde durch ein Auto umgeworfen, konnte aber nicht sagen, ob ihr das Rad über den Fuss gegangen war. Am rechten Fuss sah man unter der Befestigung der Achillessehne eine Querfurche. Die Röntgenbilder zeigten eine Fraktur der Tuberositas des Fersenbeins, wahrscheinlich Abrissfraktur durch Muskelzug. Offene Operation: Verlängerung der Achillessehne, Reduktion des Fragments, Verschraubung desselben. Das Fussgelenk wurde

in Extension fixiert, das Knie gebeugt zur Erschlaffung der Wadenmuskulatur. Um die Schrauben entstand eine leichte Vereiterung, die aber nach Entfernen der Schrauben sofort aufhörte, und einer guten Heilung nichts mehr im Wege stand.

Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Rolly und Appelt.** Ueber Spornbildung am Calcaneus und Olekranon. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 105, H. 2, p. 358.)

Vff. teilen die Beobachtungen von 59 Calcaneus- (43 an der Unterfläche des Fersenbeins, die übrigen am Ansatz der Achillessehne) und 5 Olekranonspornen mit. Das Trauma ist das auslösende Moment zu Sehnenverknöcherungen und Spornbildungen bei gleichzeitiger Anwesenheit osteoarthritischer Prozesse. Die Spornbildung wird mehr in vorgerückterem Alter beobachtet, wo die Neigung zu regressiven Sehnenveränderungen infolge schlechter Gewebsernährung und mangelhafter Zirkulation besteht. Die Arteriosklerose spricht auch beim Zustandekommen dieser pathologischen Bildungen mit. Zur Diagnose ist das Röntgenbild unbedingt erforderlich. Versagt die konservative Behandlung (Bettruhe, Umschläge, Bäder, Thermopenetration — letztere besonders erfolgreich bei gonorrhöischer Aetiologie), so muss der Sporn mit dem Meissel entfernt werden, daneben alle entzündeten Schleimbeutel, Periost- und Bindegewebsschichten, da sonst leicht der Sporn nachwachsen kann.

Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Biedermann.** Navikularbrüche. Naturw. med. Ges. zu Jena. (M. m. W. 1914 Nr. 31.)

Im Laufe des letzten Jahres kamen in der Jenenser Klinik 11 Fälle von isolierter Navikularfraktur zur Behandlung. Bei 4 Patienten wurde eine normale Funktion des Handgelenks erzielt, bei 3 blieb eine geringe Beschränkung der Dorsalflexion bestehen; bei dreien, welche anfangs nicht erkannt waren und erst nach Monaten in Behandlung kamen, war die Funktionsbehinderung eine grössere, zwei davon konnten noch operativ gebessert werden. Ein Fall ist noch in Behandlung. Bei frühzeitiger Diagnose erreicht man durch konservative Behandlung gute Heilerfolge. M. K.

53) **Baudet-Picqué.** Fracture en trois fragments de scaphoïde tarsien. Énucléation totale du fragment moyen. Extirpation du scaphoïde. Arthrodèse astragalocunéenne. Soc. de chir. de Paris 13. V. 14. (Rev. de chir. 34e année Nr. 6, p. 861.)

Einem 65 jährigen Kutscher wurde ein Fuss durchs Wagenrad gequetscht. Das Röntgenbild zeigte 3 Navicularefragmente, die entfernt wurden. Da der Taluskopf schlecht hielt und sich wahrscheinlich späterhin senken würde, machte man eine Arthrodese zwischen Talus und Cuneiformia. Gutes Resultat.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14*

- 54) **Lonhard.** Zur Aetiologie der typischen indirekten Wadenbeinbrüche und der militärischen Fussgeschwulst. (D. militärztl. Zschr. Jg. 43. H. 6, p. 219.)

Verf. hält sowohl die indirekten Mittelfussknochenbrüche, wie auch die indirekten isolierten Wadenbeinbrüche für ganz spezifische militärische Unfallfolgen, bedingt durch Muskelzugwirkung, wobei plötzliche muskuläre Abwehrbewegungen bei unzuweckmässigen und unbeabsichtigten Stellungen und Bewegungen der Extremität eine grosse Rolle spielen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 55) **Szubinski.** Eine einfache Pflasterbehandlung der Mittelfussknochenbrüche mit einigen Bemerkungen zur Statik des Fusses. (D. militärztl. Zschr. Jg. 43. H. 10, p. 378.)

Zur Therapie der nach Ansicht des Verf. häufiger durch Fehlritte als durch Ermüdung bedingten Mittelfussknochenbrüche wird ein 5 cm breiter Zinkkautschukpflasterstreifen klammerartig von der lateralen Seite des Fussrückens über die Sohle zur medialen Seite gespannt, unter Zusammendrückung der Metatarsalia und Erhöhung der dorso-konvexen Wölbung der Fusswurzel. Diese Klammer bewirkt, dass die Schwerlast vom Talus auf die Köpfchen des 1. und 5. Mittelfussknochens übertragen wird, unter Ausschaltung der 2.—4. Metatarsalia, wodurch sich die Schmerzen beim Auftreten stark vermindern und bald ganz verschwinden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 56) **E. Senger.** Ueber Wadenschüsse und deren Behandlung. (D. m. W. 1914, Nr. 49.)

Im Anschluss an Wadenschüsse entwickelt sich häufig auch bei unkompliziertem Verlauf eine Kontraktion der Wadenmuskulatur mit Plantarflexion des Fusses. Wenn infolge von Eiterungen Inzisionen nötig geworden sind, entstehen oft in der Wadenmuskulatur straffe Narben mit Verkürzung der Muskeln, die zu Spitzfussstellungen führen und das Gehen fast unmöglich machen. Redressierende Gipsverbände hatten nur wenig Erfolg. Verf. wandte daher die Tenotomie der Achillessehne an und empfiehlt, diese Operation schon frühzeitig auszuführen, sobald ein Spitzfuss sich auszubilden beginnt.

M. K.

- 57) **M. F. Rothschild.** Zur Bewertung der Nicoladonischen Plattfussoperation. (D. m. W. 1914, Nr. 51.)

Verf. berichtet über 11 Fälle, bei einem ist die Nachbehandlung noch nicht abgeschlossen, in allen andern trat Heilung der Plattfussbeschwerden und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ein. Die

Schmerzen verschwinden unmittelbar nach der Operation, der Gang bleibt noch längere Zeit unbeholfen und wird später normal. Die Kontinuität der Achillessehne wurde in allen Fällen spontan wiederhergestellt.

M. K.

58) **Lonhard.** Traumatische Tuberkulose des rechten Fussgelenks nach offenem Bruch. Strassburger militärärztl. Ges. 2. III. 1914. (D. m. W. 1914, Nr. 32.)

Ein gesunder und aus gesunder Familie stammender Mann erlitt einen Bruch des linken äusseren Knöchels und einen offenen Bruch des inneren Knöchels mit Luxation des Fussgelenks. Es trat reaktionslose Heilung ein, aber nach 6 Wochen zeigte sich am inneren Knöchel eine Fistel und am äusseren eine fluktuierende Schwellung. Die Punktion ergab eine eitrige Flüssigkeit, welche Tuberkelbazillen enthielt, eine zweite Punktion nach acht Tagen ebenfalls. Das Röntgenbild zeigt teilweise Knochenzerstörung und teilweise Knochenproduktion an den Bruchstellen. Gipsverbände, Jodoformglyzerin, nach 6 Wochen anscheinend Heilung.

M. K.

59) **Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg.** (23. IV. 1914. M. m. W. 1914, No. 40.)

Herr Blencke stellte a) einen Fall von Littlescher Krankheit vor, bei dem er wegen hochgradiger Spitzfüsse rechts die plastische Verlängerung der Achillessehne, links die Stoffelsche Operation mit gutem Erfolge ausführte.

b) Bruch des Os naviculare; eine Hälfte war mit dem Os lunatum luxiert.

Herr Wendel zeigt a) einen handtellergrossen syphilitischen Schädeldefekt am Hinterhaupt, in dem die pulsierende Dura frei liegt. Antisyphilitische Kur und operative Deckung.

b) Grosse Röntgangrän infolge filterloser Bestrahlung. Erst nach Monaten stiess die Gangrän sich ab, der Defekt wurde plastisch gedeckt.

M. K.

60) **Medizinische Gesellschaft zu Kiel** 18. 6. 1914. (M. m. W. 1914 Nr. 31.)

Herr Graf berichtet über 5 Fälle von Schenkelhalsbruch, bei denen er Elfenbeinstifte durch die Bruchstücke zu treiben versuchte. Indiziert ist die Nagelung bei Brüchen, die schon wochenlang erfolglos behandelt sind, und bei frischen Brüchen, die nach dem Röntgenbilde eine schwierige oder langwierige Heilung erwarten lassen. In 2 Fällen, welche nach 13 bzw. 22 Wochen genagelt wurden, trat völlige Heilung und Arbeitsfähigkeit ein. Drei frische

Brüche, welche durchschnittlich 2 Wochen nach dem Trauma genagelt wurden, sind sämtlich fest geworden. Der Vorteil der Methode besteht darin, dass die Leute frühzeitig das Bett verlassen können und die funktionelle Belastung des Beines als Heilfaktor verwertet werden kann.

Herr Göbell demonstriert:

- a) eine ischämische Kontraktur mit Medianuslähmung nach Extensionsfraktur des linken Humerus. Neurolysis durch freie Fetttransplantation zur Umhüllung des freipräparierten Medianus und freie Faszientransplantation zum Ersatz der geschrumpften Oberarmfaszie;
- b) eine veraltete Luxatio claviculae retrosternalis. Blutige Reposition und Retention des sternalen Endes mittels zweier frei transplan- tierter Faszienstreifen;
- c) eine Luxatio coxae congenita. Nach der Reposition trat Re- luxation ein. Blutige Reposition und Naht der Kapsel aus frei transplan- tierter Faszie. Schaffung eines breiten Bandes von der Eminentia ilei pectinea zum Trochanter major, wodurch forzierte Aussenrotation verhindert wird.

M. K.

61) **Südostdeutsche Chirurgen-Vereinigung.** 13. VI. 1914. (B. kl. W. 1914, Nr. 35.)

Herr Hanke berichtet über 15 Fälle von Patéllarfraktur, 4 waren konservativ behandelt worden, 3 davon heilten gut, einer der die angeratene Operation abgelehnt hatte, schlecht. Von den 11 Operierten heilten 6 mit guter Funktion, obwohl nur bei einem eine knöcherne Vereinigung eintrat, bei den andern eine fibröse mit einer Diastase von durchschnittlich 1 $\frac{1}{2}$ cm. Bei vier Fällen waren schwierige Bewegungen, wie Stuhlsteigen usw., nur mit Mühe, die gewöhnlichen aber in ausreichendem Masse zu leisten, und ein Patient konnte das Bein fast garnicht beugen, obwohl die Bruch- stücke gut verheilt waren. Bei den meisten mit Draht genähten Kniescheiben bestand Neigung des Gelenkes zur Arthritis, bei den konservativ Behandelten nicht; in einigen Fällen konnten die Störungen auf das Zerreißen des Drahtes bezogen werden. Da auch die zirkuläre Umstechung der Kniescheibe Knochen- und Knorpelnekrosen und Arthritis zur Folge haben kann, so wurde in der Klinik die Knochennaht ganz aufgegeben. Es wird jetzt nur die Naht des Reservéstreckapparates und der Gelenkkapsel und die peri- und praepatellare Naht ausgeführt, der meist, in veralteten Fällen immer, die Faszienplastik hinzugefügt wird.

Herr Küttner hat gute Erfahrungen mit der konservativen Behandlung gemacht. Herr Anton-Oels berichtet ebenfalls über 2 Fälle, die mit gutem funktionellem Resultat konservativ behandelt wurden.

M. K.

62) **Aerztlicher Verein zu München.** 6. V. 1914. (D. m. W. 1914, Nr. 37.)

Herr Klar demonstriert:

a) Beiderseitige Arthropathia deformans coxae juvenilis. 17jähriger Mann mit dem Aussehen eines 9—10jährigen und kindlichen Genitalien erkrankt an Beschwerden an beiden Hüftgelenken. Im Röntgenbilde rechts Abflachung der oberen Kappe des Kopfes und des Oberschenkels, links Knochenschwund, fast vollständige Zerstörung des Kopfes. Bei der Operation sieht man an Stelle des geschwundenen Knochens höckrige Knorpelwucherungen. Der Trochanter major beiderseits hypertrophisch. Pirquet und Wassermann negativ, kein Trauma, Intelligenz stark gemindert. Nach Behandlung mit Schilddrüse, Heissluft, Massage, tritt Besserung ein.

b) Ostitis fibrosa cystica am linken Oberarm, gelegentlich einer Durchleuchtung wegen Oberarmbruchs entdeckt.

c) Ankylose des rechten Handgelenks nach akutem Rheumatismus in allen Gelenken. Vollständige Verschmelzung sämtlicher Handwurzelknochen und Knochenbrücken zwischen diesen und den Vorderarmknochen. Diese werden durchbrochen, nach Heissluftbädern, Massage, Gymnastik tritt Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ein. Der Fall zeigt, dass nicht in jedem Fall von Gelenkentzündung Ruhigstellung zweckmässig ist.

M. K.

63) **Wissenschaftliche Abende in Gülhaue-Stambul.** März und April 1914. (D. m. W. 1914, Nr. 47.)

Herr Mehmed demonstriert

a) Einen Fall von Myositis infectiosa. Der Verlauf ist ähnlich dem einer Osteomyelitis. Ein 25jähriger Soldat, der Cholera durchgemacht hatte, bekam nach 3 Monaten Schmerzen oberhalb des Kniegelenks, bei der Inzision wurde Eiter entleert; im Laufe von 2 Monaten traten noch Abszesse im Deltoideus und im Pectoralis major auf. Ausser den muskulären sind keine andern Metastasen vorhanden.

b) Die Einpflanzung eines Metacarpus einer frischen Leiche auf die Lücke eines exstirpierten Knochensarkoms der gleichen Stelle und ein Sarkom des unteren Fibularandes, das durch einen freitransplantierten Knochenspan ersetzt wurde.

c) Thiersch'sche Transplantationen. Sie werden in das

Fenster eines Gipsverbandes gemacht und nur mit einem mehrschichtigen Gazeschleier, nicht mit einem Verbaude bedeckt.

Herr Fericlun stellt ein 10 jähriges, in der Entwicklung zurückgebliebenes Mädchen mit Coxa vara vor, die auf kongenitale Anlage zurückzuführen ist. Die spitzwinklige Abknickung der Femora sitzt symmetrisch 4 cm distalwärts vom Trochanter major.

Herr Kemel stellt einen 18jährigen Unteroffizier mit Schlatterscher Krankheit vor. Sie war beim Springen entstanden. Konservative Behandlung durch Ruhigstellung führt meist zur Heilung und ist deshalb der Operation vorzuziehen. M. K.

64) **Schulthess.** Klinische Demonstrationen. Ges. d. Aerzte in Zürich. 16. V. 14. (Korrespdzbl. f. Schweizer Aerzte. 44. Jg., Nr. 30, p. 944.)

Vortr. demonstriert aus dem Krüppelheim Balgrist verschiedene Fälle. So eine Osteochondritis juvenilis (mit epiphysärer Lokalisation), die Anlass zur Verwechslung mit Coxitis gab, eine coxa vara (Behandlung mit kräftiger Extension und später entlastende Apparate genügten zur Besserung,) schwere rachitische Verkrümmungen an Ober- und Unterschenkeln (eine Osteotomie würde ungeeignete Resultate geben, es wird einfach eingegipst, um eine Weichheit der Knochen zu erreichen und diese dann zu modellieren. Der Nachteil der Methode ist die nachher wieder gewünschte Erhärtung der Knochen zu erreichen.) Genua valga, die ebenso behandelt werden. Eine Pseudomuskelhypertrophie. Poliomyelitische Lähmungen, die durch Extension an den Kontrakturen Besserung zeigten. Kongenitale Hüftgelenkluxationen in verschiedenen Stadien der Behandlung (Klebroverbände.) Es folgt theoretisch eine Besprechung der Abbott'schen Redressionsmethode der Skoliosen und Demonstration von Röntgenbildern mit Knochenveränderungen an gelähmten Extremitäten nach cerebraler Kinderlähmung (z. B. Streckung des Femurhalses wegen Wegfall eines grossen Teils der Muskelarbeit der Gluteal- und übrigen Hüftmuskeln.)
Spitzer-Manhold, Zürich.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

- 1) **Fründ.** Little'sche Krankheit nach Stoffel operiert. Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilk. 15. VI. 1914. (D. m. W. 1915. Nr. 7.)

F. stellt eine Patientin vor, deren rechtes Bein zum Aufstützen ganz unfähig gewesen war, sie konnte sich mit Hilfe von 2 Krücken nur mühsam fortbewegen. Zur Beseitigung der Spasmen waren im ganzen 7 Operationen nötig, weil sich wiederholt Rezidive eingestellt hatten. Der Triceps surae, die Beugemuskeln und Adduktoren wurden beiderseits geschwächt. Es waren an den betreffenden Stellen nur Teile der Nervenendäste reseziert. Zur Verhütung von Rezidiven ist es ratsamer, die zu resezierenden Endäste ganz zu entfernen und dafür andere ganz zu erhalten. Die Patientin kann jetzt die Spitzfußstellung aktiv ausgleichen, die Beine im Knie strecken und in der Hüfte spreizen. Mit Hilfe von 2 Stöcken kann sie ziemlich gut gehen.

M. K.

- 2) **Platt.** A clinical lecture on birth palsy. (Brit med. Journ. 8. V. 15, p. 793.)

Ueber die Geburtslähmung sind die Meinungen noch weit auseinander. Nach der einen Theorie kommt sie primär infolge Dehnung oder Zerrung des Brachialplexus zustande. Neue Statistiken zeigen aber, dass sie bei Kopflagen häufiger als bei Beckenendlagen beobachtet wird (also ist das Trauma durch den Geburtshelfer doch nicht allein schuld daran). Andere (Lange, Vulpinus) nehmen eine primäre Knochen- oder Gelenkläsion an mit oder ohne sekundäre Lähmungserscheinungen. Die Knochenläsion besteht in Fraktur oder Verschiebung der oberen Epiphyse und späteren Vereinigung in fehlerhafter Lage. Oft beobachtet man eine hintere Subluxation der Schulter dabei. Bei einer einfachen Lähmung soll das Aermchen sofort in Abduktion und Aussenrotation in der Schulter, in rechtwinkliger Flexion im Ellbogen, Handgelenk und Finger hyperextendiert, fixiert werden, am besten, indem man den Aermel hinter dem Hals feststeckt. Man kann auch eine kleine Schiene aus Blech oder Aluminium verwenden. Täglich Massage und passive Uebungen. Nervenoperationen sind bis jetzt erfolglos gewesen. Geburtslähmungen schwinden in der Regel mit der Zeit. Bei älteren Kindern offene Operation: Osteotomie mit Aussenrotation des unteren Fragments. Lange Nachbehandlung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 3) **A. Stoffel.** Ueber Nervenmechanik und ihre Bedeutung für die Behandlung von Nervenverletzungen. (M. m. W. 1915, Nr. 26.)

Unter „Nervenmechanik“ sind die Bewegungserscheinungen am Nerven und die sie bewirkenden und bestimmenden Umstände zu verstehen. Diese Bewegungen hat Verf. experimentell an Affen untersucht. Aussehen, Verlauf und Spannung eines blossgelegten Nerven änderten sich, je nachdem das Gelenk gebeugt oder gestreckt ist. Bei Beugstellung wird der Nerv entspannt, geschlängelt und zeigt quer und schräg verlaufende undurchsichtige weisse Streifen. Man muss sich die Form eines jeden Nerven ganz verschieden, je nach der Stellung des Gelenks vorstellen. Durchschneidet man einen Nerven, so ist die Lücke sehr gering oder gleich null, wenn er durch passende Gelenkstellung völlig entspannt ist, und sehr gross, wenn das Gelenk gestreckt ist. Weitere Tierversuche zeigten, dass es auch noch längere Zeit nach der Verletzung gelingt, durch richtige Gelenkstellung die Diastase zwischen den Nervenstümpfen bedeutend zu verringern. Diese Versuche ergeben sehr wichtige Schlussfolgerungen für die Behandlung der Nervenverletzungen, und es ist notwendig, die Gelenkstellungen zu kennen, welche eine Entspannung der einzelnen Nerven bedingen, und in denen deshalb das Glied fixiert werden muss. Das sind: für den Plexus axillaris und für die grossen Nervenstämmen in der Achselhöhle Adduktion des Oberarms, bei Verletzung des Medianus oder Ulnaris am Oberarm spitwinklige Beugung des Ellenbogens und Adduktion des Oberarms. Für den Ulnaris Streckung des Ellenbogens und Adduktion des Oberarms. Am Unterarm für den Medianus rechtwinklige Beugung des Ellenbogens, Supination und Beugung des Handgelenks, für den Ulnaris Streckung des Ellenbogens, Supination und Beugung des Handgelenks, für den Radialis rechtwinklige Beugung des Ellenbogens, Supination und maximale Dorsalflexion der Hand. Bei Verletzung des Ischiadikus in der Gesässgegend darf der Oberschenkel nicht gebeugt werden. Bei Verletzung des Ischiadikus, Tibialis oder Peroneus am Oberschenkel Streckstellung des Hüftgelenks, Beugung des Kniegelenks und Plantarflexion des Fusses. Die bisher übliche Streckung des Kniegelenks bewirkt bedeutende Diastase der Nervenstümpfe. Bei Verletzung des Femoralis ist der Oberschenkel zu beugen. Der Einwand, dass durch derartige Gelenkstellungen die Heilung der begleitenden Weichteil- und Knochenverletzungen erschwert wird, trifft nach den Erfahrungen des Verf. nicht zu. Nach 3—4 Wochen sind die Nervenstümpfe so fest verwachsen, dass man dem Gliede allmählich eine andere Stellung geben kann, dadurch werden Kontrakturen vermieden. M. K.

4) **Stoffel.** Ueber die Behandlung verletzter Nerven im Kriege. (M. m. W. 1915, Nr. 6.)

Da sich die Enden eines durchtrennten Nerven bei Bewegungen des betr. Gliedes zurückziehen, so müssen direkt nach der Verletzung alle Gelenkstellungen, die ein Klaffen der Stümpfe nach sich ziehen, vermieden werden. Dadurch erhalten die Stümpfe die Möglichkeit, mit einander zu verwachsen, das ist nach 3—4 Wochen geschehen, und damit ist die Vorbehandlung beendet. Verf. beschreibt die Technik der Nervennaht und die Anwendung der von ihm angegebenen sterilisierbaren Nadelelektrode. Die Nervenoperation wird sich im Feldlazarett selten ausführen lassen, sie ist für das Kriegs- oder Reservelazarett aufzusparen. M. K.

5) **Hirschel.** Erfahrungen über Schussverletzungen der Nerven und die Verwendung von präparierten Kalbsarterien zu ihrer Umhüllung. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 132, H. 5—6, p. 567).

Mitteilung aus dem Krieg. Die Nervennaht soll, sobald die Wunde keine Infektionsgefahr mehr bietet, ausgeführt werden. 30 Nervenfälle wurden erfolgreich nach der Wilms'schen Nahtmethode (an beiden Nervenenden wird mittels Catgut oder Zwirn das Perineurium zusammen mit einem kleinen Nervenbündel gefasst, die Enden verknüpft; zwei solche Nähte genügen, halten einen festen Zug aus und reißen nicht aus) genäht. Meist war der n. radialis betroffen. Um sekundäre Verwachsungen zu verhindern, wurde als Manschette präparierte Kalbsarterie verwendet, die in allen Fällen reaktionslos einheilte. Spitzer-Manhold, Zürich.

6) **Voelcker.** Operative Befunde bei Schussverletzungen peripherer Nerven. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H. 1, p. 65.)

Anfangs machen die Nervenverletzungen den Eindruck einer leichten Läsion, die späteren Folgen sind aber schwer. Man kann nicht diagnostizieren, ob der Nerv gequetscht, teilweise zerrissen oder vollständig durchtrennt ist. Die abwartende Therapie klärt wohl mit der Zeit das Bild, aber der Zeitpunkt für eine Nervennaht ist dann meist versäumt. Bei guter Technik und Asepsis lege man den Nerv lieber zu früh als zu spät bloss. Wenn Schmerzen auftreten, dann wird man zur Operation gedrängt. Der beste Zeitpunkt zum Operieren ist: wenn die Schusswunde aseptisch, am besten ganz vernarbt, ein bestehender Knochenbruch konsolidiert ist. Selten vor der 3., meist nach der 5., 6. Woche. Die operative Behandlung wurde mit Erfolg bei 16 Patienten ausgeführt. Nach diesen Fällen ist ein Gutachten, ob die abwartende oder eine operative Therapie

15*

die bessere sei, noch nicht abzugeben. Der Schusskanal degeneriert immer schwierig und der Nerv wird in diesem Gewebe festgemauert, umschnürt, gegen benachbarte Teile abnorm fixiert. Schmerzen verschwinden immer prompt nach der Herausschälung des Nerven. Um den befreiten Nerv wird eine freie Fett- und Faszienmanschette gelegt. Lokalanästhesie erwies sich als ungenügend. Chloroformnarkose.

Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **Stoney and Meade.** Nerve suture for bullet wounds.

(Brit. med. Journ. 3. 7. 15, p. 10).

Verf. berichten über 4 Fälle von Nervenschussverletzungen, die mit Erfolg genäht wurden. Je früher man näht, desto besser, aber auch viele Monate nach der Verletzung soll man die Hoffnung auf Erfolg einer Nervennaht nicht aufgeben.

Spitzer-Manhold, Zürich.

8) **Climenko.** The modern treatment of sciatica. (The

New-York med. Journ. Vol. CI, Nr. 4, p. 160.)

Ischias ist oft der Ausdruck konstitutioneller Krankheiten (Rheuma, Gicht, Anämie, Diabetes, Malaria, Syphilis). Die Behandlung besteht in Diät, Gebrauch hochfrequenter Ströme, Injektionsbehandlung (direkte Infiltration der Nerven oder epidurale Infiltration). Bei hysterischer Aetiologie ist die epidurale Methode zu vermeiden, verstärkt nur die Beschwerden, da sie die Aufmerksamkeit des Patienten noch mehr auf die kranke Region lenkt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Vormann.** Zur Kasuistik der myopathischen Muskelatrophien. (D. militärärztl. Zschr. 44. Jg. H. 3/4, p. 70.)

V. teilt einen Fall von fortschreitendem Muskelschwund bei einem 22 jährigen Soldaten mit. Die Symptome waren: Schwäche in den Beinen, ausgedehnte starke Atrophie der Oberschenkelmuskulatur, Fehlen der Knierreflexe, dabei keine fibrillären Zuckungen der Muskeln, keine Entartungsreaktion, keine Empfindungs-, Blasen- oder Mastdarmstörungen, nur leichte allgemeine Ermüdbarkeit. Ein Bruder des Pat. wurde wegen ähnlicher Muskelschwäche aus dem Militärdienst entlassen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

10) **G. B. Gruber.** Zur Kasuistik und Kritik der umschriebenen Muskelverknöcherung. (Myositis ossificans circumscripta). (M. m. W. 1915, Nr. 12.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entstehung der Muskelverknöcherung im Bereiche von Schuss- und Stichverletzungen der Muskeln. Derartige Fälle sind im Frieden selten, werden aber jetzt, wenn man darauf achtet, häufiger zur Beobachtung kommen. Er

schildert das Ergebnis anatomischer Untersuchungen, welches die Auffassung bestätigt, dass es sich nicht um eine Geschwulstbildung, sondern um die Folgeerscheinungen entzündlicher Prozesse handelt. Aetiologisch scheinen neben dem Trauma auch Anomalien des Kalkstoffwechsels eine Rolle zu spielen.

M. K.

11) **Ely.** Joint tuberculosis. (New-York med. Journ. Vol. CI, Nr. 16, p. 783.)

Die ersten Anfänge der tuberkulösen Knochenerkrankung sind noch unklar. Im Mark werden wahrscheinlich durch Infektion (nach Masern, Keuchhusten, Scharlach, Lungenentzündung) solche Veränderungen hervorgerufen, dass es durch die Tuberkelbazillen angreifbar wird. Das Leiden fängt in der Synovialis oder im Knochenmark an. Es wurde auch primäre Tuberkulose der Sehnenscheiden beobachtet. Bei Kindern bevorzugt man, wie bekannt, ein konservatives Verfahren, schont das Gelenk, bei Erwachsenen reseziert man, vermeidet das Eintreten einer Sekundärinfektion und strebt eine Versteifung des Gelenkes an.

Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Wilson.** Misapplied bone surgery. (New York med. Journ. Vol. CI, Nr. 16, p. 775.)

Verf. rät von dem in den letzten Jahren viel zu sehr in Aufnahme gekommenen Operieren bei Frakturen und von ankylosierenden Operationen ab. Eine von Anfang an regelrecht behandelte Fraktur bedarf zur Konsolidation keiner Metallplatten. Auf alle Fälle, wenn man zum blutigen Verfahren schreitet, sind gute Röntgenbilder vorher anzufertigen, um über die Beschaffenheit des Callus und evt. atrophische Veränderungen in den benachbarten Knochen orientiert zu sein. Bei beginnender Knochentuberkulose mache man keine Knochentransplantationen oder ankylosierende Operationen, sondern suche erst die konservative Therapie nach allen Richtungen hin zu erproben, auch soll man mit dem internen Mediziner sich beraten und vor allem dem Patienten selbst immer reinen Wein über seinen Zustand einschenken.

Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **Plagemann.** Ueber Knochen- und Faszientransplantation. Wissensch. Ver. d. Aerzte zu Stettin, 5. 5. 1914. (B. kl. W. 1915, Nr. 4).

Vortr. berichtet an der Hand von Photographien und Präparaten über eine grössere Zahl plastischer Operationen, darunter einen Fall von Einpflanzung eines Seidenzopfes zur Korrektur bei Skoliose. Er empfiehlt die Verwendung frei transplantierte Faszien-

und Knochenabschnitte, bei der er mit Ausnahme einer Ueberpflanzung der Fibula an die Stelle der tuberkulösen Ulna stets primäre Einheilung erzielte. Das funktionelle Resultat der Faszien-, Sehnen- und Muskelplastik ist bei genügender Nachbehandlung ein gutes.

M. K.

14) **Wheeler.** Preliminary note of two cases treated by rib transplantation. (The Brit. med. Journ. 13. II. 15, p. 288.)

Verf. erprobte in zwei Fällen von Knochentransplantation statt der üblichen crista tibiae die Brauchbarkeit eines Stückes Rippe. In einem Fall handelte es sich um ein Auftragen von Knochen am Pfannenrand zur Vertiefung der Pfanne bei kongenitaler Hüftgelenksluxation, die erfolglos nach Lorenz behandelt worden war, im zweiten Fall um eine Abbeesche Operation (künstliche Versteifung der proc. spinosi bei Spinalkaries mit fortschreitender Kyphose.) Beide Male bewährte sich das Rippenstück aufs beste. Um das Periost der Rippe zu schonen, hatte man in beiden Fällen eine Pleuraverletzung nicht umgehen können; ausser einem vorübergehenden Pneumothorax entstand aber kein weiterer Schaden daraus für die Patienten. Die Mitteilung soll nur eine vorläufige sein, und der Verf. arbeitet weiter an der Vervollkommnung des Verfahrens.

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Hagedorn.** Schussverletzungen im Röntgenbilde. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H. 3, p. 301.)

Verf. versuchte an Hand einer grossen Anzahl von Radiogrammen von Schussverletzungen ein bestimmtes Schema herauszufinden, wie der Knochen lädiert wird und ob überhaupt mit einer gewissen Regelmässigkeit. Bei Knochenschaftschüssen fand er überall übereinstimmend, dass die grösste Splitter- und Sprengwirkung im Markraum auftritt, von hier aus meist in Längsrichtung Sprünge und Splitter, die Fragmente sind meist wenig verschoben, der Einschuss ist klein und glatt, der Ausschuss mit kortikaler Splitterung in Dreiecksform. Er geht die Schussverletzungen verschiedener Knochen durch, ohne zu einer weiteren Gesetzmässigkeit der Knochenläsion zu kommen. Das Thema wäre noch weiter zu verfolgen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

16) **G. Klein.** Röntgenbilder bei Schusswunden. Aertzlicher Ver. München 7. X. 1914. (M. m. W. 1915, Nr. 4.)

K. berichtet über Fälle, in denen die Röntgenaufnahme überraschende Ergebnisse hatte. Ein Schuss in die Brustmuskulatur hatte deutlich Einschuss und Ausschuss, die gut heilten, plötzlich kam ein

Geschossplitter mit einem Stück des Uniformrockes zum Vorschein. Bei einem Mann war der Einschuss an der rechten Hüfte, aber kein Ausschuss zu sehen, Schmerzen in Oberschenkel und Knie, ein Geschoss war nicht nachweisbar, durch Zufall fand man es auf einer Photographie unter dem linken Schambein, wo nie Beschwerden waren. Ein Pat. hatte eine Quetschung des linken Unterschenkels erlitten und klagte über sehr heftige Schmerzen; klinisch war nichts nachweisbar, man dachte an Simulation, erst eine wiederholte Röntgenaufnahme ergab eine feine Bruchlinie quer durch die Tibia. Bei den häufigen Schüssen durch die Hand und den Fuss ist wegen der Schwellung die klinische Diagnose meist sehr schwer zu stellen, die röntgenologische daher unentbehrlich. Bestimmte Vorsichtsmassregeln sind nötig, um Irrtümer bei der Lokalisation der Geschosse zu vermeiden.

M. K.

17) **J. Horák.** Ueber Knochen transplantationen. (5. Kongress tschechischer Naturforscher und Aerzte. 1914.)

1) Osteosarkom des oberen Humerusdrittels; Entfernung des kranken Humerus bis zum unteren Drittel und Ersatz desselben durch den gleichen Knochen von einem 17 jährigen Mädchen, das an einem Kopfschuss gestorben war. Nach Ueberwindung von Hindernissen heilte der transplantierte Knochen ein und die Patientin begann im Ellbogen- und Schultergelenk (hier bis zur Horizontalen) zu bewegen, ass und nähte mit der kranken Hand. Später trat eine langsame Resorption des transplantierten Knochens ein.

2) Sarkom der unteren Humerusdiaphyse. Entfernung des kranken Knochens und Ersatz desselben durch den gleichen Knochen von einem an einem Kopfschuss gestorbenen 19 jährigen Jüngling. Anfangs war der Verlauf gut; am 4. Tage stellten sich Symptome von Tetanus ein, dem die Patientin erlag. Im Mark des Transplantats wurden Tetanusbazillen nachgewiesen, die von dem Jüngling stammen dürften. Der Fall spricht für die Forderung Küttners, vor der Operation die Sektion des Spenders und eine bakteriologische Untersuchung des Blutes und Knochenmarks vorzunehmen.

G. Mühlstein, Prag.

18) **Cones.** The diagnosis and treatment of some rare fractures. (Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXII, Nr. 19' p. 705.)

Verf. berichtet an Hand der Krankengeschichten eigener Fälle über seltene Frakturen und deren Behandlung, so über: Abbruch der Humerustrochlea, die Collessche Fraktur bei Kindern (subperiostaler Bruch am unteren Radiusende), Abtrennung der Epiphyse am ersten Metakarpale, Bruch eines karpalen Keilbeins

(Hamatum); an der unteren Extremität: Bruch des Metatarsale V durch Umknicken des Fusses und Vorkommen des Vesaliusschen Knochens, Abknickung der unteren Fibulaepiphyse, Bruch des mittleren und äusseren Keilbeines. Spitzer-Manhold, Zürich.

19) Nesper. Beiträge zur Kasuistik offener Knochenbrüche. (Med. Klin. 1914, Nr. 50.)

Verf. beschreibt den Verlauf und die Behandlung von 12 z. T. sehr schweren Fällen, von denen die Mehrzahl mit guter Funktion heilte. Wenn durch die Verkeilung der Fragmente ineinander die Kontinuität nicht hergestellt werden konnte, wurde die Verschraubung nach Lane angewandt, die sich auch bei nicht aseptischem Verlauf als sehr vorteilhaft erwies. Bei Brüchen des Unterarms und des Unterschenkels müssen beide Knochen verschraubt werden und zwar in verschiedenen Ebenen. Durch Verabreichung von Thyreoidin und Phosphor wurde die Kallusbildung unterstützt, so dass eine Pseudarthrose verhütet wurde. M. K.

20) O. Nordmann. Infizierte Knochen- und Gelenkschüsse. (Med. Klin. 1914, Nr. 51.)

Bei infizierten Knochenbrüchen wurden zunächst lange Einschnitte gemacht und dann ein Verband mit langen Pappschienen und Stärkebinden angelegt. Trat keine Besserung ein, so wurde die Kortikalis des Knochens wie bei der Osteomyelitis entfernt, dadurch konnte in vielen Fällen die Amputation vermieden werden. Am ungünstigsten verhalten sich Oberschenkelfrakturen; sie kamen vielfach verunreinigt an, und die Patienten konnten trotz der Amputation nicht gerettet werden. Auch bei infizierten Gelenkschüssen wurde zunächst Eröffnung des Gelenks und Drainage versucht. So weit als möglich müssen erst die konservativen Eingriffe erschöpft sein, ehe man zur Amputation schreitet. Wo eine solche nötig war, wandte Verf. stets den mehrzeitigen Zirkelschnitt unter Verzicht auf gute Wundnaht an. M. K.

21) Els. Ueber die Schussfrakturen langer Röhrenknochen und ihre Behandlung in den Heimplazetten. (M. m. W. 1915, Nr. 5 und 6.)

Verf. schildert seine Erfahrungen aus dem Lazarett in Bonn. Am schwierigsten gestaltet sich im Felde die Versorgung von Oberschenkelfrakturen, bei den meisten der mit solchen Verletzungen angekommenen Verwundeten war die Fixation und Ruhigstellung nicht ausreichend gewesen. Die Gefahr der Infektion erschien um so geringer, je grösser die Wunde, d. h. je besser der Abfluss der Sekrete war. Soweit als irgend möglich, wurde konservativ verfahren. Ver-

wundete, die mit hohem Fieber ankamen, besserten sich mitunter nach 2—3 Tagen bei Ruhigstellung der gebrochenen Extremität; hielt das Fieber mit Schmerzen und Schwellungen an, so dass der Verdacht auf Retention bestand, so wurde breit eröffnet, lose Knochen-splitter werden dabei entfernt. Ist die Sekretion durch festsitzende Knochenstücke bedingt, so hat man die Demarkation abzuwarten. Bei Epiphysenschüssen ist der Ausschuss gewöhnlich klein; sind sie mit einer Gelenkeiterung verbunden, so wird diese gewöhnlich schwer und langdauernd, und besonders beim Kniegelenk ist eine Versteifung kaum zu vermeiden. Die meisten Verletzungen waren infizierte Splitterfrakturen des Unterschenkels. Sie wurden zunächst gut verbunden, in eine gepolsterte Volkmannscheine gelegt; trat nach einigen Tagen Fieberabfall und Abschwellung nach gutem Eiterabfluss ein, so wurde der gefensterter zirkulärer Gipsverband ohne Extension angelegt. Die Einrichtung war bei Splitterbrüchen meist sehr leicht, bei Quer- und Schrägbrüchen schwieriger. Nach ca. 4 Wochen wird der Verband abgenommen, 2—3 Tage lang aktive Bewegungsübungen gemacht und dann ein bis zum Knie reichender Gipsverband angelegt, der entweder sofort oder bei noch nicht völliger Konsolidation nach 14 Tagen abnehmbar gestaltet wird. In diesem Verbands können die Kranken umhergehen. Bei den Oberschenkelbrüchen sind die Splitterbrüche der Diaphyse prognostisch am günstigsten, während bei Epiphysenbrüchen Dislokationen häufig sind. Die beste Behandlung ist der Streckverband, er erlaubt bei eintretender Konsolidation baldigste Bewegung in den Gelenken. Sehr zu empfehlen ist die Semiflexionsstellung, die durch ein nach den Angaben von Wildt konstruiertes Rosshaarkissen sehr erleichtert werden kann. Bei Schussfrakturen der oberen Extremität hat sich das ebenfalls von Wildt angegebene Verfahren der portativen Extension gut bewährt. M. K.

22) **G. Hohmann.** Schienen- oder Gipsverbände bei den komplizierten Frakturen der Knochen und Gelenke? (M. m. W. 1915, Nr. 4.)

Verf. wandte anfangs Schienen- oder Extensionsverbände an. Die Schmerzen beim Verbandwechsel, Fieber, Störungen des Allgemeinbefindens waren häufig, darum ging er zum starren Verband, gefensterter bzw. geteilten Gipsverband über, die Erfolge waren wesentlich günstiger. Den Hauptgrund sieht er in der genaueren Fixierung der Fraktur; dadurch wird zugleich die Resorption der im Eiter enthaltenen septischen Stoffe verhütet. Verf. erläutert an einigen Beispielen die Ueberlegenheit des Gipsverbandes. M. K.

- 23) **H. Wohlgemuth.** Eine Lagerungs- und Extensionschiene für Extremitäten-Schussfrakturen. (D. m. W. 1915, Nr. 25).

Die Schienen bestehen aus einem Stück Bandeisen und werden zweckmässig in 4 verschiedenen Längen 1, $1\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{4}$ und 2,35 m bereitgehalten. Ungefähr in der Mitte ist ein Loch durchgeschlagen, durch das eine frei bewegliche Hakenschraube geführt wird. Die Schiene wird erst vor der Anlegung U-förmig zurechtgebogen, sodass das Loch in das Verbindungsstück der beiden Schenkel kommt. Die Schraube dient dazu, in die Heftpflasterzüge des Verbandes eingehakt zu werden. Durch langsames Anziehen der Flügelschraube kann eine vollkommene Anpassung der Knochenfragmente und eine normale Länge der Extremität erreicht werden. Der Gipsverband braucht nicht die ganze Extremität einzunehmen, sodass eine ständige Kontrolle und frühzeitige Massage möglich ist. Die Einzelheiten der Anlegung des Verbandes sind aus den beigegebenen Abbildungen ersichtlich.

M. K.

- 24) **M. Fritz.** Zur Schienenfrage. (D. m. W. 1915. Nr. 5.)

Die Wunde wird mit Gaze und Watte bedeckt und das verletzte Glied von 2 Wärtern fixiert. Inzwischen wird eine frische Gipschiene hergestellt, indem man eine oder mehrere Gipsbinden in der erforderlichen Länge hin und her abrollt und gut durchfeuchtet. Diese Schiene wird, ehe sie erhärtet ist, ohne jede Polsterung nass an die Extremität angelegt und gut anmodelliert und mit 1—2 Mullbinden befestigt. Ueber dem ganzen wird die von der Schiene nicht bedeckte Wunde mit entsprechendem Verbandsmaterial versorgt und kann, ohne dass die Schiene abgenommen wird, immer revidiert werden. Verf. erläutert, wie bei den einzelnen Arten und Stellen der Verletzungen die Schienen angewandt werden. Der Vorteil besteht in der Einfachheit und Schnelligkeit der Herstellung, der Sicherheit der Fixierung, der erleichterten Revision der Wunden und der Verhütung von Gelenkversteifung.

M. K.

- 25) **A. Peiser.** Unsere Schienenverbände im Felde. (M. m. W. 1915, Nr. 23.)

Verf. hält es für nötig, dass viel mehr Wunden durch Schienenverbände ruhig gestellt werden, als bisher geschieht. Das gilt insbesondere für Kopfschüsse und Halsverletzungen. Als zweckmässigstes Material für alle Schienenverbände empfiehlt er verzinnte Eisendrahtschienen und zeigt an einer Reihe von Abbildungen, wie sie bei den einzelnen Verletzungen verwendet werden.

M. K.

26) **F. König.** Universalschiene für den praktischen Arzt. (M. m. W. 1915, Nr. 5.)

Verf. liess eine Schiene konstruieren, die möglichst allen Bedürfnissen des Praktikers entsprechen soll und leicht mitzuführen ist. Sie ist aus biegsamem Metall, 30 cm lang, durch Ausziehen eines Gliedes auf 53 cm, eines zweiten Gliedes auf 75 cm zu verlängern und wiegt nur ca. 250 gr. Ein 3 cm breites und 5 m langes Gurtband ist um die Schiene gewickelt. Bei Oberschenkelbrüchen erreicht man durch Verwendung zweier Schienen die nötige Länge. Der Preis der Schiene beträgt 4,50 Mk

M. K.

27) **Lange.** Papphülsenschienen. (M. m. W. 1915, Nr. 5.)

Verf. hat in Nr. 33 der M. m. W. Schienen beschrieben, die er für die Zwecke der Kriegspraxis in geeigneter Weise verändert. Statt des schwer erhältlichen Sattelfilzes wird Pappe benutzt. Wo keine Gurte zur Verfügung stehen, kann man durch die Löcher in den Querbandeisen Bindfaden ziehen, mit dem sie zusammengeknüpft werden. Für die Oberschenkel- und Schulterschienen erwiesen sich Änderungen in der Form als notwendig, die Verf. beschreibt und durch Abbildungen erläutert. M. K.

28) **Bahrmann.** Eine zusammenstellbare Schiene und ein Streckverband für Knochenbrüche. (D. militärärztl. Zschr., 44. Jhrg., H. 7/8, p. 140.)

Verf. beschreibt eine für den Krieg erfundene Schiene aus Metallplatten und -Stäben, die wenig Raum einnimmt, eine Verbandstoffersparnis bezweckt, in den einzelnen Teilen als Bein- oder Armschiene und auch als Streckverband gebraucht werden kann. (Abbildung).

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Page.** Aluminium skeleton splints in the treatment of compound fractures. (Brit. med. Journ. 15. V. 15, p. 839.)

Verf. beschreibt zwei Schienen fürs Feld, die beide leicht aus den im Sanitätsverbandvorrat vorhandenen Aluminiumstäben herzustellen sind, eine fürs Bein, die andere für den Arm. Die ständige Extension kann mittels der Schiene ausgeführt werden, sie ermöglicht ein bequemes und schmerzloses Umdrehen und Betten des Verwundeten und einen häufigen Wechsel des Wundverbandes.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Ad. Schmidt.** Ueber die rheumatischen Erkrankungen im Felde. (Med. Klinik, 1914. Nr. 49).

In den meisten Fällen von Polyarthritus acuta liess sich feststellen, dass eine infektiöse Erkrankung, Angina, Diarrhöen (latente

Ruhr) vorausgegangen waren, oder dass es sich um Symptome einer Sepsis handelte. Mitunter waren es Rezidive einer früheren Arthritis. Die Erkrankung befällt viel häufiger die unteren als die oberen Extremitäten, nicht, wie die Patienten glauben, wegen der Fusskälte und Nässe in den Schützengräben, sondern wegen der grösseren Belastung der Beine bei den Marschleistungen. Die Myalgie ist als eine Neuralgie des sensiblen Muskelnerven aufzufassen, beide beruhen auf einer infektiös-toxischen Affektion der die Tiefensensibilität vermittelnden Fasern. Die sogenannte „Erkältung“ kommt ebensowenig als Ursache des Leidens in Betracht wie Zerrung, Ueberanstrengung etc.; sie wirken nur als auslösende Momente. Rückenmyalgien sind oft sehr schmerzhaft und langwierig, im übrigen ist die Prognose bei den Patienten der Reserve-lazarette günstig. Patienten, die ein Rezidiv hatten, sind im allgemeinen als garnisondienstfähig, nicht aber als felddienstfähig zu betrachten, da neue Rückfälle wahrscheinlich sind. Therapeutisch empfiehlt Verf. bei Myalgien und Neuralgien Einspritzungen von physiologischer Kochsalzlösung oder $\frac{1}{2}\%$ Novokainlösung.

M. K.

31) **Clarke.** Rheumatic fever and rheumatoid arthritis. (The Lancet, 5. VI. 15, p. 1169.)

Verf. konnte nach eigenen Erfahrungen bei langem Aufenthalt in den Tropen und nach Statistiken konstatieren, dass in den heissen Gegenden rheumatische Fiebererkrankungen und ihre Folgen (Herzfehler etc., nach Sektionsmaterial) gänzlich unbekannt sind, so dass der klimatologische Faktor in der Aetiologie des Leidens eine wichtige Rolle spielt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Alhaique, A.** Su tre casi di lussazione complicata. (La Riforma medica 1913, Nr. 31.)

Krankengeschichte von drei Fällen, in denen die Luxation eine offene war.

Buccheri, Palermo.

33) **K. Hirsch.** Ueber ankylosierende traumatische Arthritis. (D. m. W. 1915, Nr. 12 u. 13).

Nach einer Fraktur der Basis des Metakarpus V waren die Gelenke der Handwurzelknochen unter einander und mit denen der Mittelhandknochen innerhalb 6 Monaten zur völligen Verödung gebracht, nur das Sattelgelenk des Daumens war erhalten. Die Handwurzel stellt im Röntgenbild eine fast gleichmässige Knochenmasse dar, nur an einzelnen Stellen sind unregelmässige Lücken als Zeichen von Atrophie, an der Frakturstelle ist ein hypertrophischer Kallus. Nach Ablauf eines Jahres hatte sich an dem Befunde nichts ge-

ändert; die funktionellen Störungen blieben auf das Handgelenk beschränkt, sensible und trophoneurotische Störungen traten nicht ein. Bei dem ungewöhnlichen Befund untersucht Verf., ob noch andere ätiologische Momente mitsprechen. Gonorrhoe, Syphilis, Rheumatismus sind auszuschliessen. Dem Bilde der akuten trophoneurotischen reflektorischen Knochenatrophie Sudeks entspricht der geschilderte Fall nicht, auch eine Arthritis deformans lag nicht vor. Es bleibt keine andere Ursache als das Trauma übrig. Verf. berichtet noch über einen zweiten Fall, in dem ein geringfügiges Trauma eine ankylosierende Entzündung eines Metakarpophalangealgelenks zur Folge hatte, an die sich dann die Sudeksche Knochenatrophie anschloss. Er ist der Ansicht, dass diese Fälle nicht so selten sind, wie es nach der vorhandenen Literatur erscheinen könnte.

M. K.

34) **H. Burekhardt** und **J. Landois**. Erfahrungen über die Behandlung infizierter Gelenke im Kriege. (M. m. W. 1915, Nr. 21.)

Die Hauptsorge besteht in ausreichender und dauernder Drainage; um das zu erreichen, müssen die Knochenenden soweit abgesägt werden, als sie Sprünge haben. Ist das nicht möglich, so ist die Absetzung des Gliedes indiziert. Je näher infizierte Gelenke dem Rumpfe liegen, desto ungünstiger verhalten sie sich gegenüber Resektionen. Diese geben beim Hand-, Fuss- und Ellenbogengelenk gute Resultate; beim Kniegelenk nur, wenn der Allgemeinzustand gut, die Knochenzerstörung mässig ist und die äusseren Verhältnisse eine längere Nachbehandlung an einer Stelle ermöglichen; andernfalls ist die Amputation vorzuziehen. Schulter- und Hüftgelenksvereiterungen geben eine ungünstige Prognose; man wende zuerst einfache Drainage und Fixation an und mache unter günstigen Verhältnissen später die Resektion.

M. K.

35) **K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien**. 12. III. 1915. (B. kl. W. 1915, Nr. 16.)

Herr Hecht zeigt an mehreren Soldaten die Behandlung und Verhütung der Gelenkversteifung. Eine aus drei Teilen bestehende, leicht improvisierbare Winkelschiene wird um das Gelenk herum angelegt, durch elastischen Zug wird die erwünschte Beugung oder Streckung erzeugt. Der Apparat eignet sich für fibröse und muskuläre, nicht für knöcherner Kontrakturen. H. lässt im Gipsverbande die Finger und Zehen frei und weist die Patienten an, sie zu bewegen; ausserdem schafft er eine Art Muskelgymnastik,

indem er die Muskeln mittels Fenster in Gipsverbände, die über den wichtigsten Nervenpunkten angelegt sind, faradisiert.

M. K.

36) **F. Schede.** Mobilisierung versteifter Gelenke. (M. m. W. 1915, Nr. 8.)

In Ergänzung einer früheren Mitteilung (M. m. W. 1914, Nr. 51) beschreibt Verf. Mobilisationsschienen für Schulter und Fingergelenke, welche nach dem gleichen Prinzip konstruiert sind. Die Anwendung wird durch Zeichnungen erläutert.

M. K.

37) **Bisley.** Skeletal cancer. (Boston med. and surg. Journ., Vol. CLXXII, Nr. 16, p. 584.)

Angeregt durch zwei eigene Beobachtungen von Knochenmetastasen nach Weichteilkrebs (speziell Brustkrebs) erörtert Verf. das Thema näher. Die Metastasen geschehen durch zentrifugale Aussaat auf dem Lymphwege oder auf dem Wege der tiefen Faszien. Die Knochenmetastasen finden sich häufig in der Nähe der Gelenke (Knie, Ellbogen). Die Wirbel nach Scirrhus werden in etwa 25% befallen. Die Beckenknochen kommen in zweiter Linie als Standort der Metastasen in Betracht. In 24% trifft man Spontanfrakturen der Knochen. Schmerz ist das einzige Symptom, das den Verdacht auf eine Knochenmetastase lenken kann, fühlbare Tumoren sind selten. Schmerzhaftes Paraplegien lenken auch den Verdacht auf bösartige Neubildungen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Hennemann.** Zur Behandlung der Spina bifida. (M. m. W. 1915, Nr. 7.)

Bei dem vom Verf. beschriebenen Fall wurde in Zwischenräumen von je einer Woche der Sack dreimal punktiert und darauf 1 ccm Tinct. Jodi, Alkoh. aa. eingespritzt. 8 Tage nach der dritten Einspritzung war die Geschwulst verschwunden, an ihrer Stelle befindet sich eine geschrumpfte, harte und feste Hautdecke. Nach den Operationen entwickelte sich das Kind gut.

M. K.

39) **Duffy.** Coccygodynia: causes and treatment. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXI, Nr. 27, p. 1011.)

Bei jedem Fall von Coccygodynie, gleich welchen Ursprungs, kann auch vom Praktiker mit Erfolg die Methode der 60% Alkoholinjektion (2—4 ccm) zwischen Rektum und os coccygis längs des Sakrococcygealgelenks mit Erfolg verwendet werden. Eine Injektion genügt meist, dass keine Schmerzrezidive kommen. Eigene Fälle, Beobachtungsdauer von über 8 Monaten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

40) **Dorner.** Missbildung beider Arme (Strahldefekt) und der Brustwand. Mediz. Ges. zu Leipzig, 16. II. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 15.)

Bei dem 6 jährigen Mädchen fehlen an der rechten Hand der Radius und mehrere Handwurzelknochen sowie der Daumen vollkommen, sonst sind die Mittelhandknochen und die Phalangen gut ausgebildet. Die Ulna ist gekrümmt. An der linken Hand ist am Radius nur die Epiphyse mangelhaft ausgebildet, mehrere Handwurzelknochen fehlen. Am Thorax sind rechts die 4 obersten Rippen unregelmässig verschmolzen, die 4 folgenden sind teilweise durch Brücken mit einander verbunden, teilweise ebenfalls verschmolzen. Die Skapula steht ganz horizontal. Es handelt sich um einen typischen Strahldefekt.

M. K.

41) **Marshall.** Late results of surgical treatments for flexed scapulae, with a discussion of the subject. (Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXII, Nr. 22, p. 813).

Verf. beobachtete 11 Fälle von übermässiger partieller Entwicklung und Einwärtskrümmung hauptsächlich des oberen Schulterblattrandes, die dann mit der Zeit zu Beschwerden (Schmerzen bei Heben der Arme, Crepitieren, Druckempfindlichkeit) führt. Erst probiere man die konservative Behandlung (entsprechend konstruierte Gurte, Tonica, Hydrotherapie, Gymnastik). Hilft diese nichts, so bleibt immer noch das operative Abtragen des hypertrophischen oberen Scapularrandes (angeborene Affektion).

Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Fields.** Subacromial bursitis. (The New-York med. Journ. Vol. CI, Nr. 4, p. 163.)

Verf. macht bei subakromialer Bursitis nach aseptischer Aspiration der Schleimbeutelflüssigkeit eine Injektion von 5% Jodoformglyzerin (2—4 ccm.) Der Arm wird durch eine Schlinge auf der Brust fixiert, die kranke Hand soll möglichst der gesunden Schulter genähert sein. Der Schmerz hört meist sofort auf. Nach 12 Tagen lässt Verf. sanfte Massage der Schultergegend machen, mit leichten aktiven und passiven Bewegungen beginnen. Nach den Uebungen kommt der Arm wieder in die Schlinge. Nach weiteren 3 Tagen wird die Schlinge fortgelassen, nach 18 Tagen ist der Pat. meist arbeitsfähig.

Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **Mehler.** Neurolyse des Plexus brachialis. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H 3, p. 299)

Als Beweis dafür, dass es sich lohnt, bei schweren Nervenschüssen die Verletzung operativ anzugreifen, führt Verf. einen eigenen Fall aus dem Kriege an. Schuss durch den Erb'schen Punkt. Schlaffe Lähmung des rechten Armes. Da keine Besserung auf konservative Behandlung eintrat, 3 Monate nach der Verletzung

blutiges Vorgehen, Ausschälen des narbig verwachsenen Plexus. Elektrotherapie. Nach 3 Monaten deutliche Spuren von Besserung.
Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **Wight.** Fracture of the lower end of the humerus with displacement. (The New-York med. Journ. Vol. CI, Nr. 7, p. 204.)

Mitteilung zweier Fälle von Bruch am unteren Humerusende mit starker Verschiebung der Fragmente. Beide offen behandelt, einer mit Plattenverschraubung nach Lane, um ein engeres Aneinanderpassen der Fragmente zu erlangen. Die Hauptsache bei diesen Gelenkbrüchen ist, um später eine Ankylose durch Verhakung von Kallusmassen zu vermeiden, eine möglichst gute Anpassung der Fragmente zu erlangen, um keinen intermediären Kallus sich bilden zu lassen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Oliver.** A simple splint for fractures of the upper extremity. (The Lancet. 23. I. 15, p. 183.)

Beschreibung und Abbildung einer einfachen Schiene für den Feldgebrauch bei Armverletzungen, an jedem Lager anzubringen, bei stark sezernierenden Wunden ausprobiert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Wallace.** A note on the treatment of gunshot wounds of the femur. (The Lancet. 13. II. 15, p. 323.)

Beschreibung einer modifizierten Thomas'schen Schiene für Wunden am Bein, es kann auch eine Extension bei Knochenverletzungen an der Schiene angebracht werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Parker.** Non tuberculous hip diseases successfully treated by double splint and over-abduction. (Brit. med. Journ. 26. VI. 15, p. 1081.)

Ein 6 jähriges bis dahin gesundes Mädchen bekam Beschwerden in der linken Hüfte. Bei Ruhe keine Schmerzen. Die Affektion war vor 9 Monaten entstanden. Das linke Hüftgelenk war wie schlottrig, das Bein abduziert und nach aussen rotiert. Es wurde in starker Abduktion auf der kranken Seite eine Thomas-Jones-Schiene angelegt, auf der gesunden in normaler Stellung des Beines eine, und das Kind 1 Jahr in diesem Apparat gelassen. An der Gelenkvorderfläche des kranken Beines bildete sich ein Abszess, der bei Punktion nur Staphylokokken zeigte und sich nicht wieder bildete. Es handelte sich um eine leichte Osteomyelitis des linken Femurkopfes. Nach einem Jahr wurde das kranke Bein noch 3 Monate in einer einfachen linken Thomasschiene gehalten. Jetzt ist das Kind erwachsen und ganz wohl, auch dem Gang merkt man nichts mehr an. Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Böcker.** Die Vorzüge der unblutigen Einrenkung bei der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (D. m. W. 1915, Nr. 19).

Verf. schildert die Technik des Verfahrens. Nach Anlegung des Verbandes lässt er die Kinder nicht sogleich mit einer Korkerhöhung unter dem Schuh herumgehen, sondern wartet damit etwa 4 Wochen. Dadurch wird die Fixation in der Pfanne sicherer. In manchen Fällen gelang es auch bei älteren Kindern, mit Hilfe der permanenten Gewichtsextension befriedigende Resultate zu erzielen. Eine Statistik aus den letzten 6 Jahren ergibt 80 % anatomische und funktionelle Heilungen, und zwar 90 % bei einseitiger und fast 70 % bei beiderseitiger Luxation. M. K.

49) **Versé.** Hochgradige Arthropathia tabica des Hüftgelenks. Mediz. Ges. zu Leipzig, 3. XI. 1914. (M. m. W. 1915, Nr. 1.)

V. demonstriert das anatomische Präparat eines hochgradig deformierten Hüftgelenks. Rings um die Gelenkkapsel fühlte man knollige Knochenmassen durch. Die stark erweiterte Gelenkhöhle hat kein Acetabulum, der abgeflachte und verbreiterte Femurkopf gleitet in der unteren Fläche der Hüftbeinschaukel. Die Gelenkkapsel ist stark ausgeweitet, verdickt, an der Innenseite mit polypösen Wucherungen versehen, die meist einen Knochenkern haben. Die Neubildung der Knochenauflagerungen geschieht entweder durch Umwandlung der Bindegewebelemente zu grösseren knorpelartigen Zellen, die sich stellenweise stärker anhäufen und durch sekundäre Verkalkung die Grundlage für die Kalkkonkremente abgeben, oder das Bindegewebe verknöchert im Zentrum der polypösen Anhänge direkt. Beide Formen sind histologisch nachweisbar. M. K.

50) **Groth.** Die Versorgung der Oberschenkelschussbrüche. (D. militärärztl. Zschr., 44. Jhrg., H. 9/10, p. 161.)

Die ideale Behandlung von Oberschenkelschussbrüchen wäre Extension bei Semiflexion des Beines im Kniegelenk. Im Felde kann diese aber nicht ausgeführt werden. Solche Verletzte sollten möglichst bald in ständige Lazarette übergeführt werden. Ein zweckmässiger Transportverband ist alles, was der Feldarzt machen kann. Für die Ruhigstellung des Beines bis ins Feldlazarett eignet sich am besten die Franz'sche oder Cramer'sche Schiene (die Volkman'sche zeigte Misserfolge, weil sie durch Eindrücken der Ränder die Dislokation der Fragmente vermehrt). Später bewährt sich (für weiteren Transport in ständige Lazarette) die Korsch'sche seitliche Gipschiene, die in Narkose unter starker Extension anzulegen ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Kriegsärztlicher Abend der V. Armee.** 9. I. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 7 und 9.)

Herr Danielsen spricht über die Verbandtechnik der Oberschenkelfraktur in der Front. Auf dem Hauptverbandplatz kommt nur der Fixationsverband in Betracht, am besten mit Hilfe der Dupuytrenschen Schiene. Für den Transport genügt er nicht, auch nicht wenn er durch einige Gipsbinden verstärkt wird. Vortr. verstärkt durch Drahtgeflechte, die der Länge nach mit einem Draht als Strebepfeiler durchflochten werden. Das Geflecht wird an den Verwundeten modelliert, mit Gipsbrei übergossen und mit einer Mullbinde umwickelt. Dadurch erhält der Verband eine bedeutende Festigkeit.

In der Diskussion bemerkt Herr Tietze, dass sich ihm am besten unterbrochene Gipsbügelverbände bewährt haben. Herr Sultan benutzt zu Schienenverbänden die Oberschenkelschiene nach Franz; aber nur in Ausnahmefällen, z. B. bei grossen Wunden, ist der Schienenverband ausreichend, der beste Transportverband ist der Gipsverband nach v. Bergmann, der beste Behandlungsverband der Extensionsverband. Herr Widenmann betont die Vorteile der Schienen mit Extensionswirkung.

M. K.

52) **H. Mendelsohn.** Zur Technik des Gipsverbandes bei Schussfrakturen des Oberschenkels. (M. m. W. 1915, Nr. 8.)

Verf. beschreibt einen mit einfachsten Mitteln hergestellten Verbandstisch, zu dem nur 2 Holzböcke und 2 Eisenstangen von 2,50 m Länge nötig sind. Die Holzböcke haben Vertiefungen, so dass die Eisenstangen in Form eines Dreiecks aufgelegt werden können. Auf der einen wird das leicht abduzierte gesunde Bein mit einer Binde befestigt, auf der anderen liegt das verletzte Bein, durch Zug am Fuss und Gegenzug am Damm wird die Extension hergestellt. Jetzt wird die Polsterung mit Einschluss der Eisenstange vorgenommen, der Gipsverband angelegt und nach dessen Erhärten der Kranke mit den Stangen angehoben, dann wird die Stange herausgezogen.

M. K.

53) **Tuttle.** A case of osteomyelitis with necrosis of the entire femur and spontaneous fracture treated by a high amputation, leaving a boneless yet practical stump for the attachment and working of an artificial limb. (Boston med. and surg. Journ., Vol. CLXXII, Nr. 16, p. 589.)

Verf. teilt ausführlich die Krankengeschichte einer 16 jährigen Patientin mit, die sich beim Schlittschuhlaufen das linke Knie

verletzte, während der nächsten 3 Tage noch den Sport ausübte, dann plötzlich nicht mehr gehen konnte. Wurde als rheumatisches Fieber behandelt. Es bildeten sich mehrmals Abszesse am Unterschenkel und Knochenstückchen eiterten heraus. Im Laufe der nächsten 4 Jahre verschlimmerte sich der Zustand dermassen, dass eine hohe Amputation im oberen Femurdrittel vorgenommen wurde. Das ganze Femur war nekrotisch (Osteomyelitis). Ein 6 Zoll langer, knochenloser, fleischiger Stumpf trägt jetzt mittels einer einfachen Riemenvorrichtung die Prothese, und Pat. kann mit dem Stock ohne fremde Hilfe weit gehen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Le Breton.** Foreign body in the psoas muscle. (New-York med. Journ. Vol. CI. Nr. 8, p. 352.)

Durch Entstehen eines Abszesses im Psoas wurde bei einem Jungen ein Hüftleiden vorgetäuscht. Der Abszess war aber durch eine einfache Stecknadel verursacht, die wahrscheinlich aus dem Darm dorthin gedrungen war. Die richtige Diagnose wurde durch das Röntgenbild gestellt. Die Nadel war aller Wahrscheinlichkeit nach vor Jahren von dem jetzt 14 Jährigen verschluckt worden. Nach der operativen Entfernung des Fremdkörpers fand eine glatte Heilung statt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

55) **P. Köhler.** Eine billige Gehhülse. (Med. Kl. 1915, Nr. 17.)

Verf. beschreibt eine einfache Gehgipsschiene, die man mit Hilfe von Bandeisen und Gipsbinden selbst modellieren kann und durch Bidentouren am Bein befestigt. Er hat sie bei tuberkulösen Hüft- und Kniegelenkentzündungen und auch bei Knochenbrüchen angewandt; sie erwiesen sich als recht haltbar.

M. K.

56) **Schaedel.** Interimsprothesen für Amputierte. (M. m. W. 1915, Nr. 18.)

Verf. empfiehlt, den Amputierten als Vorbereitung für die spätere dauernde Prothese einen Gipsstelfuss zu geben. Das kann schon frühzeitig geschehen, auch wenn die Wunde noch nicht ganz geschlossen ist, sie wird dann mit einem Wattepolster bedeckt. Die Prothese kann mit Hilfe eines runden Holzstabes, einer Leder- oder Pappscheibe und Gipsbrei überall hergestellt werden, zur Verstärkung kann man Aluminiumschienen oder Schusterspan benutzen. Wenn nach einigen Monaten die Muskeln adaptiert sind, wird die Dauerprothese angepasst.

M. K.

57) **Heusner.** Ein einfaches Kunstbein. (D. militärärztl. Zschr., 44. Jhrg., H. 11/12, p. 216).

16*

Beschreibung einer Konstruktion von Holz und Leder (statt letzterem kann man auch leimgetränkte Leinenbinden und Pappe verwenden) als Ersatz für ein amputiertes Bein. Es ist dauerhaft und billig, Metallanwendung ist der billigeren Herstellung wegen vermieden. Beschreibung und Abbildung des Beines.

Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **E. Bircher.** Zur Wirkung der Schwefeltherme von Schinznach. Haut- und chirurgische Affektionen. (Med. Klinik 1914. Nr. 31.)

Durch eine Schinznacher Kur sah Verf. bei fistulöser Knochen- und Gelenktuberkulose ein Nachlassen der eitrigen Sekretion, Besserung torpider Granulationen und Ausstossung von Knochensequestern ähnlich wie bei der Sonnenbehandlung. Versteifte Gelenke erlangten in weitem Umfang ihre Beweglichkeit wieder. Verf. versuchte die Badekur auch bei chirurgischer Tuberkulose 2—3 Tage nach operativen Eingriffen und konnte nach verhältnismässig kurzer Zeit günstige Erfolge feststellen. Um dieses Prinzip durchzuführen, bedarf es Krankenhäuser für chirurgische Tuberkulose an balneologisch geeigneten Orten; ein solches steht in Schinznach, getrennt von den übrigen Kurgästen, für Unbemittelte zur Verfügung. Sehr vorteilhaft erwies sich die Behandlung bei offener Drüsentuberkulose und besonders bei fistulöser Bauch- oder Nierentuberkulose. Verf. ist der Ansicht, dass das wirksame Agens nicht so sehr die Radiumemanationen als der Schwefelgehalt des Wassers ist. M. K.

59) **P. Svátek.** Zur Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum. (5. Kongress tschechischer Naturforscher und Aerzte. 1914.)

Es wurden im ganzen 17 Fälle mit Diphtherieantitoxin injiziert. Die Anfangsdosis betrug ursprünglich 3—4000 Einheiten am 1. Tage und 2000 am 2. Tage, wenn die Temperatur nicht gesunken war; jetzt beginnt S. mit 6000 Einheiten. Der Erfolg zeigt sich sehr bald in Besserung des Allgemeinbefindens, speziell der Kopfschmerzen, und im Abfall der Temperatur; dieselbe sinkt meist kritisch, seltener lytisch. Die Krankheitsdauer beträgt 2 Tage. 15 Patienten genasen; 2 bekamen eine Phlegmone, doch wurde der eine von ihnen mit Phlegmone eingebracht. 2 Patienten starben; hiervon nur der eine an Sepsis; er war Alkoholiker; der andere starb an einer Bronchopneumonie, mit der er bereits eingebracht worden war. — Das Antidiphtherieserum ist zwar kein absolut sicheres Heilmittel des Erysipels, aber sicher das beste, das wir gegenwärtig besitzen; ausserdem ist es ganz ungefährlich.

G. Mühlstein-Prag.

60) **Breslauer chirurgische Gesellschaft.** (13. VII. 1914. B. kl. W. 1915, Nr. 5.)

Herr Batzdorff berichtet über die Anwendung der Diathermie. Bei den schweren Formen der Arthritis deformans hat sie vollkommen versagt, bei den andern Formen der Arthritis dagegen leistete sie mehr als die andern Arten der Wärmeapplikation. Bei der Nachbehandlung von Frakturen und Luxationen hat sie sich ebenfalls gut bewährt. Besondere Vorsicht ist notwendig zur Verhütung von Verbrennungen.

Herr Bauer behandelte bei 12 Patienten 15 gonorrhöisch erkrankte Gelenke mit Diathermie. Die Schmerzen liessen stets nach, die noch Stunden lang anhaltende Wärmeempfindung war sehr wohltuend. Die funktionellen Resultate waren in frischen Fällen gute, auch in den übrigen Fällen besserte sich die Funktion, aber erst nach einer Behandlungsdauer von 3—4 Monaten und unter Zuhilfenahme von Faradisation und Heissluftbehandlung.

Herr Batzdorff stellt einen 45jährigen Patienten mit Spondylitis ankylotica vor. Die Krankheit begann vor 15 Jahren mit Versteifung der Hüftgelenke und des untersten Teiles der Wirbelsäule; allmählich entwickelte sich eine vollkommene Versteifung der ganzen Wirbelsäule, der Kostovertebralgelenke, der Kiefergelenke und teilweise auch der Schultergelenke.

Herr Coenen konnte in einem ähnlichen Fall ein Trauma als Ursache feststellen.

Herr Hadda demonstriert 2 Fälle von Fraktur des 12. Brustwirbels. In dem einen waren die ersten Zeichen der Fraktur im Röntgenbilde erst 5 Wochen nach dem Unfall aufgetreten, als Pat. schon wieder arbeitete. In den folgenden 4 Jahren traten immer wieder Schmerzen auf und machten ihn arbeitsunfähig. Das Röntgenbild zeigte zwischen 11. und 12. Brustwirbel links eine Knochenspanne, der 12. Brustwirbel steht links niedriger als rechts und hat unscharfe Konturen. Der andere Patient bekam gleich nach dem Unfall heftige Schmerzen, die auch andauerten und sich erst durch das Tragen eines Korsetts besserten. Es entwickelte sich eine Skoliose der unteren Brustwirbelsäule und eine leichte Prominenz in der Gegend des 12. Brustwirbels. Im Röntgenbild sieht man eine Kompressionsfraktur des 12. Brustwirbels. Solche Patienten bieten oft Schwierigkeiten bei der Begutachtung ihrer Erwerbsfähigkeit; es sind zwar Zeichen einer Unfallneurose vorhanden, aber mit Rücksicht auf die anatomischen Veränderungen muss man sie als erwerbsunfähig betrachten.

Herr Goebel ist der Ansicht, dass bei Wirbelbrüchen ebenso gut eine Ausheilung möglich ist wie bei Frakturen anderer Knochen. Herr Küttner weist demgegenüber darauf hin, dass bei dem komplizierten Bau der Wirbelsäule, ihren zahlreichen Gelenken und Nerven und ihrem lebenswichtigen Inhalt die Brüche anders zu beurteilen sind als bei Extremitätenknochen, und dass auch leichte Brüche oft Erwerbsunfähigkeit verursachen.

Herr Jacobsohn stellt einen Patienten mit linksseitigem Schulterblatthochstand vor, der durch Schwund des M. rhomboideus bedingt ist. Es fehlen an der entsprechenden Seite 2 Rippen, im obersten Teil der Wirbelsäule besteht eine Keilwirbelbildung. Ausserdem sind noch mehrere Missbildungen, Asymmetrie des Schädels und eine Narbe von der Operation einer angeborenen Meningoencephalocele vorhanden. Der Schulterblatthochstand ist wahrscheinlich ein Glied in der Kette der angeborenen Missbildungen.

M. K.

61) **Aerztlicher Verein zu München.** 18. XI. 1914. (B. kl. W. 1915, Nr. 3).

Herr Schede spricht über offene Wundbehandlung. Bei einer septischen Wunde ist das wichtigste die Fixation des Gliedes und der freie Sekretabfluss, letzterer kann aber durch den Verband behindert werden. Besser als die Tamponade ist das Schwergewicht. Bei infizierten Wunden muss die offene Stelle am tiefsten liegen, oder man muss an der tiefsten Stelle eine Oeffnung anlegen. Sch. legt den Körperabschnitt in einen Gipsverband, wobei die Wunde und ihre Umgebung freigelassen wird, unter sie wird zum Auffangen der abfliessenden Sekrete eine Schale gestellt. Votr. sah bei dieser offenen Wundbehandlung das Fieber und zugleich den Pyocyaneus schnell schwinden und das Sekret serös werden. Erst nach vollständiger Verkrustung und Aufhören des Fiebers darf die Wunde wieder verbunden werden. Wenn mehrere Wunden vorhanden sind, so müssen die nach oben liegenden durch einen nach abwärts führenden Drain vom Sekret befreit werden. Zum Schutz gegen Kälte legt man eine Drahtschiene über die Wunde und darüber Decken. Unter dieses Deckenzelt kann man auch Heissluft oder einen Spray (z. B. von H_2 , O_2) leiten. Diese Verbandmethode hat sich auch bei Frakturen mit Knochensplittern und Stumpfnekrose bewährt.

Herr v. Stubenrauch empfiehlt bei infizierten Wunden ebenfalls Drainage, nicht Tamponade, aber das Durchdrainieren von Einzu Ausschuss verwirft er. Dass die offene Wundbehandlung bessere

Resultate ergibt als die übliche aseptische, kann er nicht anerkennen, unter ungünstigen Verhältnissen, z. B. bei unzureichend geschultem Pflegepersonal kann sie sogar bedenklich werden. Er spricht dann über die Behandlung der Schussfrakturen der unteren Extremität. Zur Fixation empfiehlt er bei Unterschenkelbrüchen Gipschienen, bei Kniegelenksverletzungen Schienen- und Masticolverband; wenn sie lange eitern, leistet die Bier'sche Stauung gute Dienste. Bei Oberschenkelbrüchen muss man sehr individualisieren, da sowohl der Gipsverband wie der Extensionsverband Nachteile haben, letzterer wegen der Bewegung beim Verbandwechsel, der grösseren Schmerzhaftigkeit, der Gefahr der ungenügenden Konsolidation, ersterer wegen der geringeren Uebersichtlichkeit, der Inaktivität der Muskeln und Gelenke und der Dislocatio ad longitudinem. Im Felde wird meist ein gefensterter Gipsverband vorzuziehen sein, für den Transport ist er das beste.

Herr Krecke betont den Wert der Nagelexension, mit der er bei Verkürzungen von 8—10 cm gute Resultate erzielt hat. M. K.

62) **Wissenschaftl. Verein der Aerzte zu Stettin.** (6. X. und 3. XI. 1914. B. kl. W. 1915, Nr. 6.)

Herr Kalb berichtet über schwere Schussfrakturen des Oberarms. Wenn gleich Ruhigstellung vorgenommen und dadurch Infektion verhütet wird, heilen selbst schwere Splitterbrüche glatt. Bei starker Zertrümmerung entwickelt sich eine mächtige Kallusbildung, die deutlich fühlbar, aber auf der Röntgenplatte weniger sichtbar ist. Die Neigung zur Dislokation ist gewöhnlich eine geringe, deshalb genügen oft einfache Schienenverbände, zumal da Extensionsverbände wegen der grossen Hautwunden häufig unausführbar sind.

Herr Lichtenauer stellt eine Patientin vor, die sich eine subkutane Zerreiassung der Daumenstrecksehne zugezogen hatte und eine vollkommene Strecklähmung der Endphalanx des Daumens hatte. Infolge der Retraktion des Muskels war ein breiter Defekt in der Sehne entstanden, der eine Brücke von 5 cm Länge nötig machte. L. stellte diese Brücke durch 2 doppelte, durcheinander geflochtene Seidenfäden her. Heilung per primam.

Herr Schlüter spricht über Gelenkschussverletzungen. Die Behandlung soll möglichst konservativ sein, nur bei bedeutenden Zerstörungen sind Resektionen nötig. Damit Versteifungen verhütet werden, soll man frühzeitig mit passiven Bewegungen und Heissluftbehandlung beginnen. Vortr. zeigt eine Reihe von Röntgenbildern der verschiedenen Gelenkschüsse. M. K.

Buchanzeigen.

- 63) **Jankau.** **Kriegsärztliches Taschenbuch für Feld-, Marine- und Lazarett-Aerzte nebst kriegsärztlichem Tagebuch.** (Mit 258 Figuren. Preis 4 Mark.)

Der 1. Teil enthält allerlei für den Chirurgen im Feld Wissenswertes, sowie das Wichtigste über die Organisation des Sanitäts-Dienstes. Der 2. Teil stellt ein Tagebuch zur Eintragung behandelter Fälle dar. Der 3. Teil bringt kurze Orientierung für den Feldarzt auf verschiedenen Spezialgebieten, unter denen ich die Orthopädie vermisste.

Vulpius, Heidelberg.

- 64) **A. Hoffa.** **Atlas und Grundriss der Verbandlehre für Studierende und Aerzte.** Bearbeitet von B. Grashey, München. Fünfte Auflage, mit 176 Tafeln und 52 Textabbildg. Lehmanns med. Handatlanten, Bd. XIII. (J. J. Lehmanns Verlag, München 1914. Preis 10 Mk.)

Text und bildlicher Teil des mit Recht beliebten Atlas sind vervollständigt worden, sodass der neueste Stand der Wissenschaft berücksichtigt worden ist. Dann legte Gr. die Feder weg und zog ins Feld, um die Verbandlehre in die Praxis zu übertragen. Eine neue Auflage wird durch seine und andere praktische Erfahrungen und Erfindungen im Krieg manche Ergänzungen erfahren.

Vulpius, Heidelberg.

- 65) **Helferich.** **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen.** Mit 78 Tafeln und 392 Figuren im Text. Neunte Auflage. (J. J. Lehmanns Verlag, München 1914. Preis 14 Mk.)

Gerade in dieser grossen Zeit ist die vervollständigte Neuauflage des unentbehrlichen Buches überaus willkommen für manchen jungen und alten Kollegen, der plötzlich vor ungewohnte chirurgische Aufgaben gestellt wird.

Vulpius, Heidelberg.

- 66) **M. Jansen.** **Die Fussgeschwulst und ihre Ursache.** Mit 12 Abbildg. (Stuttgart, Verlag F. Enke, 1915. Preis 2 Mk.)

Die Erscheinungen der Fussgeschwulst führt Verf. auf einen Krampf der Mm. interossei zurück. Den Krampfzustand setzt er in Parallele mit den spastischen Erscheinungen des Plattfusses. Der Krampfzustand der Interossei, eine Insuffizienzerscheinung, soll mechanisch ein Oedem des Mittelfusses erzeugen, welches seinerseits das Periost zu Knochenauflagerungen reizt und die Widerstandskraft des Knochens herabsetzt.

Vulpius, Heidelberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zur Deckung von Substanzverlusten bei der Nervennaht.

Von

Stabsarzt Dr. J. LEWY,

leitender Arzt der Orthop. Abteil. des Res.-Laz. Karlsschule in Freiburg i. B.

Substanzverluste von wenigen Zentimetern, wie sie beim Durchschuss eines Nerven, selbst wenn keine Retraktion oder Verlagerung stattgefunden hat, schon durch die notwendige Entfernung der narbig veränderten Teile entstehen, lassen sich bei hinreichender Mobilisierung der Nervenenden leicht durch geeignete Einstellung der verletzten Gliedabschnitte ausgleichen. Auch durch eine allmähliche Dehnung der Stumpfen kann man noch einige Zentimeter gewinnen, ohne dem Nerven zu schaden.

Bei Ausfall eines grösseren Nervenstückes, etwa von über 5 cm Länge, ist man aber gezwungen, die unterbrochene Leitung durch Einschaltung von Zwischenmaterial wiederherzustellen, das den sich regenerierenden Nervenfasern als Leitbahn dienen soll.

Von der einfachen Verknüpfung der Stumpfen mit Katgutfäden ist man zu subtileren Methoden gelangt, die bessere Aussichten für die Wiederherstellung der gestörten Leitung bieten.

So hat Meisel den Vorschlag gemacht, aus der Fascia lata einen Schlauch von entsprechender Länge zu bilden, die Stumpfen in diesen einzubetten und den Schlauch alsdann mit Blut aus der Armvene zu füllen.

Wir haben von diesem Verfahren der Tubulisation bei der Naht des N. ischiadicus, radialis und ulnaris, wenn es galt, grössere Defekte zu decken, häufiger Gebrauch gemacht. Die technischen Schwierigkeiten bei der Herstellung des Schlauches und seiner Verknüpfung mit den Nervenstümpfen machten uns im Anfang zu schaffen. Die losgelöste Faszie verzieht sich und rollt sich leicht zusammen, sie lässt sich auch nicht so einfach exakt mit den Stümpfen vernähen, so dass das injizierte Blut schon bei geringem Druck wieder ausläuft.

Zur Vermeidung dieser Uebelstände empfiehlt es sich, den Schlauch aus der Faszie, noch bevor sie ganz von ihrer Unterlage getrennt wird, am Orte der Entnahme zu bilden und ihn nicht aus einem rechteckigen Lappen gleichmässig zu formen, sondern das Lumen an den Enden etwas weiter zu gestalten.

Die nachstehende Abbildung skizziert die Schnittführung für den dem Oberschenkel zu entnehmenden Lappen:

Man trennt die Faszie in den Umrissen A B B₁ A₁ A, präpariert sie oberhalb und unterhalb der Linien a a₁ und b b₁ los, so dass sie mit einem Drittel ihrer Breite noch der Unterlage anhafte, während die Strecke A B mit A₁ B₁ durch eine feine Seidennaht vereinigt wird.

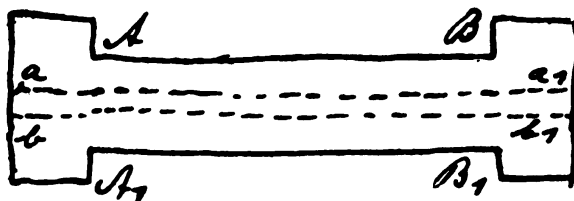


Fig. 1.

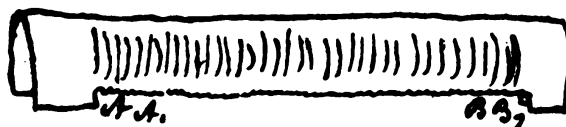


Fig. 2.

Erst nach Fertigstellung des Schlauches wird die Faszie ganz von der Unterlage getrennt. Das Vernähen der etwas weiteren Endlappen mit den Nervenstümpfen, so dass diese in den Schlauch hineinragen, macht dann keine Schwierigkeiten mehr, da das Ganze leichter zu dirigieren ist.

1) **J. Levit.** Freie Faszientransplantation. (Bulletin des 5. Kongresses tschechischer Naturforscher und Aerzte. 1914.)

Die transplantierte Faszie verfällt allmählich der Schrumpfung. Der Autor umhüllt bei Kaninchen den Darm mit Fascia lata, wobei der Zwischenraum zwischen dieser und der Darmserosa verschieden weit gewählt wurde. War der Abstand zwischen transplantierte Faszie und Darm gross, dann blieben die Tiere am Leben; lag jedoch die Faszie dem Darm eng an, dann stellte sich Strangulation des Darms, Ileus und Exitus ein. L. empfiehlt daher, stets grosse Faszienstreifen zu nehmen und die Faszie beim Darm überhaupt nicht zu verwenden. Gut bewährt hat sich die Transplantation von Faszie in der Klinik Kukulka zur Deckung von Defekten der Trachea und des Sternums, bei Epilepsie zur Verhütung von Verwachsungen zwischen Gehirn und dura mater, bei Radikaloperationen von Hernien, bei Ersatz von Sehnen und bei habituellen Gelenkluxationen.

G. Mühlstein, Prag.

2) **v. Hausemann.** Kallusbildung nach Knochenverletzungen. (B. kl. W. 1915, Nr. 7.)

Verf. wendet sich gegen die geläufige Auffassung, dass ein

Knochen nicht anders als durch Kallus heilen kann, der in überschüssiger Menge erzeugt wird. Die Kallusbildung ist umso stärker, je weniger gut die Knochenenden aneinander gefügt sind, man sieht sie daher in den Präparaten, die aus der Zeit vor Erfindung der Röntgenstrahlen stammen, deutlicher als in neueren. Man muss aber berücksichtigen, dass Kallusgewebe weniger dicht ist als Knochengewebe, und dass zur statischen Inanspruchnahme nicht nur der Knochen, sondern auch der Muskelzug gehört; und von diesem Gesichtspunkte aus wird nicht mehr Gewebe gebildet, als zur Konsolidation des Knochens erforderlich ist. Auch entzündliche Reizungen fördern die Kallusbildung. Bei Schädelbrüchen können solche Reizungen wie auch statische Belastung und Belastung durch Muskelzug ferngehalten werden, und diese heilen tatsächlich ohne Kallusbildung; die Fissuren heilen umso glatter, je weiter sie von der Stelle des Muskelansatzes entfernt sind. Brüche des Nasenbeins heilen ohne jeden Kallus. M. K.

3) **Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde.**

18. I. 15. (D. m. W. 1915, Nr. 25).

Herr Finkelnburg spricht über Knochenveränderungen nach Neuritis. Schon in der 4.—5. Woche nach Schussverletzungen mit Neuritis konnten deutliche Röntgenbefunde an Fingern, Zehen, Mittelhand- und Fusswurzelknochen sowie an den Epiphysen der Vorderarmknochen festgestellt werden. Sie zeigten das Bild der akuten Knochenatrophie, waren aber von der einfachen Inaktivitätsatrophie ganz verschieden. Sehr ausgesprochen waren die Veränderungen an der Spongiosa der Finger- und Zehenepiphysen. Die Fingergelenke neigen sehr zur Versteifung, auch wenn man frühzeitig mit passiven Bewegungen beginnt. M. K.

4) **Aerztlicher Kreisverein in Braunschweig.** 13. Juni 1914.
(Med. Klinik 1914, Nr. 50).

Herr Weber stellt einen Fall von Exostosis cartilaginea multiplex vor und zeigt an Röntgenbildern die Veränderungen an den einzelnen Knochen. Eine Beziehung der multiplen Exostosen zur Rachitis, Lues, Chondrodystrophia foetalis oder Osteogenesis imperfecta erkennt er nicht an, sondern hält sie für Entwicklungsanomalien im Sinne der Missbildungen; doch können auch Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion eine Rolle spielen. M. K.

5) **Antonino Marco del Pont.** Gemischter Knochentumor (Osteomyxom). (Revista de la Sociedad Médica Argentina. 1913. Nr. 121, S. 474.)

17*

Unter den gemischten Knochengeschwülsten finden sich am häufigsten Osteochondrome. Ihnen folgen in der Frequenz die Osteofibrome und von malignen Geschwülsten die Osteosarkome verschiedener Provenienz und Zusammensetzung. Diesen bisher beschriebenen gemischten Knochtumoren fügt Verf. eine neue Art hinzu, das Osteomyxom, das bisher noch nicht beschrieben sein soll. Es handelt sich bei dieser Geschwulstart eigentümlicherweise um die Vereinigung des härtesten mit dem weichsten Organgewebe. Der Tumor, welcher Nussgrösse hatte, fand sich im Verlaufe einer eitrigen Kieferhöhlenaffektion im rechten Sinus maxillaris des betreffenden Patienten. Bezüglich der genaueren Beschreibung des histologischen Befundes muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Stein-Wiesbaden.

6) **J. Rauch.** Ueber periostale Späterkrankungen nach Ruhr. (Med. Kl. 1915, Nr. 24.)

Die von der Verfasserin an 4 Patienten beobachteten Veränderungen betreffen periostale Auflagerungen an der Tibia, in einem Falle auch der Fibula; sie sind den nach Typhus vorkommenden Erscheinungen ähnlich. Eine Typhuserkrankung konnte aber ausgeschlossen, vorausgegangene Ruhr nachgewiesen werden. Gelenkaffektionen waren nicht vorhanden. Therapeutisch scheinen Röntgenstrahlen eine günstige Wirkung auszuüben. M. K.

7) **Wilde.** Akute Knochenatrophie nach Unfall. (Med. Kl. 1915, Nr. 20.)

Ein Kutscher hatte mit einer Wagendeichsel einen Schlag gegen den rechten Fuss erhalten; er hat die Schmerzen aufangs nicht beachtet, sie schwanden jedoch nicht, und er musste lahmen. Bei äusserer Untersuchung war kein objektiver Befund zu erheben. Das Röntgenbild zeigte Unregelmässigkeiten dreier Fusswurzelknochen, die als Zeichen einer Periostitis gedeutet werden. Eine spätere Durchleuchtung ergab keinen Befund. In einem Gutachten für die Versicherungsanstalt setzt Verf. auseinander, dass Fraktur, traumatische Tuberkulose und Arthritis deformans ausgeschlossen werden können, und kommt per exclusionem zu der Diagnose „akute Knochenatrophie“, die sich sekundär im Anschluss an die traumatische Periostitis entwickelt hat. Die Erwerbsbeschränkung wird auf 50% geschätzt. M. K.

8) **Perthes.** Eine wichtige Forderung für die Behandlung der Schussfrakturen. (M. m. W. 1915, Nr. 22.)

Verf. tritt für die ununterbrochene Ruhigstellung infizierter und infektiöser Schussfrakturen ein. Die Versorgung soll so

sein, dass beim Wechsel des Wundverbandes die Immobilisation aufrecht erhalten bleibt, denn die mit der Entfernung des fixierenden Verbandes verbundenen Bewegungen der Fragmente begünstigen die Infektion. Deshalb sind die meisten Schienenverbände und auch der Streckverband nicht geeignet, wohl aber der gefensterter Gipsverband und der Brückengipsverband. Ein häufig gemachter Fehler ist der, dass das Fenster nicht gross genug angelegt ist. An der oberen Extremität haben sich Gipsschienenverbände besonders gut bewährt. Mitunter wurden Verletzte, die bei ungenügender Fixierung und täglichem Verbandwechsel dauernd hoch fieberten, bei dauernder Ruhigstellung nach kurzer Zeit fieberfrei. Die dauernde Fixierung soll in allen Feld- und Kriegslazaretten, wenn möglich aber auch schon auf dem Hauptverbandplatz erfolgen; sie soll aber nur so lange aufrecht erhalten werden, bis die Gefahr der Infektion überwunden ist.

M. K.

- 9) **Clarke.** A note on some cases of gunshot fractures. (The Lancet. 16. I. 15, p. 124.)

Anführen einiger Fälle von Splitterbrüchen durch Flintenschüsse. Viele Fragmente, mit Draht fixiert. Gute reaktionslose Heilung. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 10) **Marinelazarett Hamburg.** 15. I. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 6.)

Herr Niemy spricht über die Behandlung der Schussfrakturen. Er empfiehlt konservatives Verfahren, bei Infektion Drainage, nötigenfalls mit Inzisionen; wenn nach einigen Tagen der Immobilisation Eiterung und Fieber nicht zurückgehen, breite Eröffnung, Entfernung von Sequestern und Fremdkörpern. Der beste Verband im Reservelazarett ist die Kombination von Streck- und Gipsverband. Vortr. empfiehlt die dorsalen Gipshansschienen, sie ermöglichen die frühzeitige Behandlung der Muskeln und Gelenke. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, selbst bei ausgedehnten Zertrümmerungen. Wenn nach mehreren Wochen kein Fortschritt in der Konsolidation bemerkbar ist, kommen operative Methoden, die Knochentransplantation und Bolzung in Betracht.

Herr Leser warnt vor zu langem Liegenlassen fixierender Verbände, auch der Gehverbände, wodurch leicht Atrophie und Versteifung entsteht. Sobald die erste Kallusverklebung eintritt, ist der Verband zu beseitigen, die Glieder werden dann nur zwischen 2 Sandsäcke gelegt, der Zugverband kann noch einige Zeit bleiben.

M. K.

- 11) **Weissgerber.** Zur Behandlung der Extremitätenschussbrüche im Felde. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H. 4, p. 407).

Die grosse Zahl der vorgeschlagenen Verbandarten für die Verletzungen im Felde beweist, dass keine der Methoden sich als vollständig zufriedenstellend in praxi erweist. Für die erste Ruhigstellung empfiehlt Verf. einen Schienenverband aus Gipsbinden nach Braun. Die Kombination von Gips- und Extensionsverband nach Hackenbruch (Distraktionsklammer) erfordert ein geschultes Personal und häufige Röntgennachkontrolle, ist deshalb zu umständlich fürs Feld. Verf. verwendet eine Vereinfachung der Borchgrewink-schen Extensionslatte. Sie besteht aus einer Schiene mit Metallbügel, wird am Aermelloch befestigt. Am unteren Ende der Schiene ist eine Rolle eingeschraubt, hier wird mit Gummizug die Extension ausgeübt. Verf. vereinfachte die Originallatte dahin, dass die Extension nur am Oberarm ausgeübt wird und der Unterarm nur in einer Schlinge liegt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **H. Schaefer.** Beitrag zur Technik der gefensternten Gipsverbände. (B. kl. W. 1915, Nr. 5.)

Nachdem die Wunde in üblicher Weise verbunden ist, wird die zu öffnende Stelle geschellackt und dann turmartig mit einem Gipsberg bedeckt. Ein Faden, der um die Mitte eines Streichholzes geschlungen ist, wird so mit eingegipst, dass seine Enden auf dem Gipfel des Berges ruhen. Bevor der Gips hart geworden ist, schneidet man ringsum senkrecht zur Unterlage so viel Gips ab, dass der Rand des Berges etwa in der Dicke des anzufertigenden Gipsverbandes stehen bleibt. Jetzt wird der ganze Gipsberg geschellackt und dann der eigentliche Gipsverband angelegt. Schellack (oder auch Mastix) verhindert, dass der Gips der Unterlage anhaftet. Wenn der Verband fertig ist, umschneidet man den Fuss des Berges, hebt die Gipsbinden von ihm ab und hebt mittels der herausragenden Schnur den ganzen Gipsberg heraus. Unter ihm liegt dann das Fenster zu Tage.

M. K.

13) **Kahleyss.** Zur Frage des gefensternten Gipsverbandes und der Reinhaltung desselben. (M. m. W. 1915, Nr. 1).

Verf. gibt ein einfaches Verfahren an, das sich besonders bei stark sezernierenden Wunden empfiehlt. Ein Stück Mosestigmatist wird an einer Seite im zentralen Teil mit Guttaperchapapier beklebt, im peripherischen tabakbeutelartig mit einem Faden durchzogen und mittels Mastisol der Umgebung der Wunde angelegt. Der mittlere Teil des Stückes wird etwa in der Grösse der Wunde herausgeschnitten, diese mit Mull belegt und über ihm durch Anziehen des Fadens ein wasserdichter Beutel geschaffen. Jetzt wird der Gipsverband um den Beutel herum angelegt; bei jedem Verband-

wechsel wird der Beutel geöffnet, mit neuen Verbandstoffen gefüllt und wieder zugeschnürt.

M. K.

14) **O. Fleuster.** Extensionsverbände mit dem Heusnerschen Wundfirnis. (M. m. W. 1915, Nr. 16.)

Vergleichende Versuche mit Mastix und mit dem Heusnerschen Wundfirnis fielen zu Gunsten des letzteren aus. Er zeigte eine vorzügliche Klebekraft und rief, auch wenn die Verbände lange Zeit liegen blieben, keine Reizerscheinungen auf der Haut hervor. Verf. schildert die Technik des Extensionsverbandes mit dem Wundfirnis; den Ersatz der Längs- und Zirkulärtouren durch einen Trikotschlauch kann er nicht empfehlen, da sich mehrere Male Blasenbildung auf der Haut zeigte.

M. K.

15) **H. L. Heusner.** Zelluloidfensterverbände, eine neue Verwendung für Zelluloidplatten. (D. m. W. 1915, Nr. 20).

Auf Grund günstiger Erfahrungen bei der Behandlung des Unterschenkelgeschwürs empfiehlt Verf. die Anwendung der Zelluloidplatten auch bei Operationswunden. Die Umgebung der Wunde wird mit Jodtinktur bestrichen und die ganze Fläche mit einer Zelluloidplatte bedeckt, in die, wo es nötig erscheint, einige Oeffnungen zur Durchführung von Drains geschnitten werden. Der Rand der Platte und ein zwei Finger breiter Abschnitt der Umgebung wird mit Harzklebmasse bestrichen und das Ganze mit Mull oder Nesselstoff umgeben. Neben dem Verbände können auch Schienen oder Streckvorrichtungen angebracht werden.

M. K.

16) **Töpfer, H.** Der transportable Streckverband. (D. m. W. 1915, Nr. 2 u. 8).

Der vom Verf. beschriebene Verband enthält Zug und Gegenzug in sich selbst. Streifen resp. Zügel von Köper werden oberhalb und unterhalb der Bruchstelle mit Mastisol auf die Haut geklebt, die proximalen Streifen an das eine Ende einer Cramerschiene geknüpft und der distale Steigbügel mittels einer Flügelschraube, die durch die Sprossen des andern umgebogenen Endes der Schiene gelegt wird, fest angezogen. Die Technik des Verbandes, die an einzelnen Beispielen erläutert wird, ist einfach, er kann mit den leicht zu beschaffenden Mitteln schon auf dem Hauptverbandplatz angelegt werden. Der Transport kann ohne Schmerzen und ohne Verschiebung der Fragmente ausgeführt werden. Die Fixation der Schulter bezw. des Beckens geschieht durch umgelegte Stärkebinden, wo mehr Zeit vorhanden, auch durch Gipsbinden am proximalen Ende.

M. K.

17) **Schloessmann.** Ueber Transportverbände bei Schussfrakturen. (M. m. W. 1915, Nr. 2).

Verf. berichtet über die im Felde angelegten und bis zur Ankunft in den Heimatlazaretten liegen gebliebenen Verbände. Bei Mangel an Watte wurde Heu zur Polsterung verwendet, das aber nur bei gut liegendem Wundverbande brauchbar ist. In einigen Fällen kam es in die Wunde, prophylaktisch wurde dann Tetanusserum injiziert, Erkrankungen kamen nicht vor. Bei den Brüchen an Armen und Beinen haben sich die deutschen Drahtschienen und lackierten Blechschienen gut bewährt, nicht aber die französischen Drahtschienen, sie ermöglichten fast nie eine schmerzfreie Fixierung. Der beste Transportverband bleibt der Gipsverband, besonders bei Oberschenkelbrüchen. Mitunter war die Polsterung zu dick, dann drückte sie sich zusammen und der Verband wurde zu weit. Bei einigen Verwundeten war das Prinzip der Frakturbehandlung in Semiflexionsstellung mit gutem Erfolg angewandt worden, es ist umsomehr zu empfehlen, als die Technik eine einfache ist. Vielfach konnten die Verbände, nachdem die Röntgenuntersuchung eine richtige Stellung der Knochenenden ergeben hatte, bis zur vollendeten Knochenheilung liegen bleiben. Bei der Behandlung im Heimatlazarett ist auf die durch den starren Verband bedingte Schädigung der Muskeln und Gelenke Rücksicht zu nehmen, von diesem Gesichtspunkte aus ist der Zugverband in Semiflexion besonders zu empfehlen.

M. K.

18) **Lexer.** Blutige Vereinigung von Knochenbrüchen. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H. 2, p. 170.)

Verf. führt die Indikationen an für blutige Vereinigung von Knochenbrüchen im Felde, den Zeitpunkt des Eingriffs. Er befürwortet die von ihm ausgebildete Methode der Bolzung mit homoplastischem Material. Ein fehlerhaftes Verfahren kann auch hier natürlich Fehler zeitigen. Beschreibung der Technik. Wichtigkeit des Periostes zum Gelingen der Einheilung. Eigene Fälle aus dem Krieg, Radiogramme. Verf. handhabt eine vollkommen sichere Asepsis, durch die ein Jodanstrich überflüssig wird, den Verf. überhaupt persönlich missbilligt, weil er das Operationspersonal zu leicht zu einer mangelhaften Reinigung des Operationsfeldes verführt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Bradford and Soutter.** On the fixation of fractured bones in infants and young children. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXII, Nr. 14, p. 508).

Bei Säuglingen und jungen Kindern schlagen Verff. vor, die

gebrochenen Knochenstücke an eine feste Aussenschiene durch Anbohren des Knochens, Durchziehen eines Katgutfadens und Befestigung an der (möglichst langen) Seitenschiene zu fixieren, bis die dauerhafte Konsolidation eingetreten ist. Aussen kommt ein Verband von fettfreiem, alkoholgetränktem Leder, das erhärtet. Dann wird die Zugvorrichtung angebracht. Das Verfahren erwies sich hauptsächlich bei Oberschenkelfrakturen als geeignet. Man sollte es auch bei Erwachsenen ausprobieren. Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Jones.** Mechanical treatment of compound and suppurating fractures occurring at the seat of war. (The Brit med. Journ. 16. I. 15, p. 101.)

Verf. warnt vor Anlegen von Gipsverbänden bei verunreinigten Wunden im Krieg und empfiehlt als Bestes bei Oberschenkelfrakturen einen „Abduktionsrahmen“ (wenn die Fraktur im Hüftgelenk oder dicht unter dem Trochanter liegt), sonst eine Thomassche Knieschiene, für Brüche am Arm eine Kombination von Platten, die durch Drähte vereinigt sind, — alles leicht im Feld herzustellen und für den Verwundetentransport geeignete Apparate. Abbildungen. Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **Wallace.** A nolt for the treatment of fractures. (Lancet. 15. V. 15, p. 1022.)

Verf. hat für Schrägfrakturen einen Bolzen konstruiert, der nach Reduktion der Fragmente in das eine Fragment gebohrt wird, die ganze Fraktur mittels genau beschriebener Vorrichtungen fixiert und in Händen des Verf. gute Erfolge gezeitigt hat.

Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Grabowski.** Erfahrungen mit der Nagelextension. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 132, H. 5--6, p. 529.)

Verf. teilt aus der Bonner Klinik die Erfolge der Steinmann'schen Nagelextension mit; allerdings wurden die Fälle mit grosser Vorsicht ausgewählt. Erstens bei schlechter Stellung der Fragmente bei veralteten Frakturen mit erheblicher Verkürzung der Extremität, wo eine Resektion beinahe nicht vermeidbar zu sein schien. Zweitens bei komplizierten Frakturen mit starker Längsverschiebung der Bruchenden und ausgedehnten Weichteilverletzungen. Schliesslich bei schweren Frakturen am Unterschenkel in der Nähe des Fussgelenks, wo sich für Heftpflasterzug kein genügender Angriffspunkt bot. In all diesen Fällen bewährte sich die Nagelextension aufs trefflichste, war den andern Extensionsmethoden überlegen und zeigte auch nicht den oft erwähnten und gefürchteten Nachteil einer Infektion durch die Nagelung. Spitzer-Manhold, Zürich.

23) Kriegschirurgische Sitzung der Sanitätsoffiziere des VII. Reserve-Korps. 22. XI. 1914. (Med. Klinik 1915, Nr. 2).

Herr Fenner spricht über Nagelextension. Bei einer Prüfung der Oberschenkelschussfrakturen, welche in seinem Reserve-lazarett zur Beobachtung kamen, fand F. fast ausnahmslos Verkürzungen, mitunter bis zu 7 cm. Er wandte daher die Nagelextensionsverbände an und sah in den meisten Fällen schon nach wenigen Tagen die Verkürzungen so gut wie aufgehoben. Beim Abtransport blieb der Verband liegen, der Oberschenkel wurde durch feinmaschige Drahtschienen geschützt, eine Nachfrage ergab, dass 5 Wochen später alle Patienten sich des besten Wohlseins erfreuten. Die Drahtstifte werden dicht oberhalb der Kondylen bzw. unterhalb der Tuberositas tibiae schräg nach oben eingeschlagen, dadurch wird ein Abgleiten des Zuges verhindert. Als Zug benutzt er nicht mehr als 12 Pfund; die Nägel bleiben ca. 6 Wochen liegen. Schlottergelenke traten nie auf. Geringe Temperatursteigerungen bei leichter Infektion bilden keine Kontraindikation.

In der Diskussion sprachen sich die meisten Redner gegen die Nagelextension bei komplizierten Brüchen aus, weil sie einen schmerzlosen Transport erschwert und die Gefahr der Infektion durch die Nagellöcher besteht; am meisten wird der gefensterter Gipsverband empfohlen.

M. K.

24) Hackenbruch. Erfahrungen über die Behandlung von Schussknochenbrüchen mit Distraktions-Klammerverbänden. (Med. Kl. 1915, Nr. 3.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen an 21 Fällen, von denen 16 komplizierte Schussfrakturen betrafen. Die Röntgenkontrolle der eingelieferten Verletzungen zeigte, auch bei scheinbar gut sitzenden Verbänden, meist schlechte Stellung der Bruchstücke. Zur Abnahme des Verbandes und Anlegung des Klammerverbandes genügte gewöhnlich eine Injektion von 0,02 Morphium, nur selten war allgemeine Narkose nötig. Verf. schildert eingehend die Technik des Verbandes. Einige Tage nach Anlegung des Verbandes können bei Unterschenkelbrüchen die in der Gelenkachse des Fussgelenks eingegipsten Kugelgelenke der Klammern gelöst werden, so dass der Patient aktive Bewegungen im Fussgelenk machen kann. Das kann ohne Schaden auch geschehen, wenn ausgedehnte Weichteilwunden vorhanden sind. Man erzielt durch den Distraktionsklammerverband überraschend schnell eine bessere Stellung der Knochenfragmente. Verf. empfiehlt eine möglichst ausgedehnte Anwendung der Methode.

M. K.

25) **Fitzmaurice-Kelly.** Amputations in war surgery. (The Lancet. 2. I. 15, p. 15.)

Verf. empfiehlt für Feldchirurgie bei Amputationen den gewöhnlichen Zirkelschnitt aller Gewebe. Erst wird die Haut durchtrennt durch einen Zirkulärschnitt in der Höhe, bis zu der sie sich retrahiert, die Weichteile, dann der Knochen. Die blutenden Gefässe werden unterbunden, die Nerven gestutzt. Bei dieser sehr einfachen Methode sah Verf. nur gute Spätresultate, auch was die Brauchbarkeit des Stumpfes anbelangt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

26) **Lockhart-Mummary.** Some factors concerning amputations with reference to the present war. (Brit. med. Journ. 5. VI. 15, p. 962.)

Für die obere Extremität befürwortet Verf. die zirkuläre Amputation. Möglichst bald soll ein künstliches Glied angebracht werden, damit die Muskeln nicht atrophieren. Die Prothesen sollen möglichst leicht gebaut sein und wenig Scharniere aufweisen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **M. Fränkel.** Zur Heilung von schweren Knochenbrüchen mittels Röntgenreizdosen. (Med. Klinik 1915, Nr. 8.)

Von der Erfahrung ausgehend, dass die Röntgenstrahlen eine erhöhte Wirkung auf ein Organ ausüben, das durch einen physiologischen oder pathologischen Reiz schon zu grösserer Tätigkeit angeregt ist, versuchte Verf., bei Knochenbrüchen mittels Röntgenreizdosen die Kallusbildung zu beschleunigen. Bei 2 Kindern handelte es sich um Splitterbrüche an Fingergliedern infolge schwerer Quetschung, nach 3 Bestrahlungen durch einen Schienenverband hindurch zeigte sich eine auffallend rasche Konsolidierung der gesplitterten Knochenpartien. Der gleiche Erfolg wurde bei einem Querbruch des Radius mit schräg verlaufendem Splitterbruch der Ulna und bei einem typischen Splitterbruch erreicht. Nach 6 Tagen zeigte sich schon eine deutliche Kallusbildung; ähnlich verliefen 4 Fälle bei Erwachsenen. Auf Grund dieser Erfahrungen wandte Verf. die Methode bei einer grösseren Zahl von Kriegsverletzungen an, meistens mit sehr günstigem Erfolg. Dabei konnte er feststellen, dass auch grössere Hautdefekte unter dem Einfluss der Röntgenstrahlen eine gesteigerte Heilungstendenz zeigten.

M. K.

28) **Bachhammer.** Cramerschien zur Mobilisierung versteifter Gelenke. (M. m. W. 1915, Nr. 21.)

Verf. erläutert an Abbildungen die Anwendung der Cramer-

schiene zum Zweck der Mobilisation an Stelle der Schede'schen Schienen. Die Indikationen sind Versteifungen infolge von Schussverletzung, langer Ruhigstellung und nach sekundären Gelenkentzündungen; besonders vorteilhaft erwies sie sich bei der Nachbehandlung blutig mobilisierter Gelenke. Sie hat ausser dem geringen Preise auch den Vorteil des geringeren Gewichts und der grossen Anpassungsfähigkeit an die Extremitätenformen. M. K.

29) **Engelhard.** Pendelapparate zur Mobilisierung versteifter Gelenke. (M. m. W. 1915, Nr. 25.)

Verf. beschreibt eine Anzahl von Apparaten, die einfach herzustellen, auch bei beschränktem Raum brauchbar sind, nur wenig Bedienungspersonal benötigen und die gleichzeitige Behandlung einer grösseren Zahl von Patienten ermöglichen. Zwei Bandeisenrahmen, der eine für den übenden Körperteil, der andere für das Gewicht sind ineinander gepasst und um eine gemeinsame Achse drehbar; in dieser Achse sind sie verstellbar und in jedem beliebigen Winkel festzustellen. Durch Zugschnallen von Gurten werden die ruhenden und übenden Körperteile fixiert. Bei Hüftübungen wird das Becken durch eine verstellbare Rückenlehne und ein verstellbares Oberschenkelbrett fixiert. Die Anwendung der Apparate wird durch Abbildungen erläutert. M. K.

30) **Oliver and Winfield.** Shrapnel wound of the spine, with exceptionally low temperatures. (The Brit. med. Journ. 6. II. 15, p. 247.)

Vv. berichten über einen Fall von Rückenmarksverletzung und Zervikalwirbelfraktur IV, V, VI nach Läsion durch eine Bombe, die hinter dem betreffenden Patienten explodierte. Er verlor sofort die Gewalt über seine Beine, die Patellarreflexe waren erloschen, auch die oberen Extremitäten schlaff. Augenbefund o. B. Das interessante an dem Fall sind die niedrigen Temperaturen (zwischen 80°—105,6° Fahrenheit) während der wenigen Tage, die der Verwundete noch lebte. Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Ad. Hoffmann.** Ueber Brüche der Lendenwirbelquerfortsätze. (Med. Klinik, 1914. Nr. 33.)

Ein Mann hatte bei dem Versuch, ein Boot vom Lande ins Wasser zu stossen, plötzlich einen sehr starken Schmerz links im Leibe und eine Anschwellung in der Leistengegend bekommen. Man nahm eine Muskelzerrung an, der objektive Befund war negativ. Das Röntgenbild zeigte Brüche sämtlicher 5 Lendenwirbelquerfortsätze an der linken Seite. Solche Brüche werden oft übersehen. Sie kommen stets indirekt, d. h. durch Muskelzug zustande. Die

Muskeln, die dabei in Betracht kommen, sind der Psoas major und der Quadratus lumborum. Durch Hämatom oder Druck der Fragmente werden die sensiblen Nervenstämme gereizt, so entstehen als auffallendstes Symptom Leibschmerzen, dazu kommt eine gewöhnlich vorübergehende Bauchdeckenspannung. Da auch tiefer Druck auf den Psoas schmerzhaft ist, so können Verwechslungen mit Appendicitis vorkommen. Infolge Druckes des Kallus oder dislozierter Fragmente können die Schmerzen lange Zeit fortbestehen und eine Exstirpation der Bruchstücke nötig machen. M. K.

32) **Noehte.** Ueber die operative Behandlung der Rückenmarksverletzungen im Feldlazarett. (D. m. W. 1915, Nr. 1.)

Von 20 Wirbelverletzten litten 4 zugleich an infiziertem Hämorthorax, 2 an Verletzungen der Bauch- und Brustorgane und kamen für die Operation nicht in Betracht. Ein mässiger Hämorthorax war fast stets vorhanden, bildete aber keine Kontraindikation gegen die Operation. Auch bei diagnostisch zweifellosen Fällen wurde 1—2 Tage abgewartet, weil mitunter die Erscheinungen spontan zurückgehen, das ist in 2 Fällen auch geschehen. Ein Fall mit Parese beider Arme, der an Sepsis zugrunde ging, zeigte bei der Sektion keine makroskopische Veränderung am Rückenmark, die die Parese erklärte. Ein weiteres Abwarten ist aber nur erlaubt, wenn die Gefahr des Dekubitus und der Cystitis ausgeschlossen ist. Bei der Operation findet man die Dura oft unverletzt, trotzdem kann das Mark darunter beschädigt sein. Aufklärung bietet der tastende Finger, besser eine Probepunktion. Schon wenige Tage nach der Operation trat meist spontane Harnentleerung, dann allmählich fortschreitende Besserung der Beweglichkeit ein. Die besten Erfolge werden erzielt, wenn ein drückender Fremdkörper, z. B. Knochensplitter, entfernt wird, bevor er irreparable Störungen hervorgerufen hat. Von 9 operierten Fällen wurden 4 gebessert, 3 blieben unverändert, 2 starben an Meningitis bzw. an Atemlähmung.

M. K.

33) **F. Zahradnicky.** Resultate der Wirbeloperationen. (Bulletin des 5. Kongresses tschechischer Naturforscher und Aerzte. 1914.)

Der Autor operierte 4 Fälle von Karies und 4 Fälle von Frakturen. Bei Karies sind die Resultate schlecht. Man findet bereits eine Miterkrankung der benachbarten Rippen, ferner Abszesse im Wirbelkanal und gegen das Mediastinum fortschreitende Abszesse. Sodann sind schon hochgradige trophische Veränderungen vorhanden. Bei 2 Fällen entwickelten sich grosse Druckgeschwüre und beide Kranke gingen an Sepsis zugrunde; der 3. Patient starb nach 4 Monaten an einer

exazerbierten Lungentuberkulose. Nur ein Fall genas. Von den Fällen mit Wirbelfraktur sind 3 als geheilt zu betrachten, obwohl auch von diesen einer nach 2 Jahren gelegentlich der Försterschen Operation zur Beseitigung einer Kontraktur an postoperativem Schok starb; ein zweiter Patient starb nach 3 Monaten an einer interkurrenten Pneumonie. Die beiden letzten Fälle sind fast vollkommen gesund. Bei allen 4 Fällen war die Medulla durch Knochenfragmente komprimiert, doch gelang es stets, dieselben zu beseitigen. G. Mühlstein, Prag.

34) **G. Arnheim.** Ueber Ankylose der Wirbelsäule. (Med. Klinik 1914, Nr. 41.)

Verf. beschreibt einen Fall von Ankylose der Wirbelsäule bei einem 40jährigen Offizier. Die Anamnese ergibt keine ätiologischen Anhaltspunkte. Die Ankylose betraf die Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, die Kiefergelenke und teilweise auch die Gelenke der oberen und unteren Extremitäten. Infolge eines Unfalles trat ein Bruch der Halswirbelsäule und Kompression des Rückenmarks ein, die den Tod der Patienten zur Folge hatten. Die Autopsie ergab ausser einer Fraktur des Os parietale mit geringem extraduralen Bluterguss Bruch der Körper und Bogen des 6. und 7. Halswirbels und der Proc. spinos. des 6.—8. Brustwirbels, Luxation des 7. Halswirbels. Die grosse Zahl der Verletzungen wird durch die Schwere des Prozesses und die abnorme Brüchigkeit des Knochens erklärt. Als wahrscheinliche Ursache der Krankheit ist syphilitische Infektion anzunehmen, die allerdings geleugnet wurde. Wassermann'sche Reaktion war nicht angestellt worden.

M. K.

35) **Ritschl.** Ueber die mechanische Behandlung winkliger Formabweichungen des Skeletts. (M. m. W. 1915, Nr. 5)

Der Körperteil wird in eine sich gut anschmiegende Hülse eingeschlossen, die am Scheitel und an der Oeffnung des Winkels 2 einander gegenüberliegende Fenster erhält. Die zwischen ihnen stehenbleibenden Teile der Hülse werden durch Metallverstärkungen gefestigt. Diese Verstärkungen dienen zugleich als Stützpfiler für einen Gurt, der so durchgezogen wird, dass bei seinem Anziehen ein Druck auf den Winkelscheitel ausgeübt wird. Mit Hülfe einer Schnalle kann der Druck etappenweise gesteigert werden. Nach diesem Prinzip gebaute Apparate und Verbände lassen sich vorteilhaft beim noch mobilen spondylitischen Buckel, bei der Skoliose, genu valgum und -varum, auch bei Knochenbrüchen verwenden.

M. K.

36) **Volkman.** Ueber die primäre akute und subakute Osteomyelitis purulenta der Wirbel. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 132, H. 5—6, p. 445.)

Die staphylomykotische Knochenmarkentzündung der Wirbel war lange Zeit unbekannt (nur Tbc. bekannt). Verf. teilt 83 einwandfreie Fälle aus der Literatur und selbstbeobachtete Fälle aus der Leipziger Klinik mit. Die schädlichen Keime dringen durch Furunkel, kleine Abszesse, Nagelbetteiterungen u. s. w. in den Körper ein. Ein Trauma schafft entweder einen locus minoris resistentiae oder macht in der Nachbarschaft „abgefilterte“ Bakterien frei. Das 2. Lebensdezennium wird von der Erkrankung bevorzugt. Die Infektion ist entweder primär periostal oder primär vom Mark ausgehend. Die Wirbelbogenerkrankungen überwiegen gegenüber denen der Wirbelkörper. Oft ist nur ein Wirbel befallen (besonders im Lumbalteil). Eine vermehrte Leukocytose im Blut, Ausführen einer Lumbalpunktion, ein Röntgenbild können helfen, die Diagnose zu erhärten. Therapie: Inzision, Drainage, Auskratzung der Knochenhöhle, event. Laminektomie.

Spitzer-Manhold, Zürich.

37) **Selig.** Die bei der habituellen Schulterluxation gebräuchlichen Operationsmethoden von anatomischen Grundsätzen aus betrachtet. Was leistet der Musculus supraspinatus. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 132, H. 5—6, p. 581.)

Unter Berücksichtigung der reinen Luxation ohne jede Absprengung gibt Verf. eine Uebersicht der gebräuchlichsten Operationen bei habitueller Schulterluxation und teilt seine Versuche an der Leiche mit. Der m. supraspinatus hält bei erhobenem Arm den Humeruskopf fest und drückt ihn gegen die Gelenkfläche, wirkt als lebendiges Ligament. An der Leiche probierte Verf. eine kräftige Verkürzung der Sehne des m. supraspinatus aus, um seine Insuffizienz durch Ausdehnung der Fasern zu korrigieren. Die Operation wäre am Lebenden zu versuchen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Doberauer.** Zur Drainage des Ellbogengelenkes. (M. m. W. 1915, Nr. 14.)

Verf. hat in zwei Fällen von eitriger Schussverletzung des Ellbogengelenkes die Drainage in der Weise bewerkstelligt, dass er dem Schusskanal nachging, ihn mittels des Trepanbohrers im Olekranon erweiterte und bis in die Mitte der Incisura semilunaris ulnae eine genügend breite Eröffnung des Gelenks schuf. Jetzt konnten mit der Kornzange Knochensplitter entfernt werden, es entleerte sich reichlich Eiter und das Fieber liess nach. Nach wenigen Wochen hörte die Absonderung ganz auf und die Wunde schloss sich. Auch das funktionelle Resultat war sehr befriedigend. Verf. glaubt daher, das Verfahren für ähnliche Fälle empfehlen zu können. M. K.

- 39) **Alexander.** Fracture of the radius and rupture of the radial artery in a chauffeur. (The Edinburgh med. Journ. Vol. XIV, Nr. 4, p. 282.)

Verf. teilt einen Fall von Chauffeurfraktur am Radius (etwas höher gelegene Bruchstelle, als üblich) mit interessantem Mechanismus mit. Nach dem direkten Schlag durch das Steuerrad hielt der Mann das Steuer noch fest, und die Hand wurde noch einmal herumgedreht. Die Radialarterie war durch den direkten Schlag geborsten (nicht durch Knochenfragmente angespiess, diese lagen gut und glatt aneinander).

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 40) **Chr. Jensen** (Hedehusene, Dänemark). Et Tilfaelde af dobbeltsidig Brachydaktyli af 4de Finger paa Grund af medfødt abnorm Ksthed af Os metacarpi IV. (Ugeskrift for Laeger N. 21, 1915, Pg. 836.)

Ein Fall von doppelseitiger Brachydaktylie des vierten Fingers wegen abnormer angeborener Kürze des Os metacarpi IV. Ein Kind der Patientin hatte dieselbe Deformität.

Panum, Kopenhagen.

- 41) **Berliner medizinische Gesellschaft.** 2. VI. 15. (B. kl. W. 1915, Nr. 26).

Herr Axhausen zeigt einen Knaben mit Klumphand, den er erfolgreich operiert hat. Die Ursache der Deformität war ein Defekt des unteren Radiusdrittels. Im ersten Operationsakt wurde ein Stück des unteren Ulnaendes längs gespalten und das Gelenkende nach der Radialseite des Carpus verlagert. Im zweiten Akt wurde auch das proximale Ende des abgespaltenen Ulnastückes radialwärts verlagert und mit dem unteren Radiusende durch Knochennaht vereinigt. Die Ulna wurde durch Resektion eines kleinen Stückes oberhalb der Abspaltungsstelle verkleinert. Die Hand hat eine normale Stellung erhalten und ist völlig gebrauchsfähig.

M. K.

- 42) **Martin-Du Pan.** Trois cas de synostose radio-cubitale congénitale. (Rev. méd. de la Suisse Romande. 34 année, Nr. 12, p. 697.)

Verf. führt drei eigene Fälle angeborener radioulnarer Synostose an. Der Vorderarm ist in Pronation fixiert, Supination ist unmöglich (die Pat. können nichts auf flacher Hand tragen), sie wird durch eine Rotation im Schultergelenk ersetzt. Das Radiusköpfchen fehlt bei Palpation. Amniotische Verwachsungen sind nicht auf alle Fälle als Aetiologie anzuwenden (die Missbildung kommt auch bei amnionslosen Wirbeltieren vor), der Fehler liegt in der pathologischen Keimanlage. Eine operative Durchtrennung beider Knochen genügt

nicht, das lig. interosseum ist verkürzt und hindert die Rotation des Knochens. Eine Interposition von Muskeln, um ein Wiederverwachsen der Knochen zu vermeiden, ist im Operationsfall erforderlich. Da die Patienten keine besonderen Beschwerden haben, operiere man lieber nicht. Spitzer-Manhold, Zürich.

43) **A. Laqueur.** Zur Mobilisation versteifter Finger- und Handgelenke bei Kriegsverwundeten. (B. kl. W. 1915, Nr. 26).

Ein hölzerner Apparat mit verstellbarem Scharnier wird am Arm befestigt und dient dazu, der Hand und den Fingern eine bestimmte Lagerung zu geben. Dadurch wird die Wirkung der jetzt folgenden Fangopackung gesteigert. Der Apparat kann bei weniger schmerzhaften Fällen auch ohne Fangobehandlung angewandt werden. M. K.

44) **C. Walter.** Vereinfachter Fingerstreckverband. (M. m. W. 1915, Nr. 8.)

Eine Heftpflasterschlinge wird über den gebrochenen Finger gelegt und oberhalb des Handgelenks und um ein Fingerglied durch eine zirkuläre Heftpflastertour befestigt. Dann wird eine schmale, gut gepolsterte Cramersche Schiene angelegt, die die Kuppe des verletzten Fingers überragt, und mit Bidentouren am Unterarm und an der Mittelhand befestigt; die Finger bleiben frei. Mittels einer mit 2 Haken versehenen Feder oder eines Gummischlauches wird die Streckung ausgeführt, indem der untere Haken an der Heftpflasterschiene, der obere an einer Sprosse der Schiene angreift.

45) **W. Kafka.** Die Therapie der kongenitalen Hüftgelenkluxation auf unblutigem Wege. (5. Kongress tschechischer Naturforscher und Aerzte. 1914. Bulletin.)

K. operierte in den letzten 12 Jahren 870 Luxationen, bei 664 Fällen. 582 Mädchen, 82 Knaben. In 458 Fällen war die Luxation einseitig (266 mal links, 192 mal rechts), in 206 Fällen doppelseitig. Alter der Patienten: zwischen

2—3 Jahren:	197	Fälle;
3—4	123	„
4—5	84	„
5—6	78	„
6—7	47	„
7—8	25	„
8—9	25	„
9—10	10	„
10—17	34	„

Bei 850 Fällen wurde die unblutige Reposition vorgenommen; (bei 11 alten Patienten die Transposition und bei 9 die Pseudo-reposition). Bei kleinen Kindern wurde der Kopf durch Druck mit dem Daumen auf den Trochanter nach oben direkt in die Pfanne gepresst, wobei die Extremität im rechten Winkel flektiert war. Bei schwereren Fällen wurde aus der Flexionstellung abduziert und der Trochanter mit Daumen oder Faust fixiert; der Lorenzsche Keil wurde niemals verwendet. Bei noch älteren Kindern kam folgende eigene Methode zur Anwendung: Fixation des Beckens; die Extremität wird zu 90° flektiert und vom Assistenten nach oben extendiert; bei extendierter Stellung wird vom Operateur unter Abduktion mit beiden Daumen intensiv auf den Trochanter gedrückt (ein Assistent kann mit helfen). Manchmal muss über den unteren Rand bei maximaler Flexion, Abduktion und Fixation des Trochanters mit den Fäusten reponiert werden. — Bei den ältesten Kindern wird die Extremität mehrere Wochen extendiert und in Narkose vor der Operation zuerst vorsichtig instrumentell extendiert. Durch diese Extension gelang die Reposition in Fällen, wo sie sonst nicht gelungen wäre. — Verband in Abduktion zu 90° in der Frontalebene bis unter das Knie; die gesunde Extremität bleibt frei. Selten musste die Abduktion vergrößert oder die Extremität hinter die Frontalebene gebracht werden. Verbandwechsel alle 6—7 Wochen. Dauer der Behandlung durchschnittlich 5—6 Monate. Postoperative Behandlung: Massage, allmähliche Verminderung der Abduktion; keine Bandage. — Dauerresultate: Längere Zeit nach der Operation (bis zu 11 Jahren) wurden 641 Fälle kontrolliert. Von den einseitigen Luxationen waren 96 · 4% geheilt, der Kopf blieb dauernd in der Pfanne; von den doppelseitigen waren 95 · 3% geheilt.

G. Mühlstein, Prag.

46) Geiger. Ueber Meniskusverletzungen. (Dissert. München 1914.

G. bespricht zunächst die Anatomie und Physiologie der Menisken, gibt dann eine Zusammenstellung der beobachteten Verletzungen, bzw. der anatomischen Befunde nach diesen, kommt sodann auf die sekundären Veränderungen nach solchen Verletzungen zu sprechen und lässt dann die aus der Klinik des Herrn Geh. Rat v. Angerer gesammelten Fälle in Form der Krankengeschichten folgen. Es sind an Zahl neun, davon betrafen acht den Meniskus medialis und nur einer den lateralis. Im Anschluss an diese Fälle bespricht G. dann den Mechanismus der Verletzungen, die Symptome und die Diagnose der frischen und veralteten Fälle, ihre Behandlung, um dann noch auf die Erfolge überzugehen, die mit der Operation errungen wurden. In allen Fällen wird der

Erfolg eben davon abhängig sein, ob die Verletzung den Meniskus allein und wie weit sie die übrigen Abschnitte des Gelenkes mit betroffen hat.

G. ist ein Gegner jeder wahllosen Anwendung der Fixation, er hält die Operation für gerechtfertigt, die häufig indiziert ist, weil sie das Mass. der Beschwerden bedeutend einschränkt, eine Reihe von Veränderungen an den Bestandteilen des Gelenkes zur Rückbildung bringt und dem Kranken ein für mässige Beanspruchung gebrauchsfähiges Bein wiedergibt. Die Exstirpation nach wie vor als das normale Verfahren zu betrachten, hält er nicht für richtig.

Blencke, Magdeburg.

47) **Robinson.** Extraction of a shrapnel bullet from the knee-joint through a vertical incision. (The Brit. med. Journ. 6. III. 15, p. 417.)

Verf. empfiehlt für Eröffnung des Kniegelenks einen vertikalen Schnitt 3 Zoll über dem oberen Rand der Kniescheibe in der Richtung auf das tub. tibiae durch alle Gewebe durch. So ist eine gute Uebersicht des Gelenkes möglich, und es werden nicht unnütz Weichteile durchtrennt, deren Zusammenwachsen später die Heilung verzögert. Mittels dieses Verfahrens extrahierte er eine frei im Gelenk liegende (mit Durchleuchtung dort gefundene) Schrapnellkugel. Die Kniescheibe wurde nicht genäht, die Weichteile mit Jodkatgut, die Haut mit Metallklammern. Kein Drain. Heilung p. p. nach 10 Tagen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Deutschländer.** Operative Mobilisierung einer linksseitigen Knieankylose gonorrhoeischen Ursprungs. Aerztl. Ver. in Hamburg, 9. VI. 1914. (D. m. W. 1915, Nr. 4).

Vor 1³/₄ Jahren war eine reine Arthrolyse gemacht unter möglichster Schonung der Reste der noch lebensfähig gebliebenen Gelenkgewebe und des seitlichen Bandapparates. Der verödete Gelenkraum wurde plastisch zu erweitern gesucht. Das Knie befindet sich jetzt in leichter Subluxationsstellung, es kann fast bis zur horizontalen gestreckt und zum rechten Winkel gebeugt werden. Das Gelenk selbst ist sehr fest, der Gang ohne Beschwerden, Pat. ist ohne jeden Stützapparat auf dem Lande tätig. Die weitere Beugung wird durch einige Knochenkörper behindert, welche sich im hinteren Gelenkabschnitt befinden.

M. K.

49) **E. Payr.** Operativ mobilisierte Kniegelenke bewähren sich auch im Kriege. (M. m. W. 1915, Nr. 4.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Faszien-(Fett-)Zwischenlagerung wegen Ankylose des Kniegelenks bei 2 Offizieren. Die Operationen wurden 1910 bzw. 1913 ausgeführt, beide Patienten

18*

nahmen am Kriege teil, der eine als Kavallerist, der andere als Artillerist, und konnten ihren Dienst voll versehen. Der zweite erlitt durch einen Granatsplitter eine Splitterfraktur der Tibia und Fibula an dem operierten Bein und musste monatelang liegen. Die freie Beweglichkeit der neugebildeten Kniegelenke blieb vollkommen erhalten. Die Unterschenkelnarbe wurde aber beim Reiten hinderlich, deshalb wurde der Pat. Flieger und kann ohne Schwierigkeiten den Apparat besteigen und verlassen.

M. K.

50) **Sarmiento Laspiur.** Behandlung der Schrägfrakturen des Unterschenkels. (Revista de la Sociedad Médica Argentina. 1913. Nr. 121, S. 583.)

Verf. gibt eine genaue Beschreibung des von Kirschner (Beitr. z. klin. Chir. 1909) beschriebenen Verfahrens zur Frakturbehandlung des Unterschenkels, welches, wie bekannt, darin besteht, dass sowohl durch das unterhalb wie auch durch das oberhalb der Frakturstelle gelegene Fragment in querer Richtung ein Nagel durchgeschlagen wird, und dass dann mit Hilfe von Schrauben, welche an den Enden der beiden querstehenden Nägel angebracht werden, der Bruch distrahiert und in die richtige Lage gebracht wird. Es handelt sich dabei also um ein den in neuerer Zeit vielfach gebrauchten Distractionsklammern nach Käfer-Hackenbruch ähnliches Verfahren. Verf. hat dieses Verfahren, wie die beigegebenen Röntgenbilder beweisen, mit gutem Erfolg bei einem 48 jährigen Kranken angewandt.

Stein-Wiesbaden.

51) **Bitschl.** Hängemattenextensionsverband zur Behandlung von Unterschenkelbrüchen. (M. m. W. 1915, Nr. 19.)

Als Ersatz der Zuppinger'schen Behandlung der Unterschenkelbrüche mit Extension in Semiflexion beschreibt Verf. eine Art Hängemattenvorrichtung aus Molton, die mittels Gurten und durchgesteckter Stange an einem Galgen über dem Bette angebracht wird. Knie- und Fussgelenk sind dabei nicht fest im Verbands eingeschlossen, sondern noch teilweise beweglich. Die Einzelheiten der Vorrichtung werden durch Abbildungen erläutert.

M. K.

52) **Savini.** An apparatus for ambulatory treatment of fracture of the tibia. (New-York med. Journ., Vol. CI, Nr. 17, p. 829.)

Verf. beschreibt einen von ihm erfundenen Gehapparat für Tibiafrakturen, der aus zwei genau angepassten, ineinandergelegten Gipshülsen besteht, die äussere ist mit einem Steigbügel versehen, und der Fuss ist darin immer suspendiert, wenn der dazugehörige vorne zu schnürende Schuh, der zur Nacht abgelegt werden kann, auch den Boden berührt. Schon am 10. Tag nach der Fraktur

kann man den Patienten in dem Apparat gehen lassen, erst mit Krücken, später mit dem Stock. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 53) **M. zur Verth.** Typische Bruchlinien bei Quetschungsbrüchen der grossen Zehe und des zugehörigen Mittelfussknochens, nachgewiesen an Friedensverletzungen und Seekriegsunfällen der Marine. (M. m. W. 1915, Nr. 1.)

Es fiel dem Verf. auf, dass die Bruchlinien eine bestimmte Gesetzmässigkeit zeigten. Bei Quetschungsbruch des vorderen Fusses bricht das Köpfchen des ersten Mittelfussknochens oder der ersten Phalanx und zwar in typischen Bruchlinien; von 30 Fällen waren diese nur in 4 Fällen nicht vorhanden. Zu den häufigsten Verletzungen beim Marinedienst gehört schwere Quetschung des vorderen Fusses, hervorgerufen durch Hinfallen von Granaten beim Munitionstransport und beim Geschützdienst oder durch Quetschung zwischen Boot und Schiffswand. Es handelt sich also in den Fällen des Verf. meist um Brüche durch direkte Gewalt.

M. K.

- 54) **G. Müller.** Die Fussgeschwulst der Soldaten. (Med. Klinik 1914. Nr. 41.)

Verf. schildert das Zustandekommen der Fussgeschwulst zugrunde liegenden Fraktur oder Periostitis der Metatarsalknochen. Neben der Uebermüdung und Schiefstellung des Fusses kommt häufig noch ein leichtes Trauma als auslösendes Moment hinzu. Das Hauptsymptom ist eine teigige Schwellung des Fussrückens, bei der Fraktur besteht ein starker, zirkumskripter, bei der Periostitis ein geringerer diffuser Druckschmerz. Sicheren Aufschluss gibt das Röntgenbild, doch ist bei subperiostalem Bruch mitunter keine Bruchlinie zu erkennen, und erst nach 1—2 Wochen sieht man den Kallus. Nach 15—30 Tagen tritt gewöhnlich Heilung ein, nur ein ganz geringer Teil der Verletzten bleibt infolge der durch überstarken Kallus hervorgerufenen Schmerzen dienstunfähig. Für die ambulante Behandlung leistet der sogenannte Klammerverband gute Dienste, für die stationäre die Stauungshyperämie und Heissluft.

M. K.

- 55) **Watson und Myers.** Trench „frost-bite“. (The Brit. med. Journ. 6. III. 15, p. 413.)

Verf. vermehrt die Zahl der Mitteilung von Frostgangrän aus dem Felde durch hundertzweiundfünfzig neue Fälle aus englischen Laufgräben. Bei allen war die Schädigung ohne eigentlichen Frost durch lange Einwirkung von Kälte und Nässe, hauptsächlich an der Grosszehe eingetreten, die Therapie konnte teilweise die Füsse

noch retten, teils mussten Unterschenkelamputationen gemacht werden. Es handelte sich um Soldaten aus indischen und ägyptischen Truppen, deren Angewöhnung an das rauhere europäische Klima jedenfalls noch eine mangelhafte war. Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Borchard.** Das Eintreten von Frostgangrän der Füße in frostfreier Zeit. (D. militärärztl. Zschr. 44. Jg. H. 1/2, p. 1.)

Eine Mitteilung aus dem Felde, Beobachtung vieler Fälle von Frostgangrän bei Temperaturen über 0° durch langes Liegen in den Schützengräben, tagelanges Nichtherauskommen aus den Stiefeln, die am Fuss am Feuer getrocknet werden, das Leder schrumpft, die Zirkulation wird unterbunden. Enteritiden sind als Aetiologie angeschuldigt worden; sind aber nur eine Begleiterscheinung. Prophylaxe: häufiges „Vertreten“, öfterer Wechsel der Mannschaften in den Gräben, bequemes, weites Schuhwerk. Bei Verwundeten sofort das Schuhwerk entfernen. Bei Beginn der Gangrän bei Verwundeten: Hochlagern des Fusses, leichte Heissluftbehandlung 1—2 Stunden zweimal täglich. Spitzer-Manhold, Zürich.

Preisausschreiben zur Verbesserung der Ersatzglieder für Kriegsverstümmelte.

Magdeburg, im Juli 1915.

Viele Tausende gesunder Männer büßen im jetzigen Weltkriege eines oder mehrere ihrer Glieder ein. Um möglichst vielen dieser Verstümmelten neben dem Genuss ihrer Invalidenrenten ihr Dasein zu erleichtern und einen würdigen und befriedigenden Erwerb zu ermöglichen, müssen ihre Hilfsmittel vervollkommenet, die jetzt gebräuchlichen Ersatzglieder ihrer Mängel entkleidet werden.

So hat, wenn das verstümmelte Glied, welches einen Ersatz tragen soll, ganz fehlt oder nur einen kurzen Stumpf aufweist, das Ersatzstück einen schlechten Halt. Ferner sind die Prothesen, vor allem die künstlichen Beine, oft zu schwer, so dass der Gebrauch ermüdend wirkt; es sind deshalb die leichtesten aber auch zugleich haltbarsten Herstellungstoffe zu verwenden. Sodann wird bei Anfertigung von Ersatzgliedern noch immer nicht genug Rücksicht auf den Beruf des Verstümmelten genommen. Die künstlichen Arme sind vielfach zur Mitarbeit unbrauchbar; die Ersatzteile für einen Handwerker oder industriellen Arbeiter müssen anders beschaffen sein als z. B. für einen Gärtner oder Landarbeiter. Dasselbe gilt von den Beinen; es ist nicht gleichgültig, ob der Prothesenträger im Stehen oder im Sitzen zu arbeiten hat, ob er auf weichem oder hartem Grunde tätig ist.

Um zur Vervollkommnung der Prothesentechnik anzuspornen, setzt der unterzeichnete Ausschuss drei Preise von 3000, 1500 und 500 Mark aus, womit die drei brauchbarsten Verbesserungen ausgezeichnet werden sollen, die dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit des Prothesenträgers zu erhöhen.

Insbesondere sind erwünscht:

1. Verbesserungen der künstlichen Glieder (Prothesen) für Arm-, Hand- und Beinamputierte.
2. Verbesserungen der künstlichen Glieder, bei welchen die besondere Art der Amputation, z. B. ohne Stumpf oder ein kurzer Stumpf, berücksichtigt ist.
3. Verbesserungen der künstlichen Glieder unter Berücksichtigung verschiedener Berufsarten.
4. Verbesserungen in bezug auf Erzielung eines leichteren Gewichtes der künstlichen Glieder bei gleicher Dauerhaftigkeit.
5. Hilfs- und Ersatzmittel, welche den Amputierten die Ausübung ihrer verschiedenen Berufe wieder ermöglichen und erleichtern, z. B. Ersatzstücke für Unterarmansätze, Werkzeuge aller Art, Vorrichtungen an Maschinen usw.
6. Ein Ersatzstück, welches den Daumen-, Zeige- und Mittelfinger als greifendes Werkzeug ersetzt, mittels dessen der Amputierte einen kleinen Gegenstand so fest zu halten vermag, dass er ihn z. B. mit einer Feile bearbeiten und dann wieder leicht auslösen kann.
7. Bestmögliche Ersatz- und Hilfsmittel, welche den Amputierten die Handgriffe des täglichen Lebens erleichtern, z. B. Essbestecke für Einarmige, Schreibgeräte, Waschtischgegenstände usw.

Die Bewerber werden ersucht, ihre Vorschläge und Verbesserungen mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 1. Oktober d. J. an den unterzeichneten Ausschuss zu Händen des Herrn Bankier H. Zuckschwerdt-Magdeburg einzureichen.

Das Preisrichteramt zu übernehmen sind folgende Herren gebeten worden:

1. Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Kölliker in Leipzig, Direktor der orthopädischen Universitäts-Poliklinik, Generaloberarzt à la suite des bayrischen Sanitätskorps, z. Zt. beratender Orthopäde in Metz;
2. Geheimer Medizinalrat Dr. Deneke in Magdeburg, zweiter Vorsitzender des Krüppelfürsorgevereins in der Prov. Sachsen;

3. Stabsarzt d. R. Dr. Blencke, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Magdeburg, z. Zt. beratender Orthopäde beim IV. Armeekorps,
4. Oberarzt Dr. Reichard in Magdeburg, leitender Chirurg der Pfeifferschen Anstalten in Magdeburg-Cracau, z. Z. ordinierender Arzt am dortigen Hilfslazarett,
5. Lemcke, Mitinhaber der Firma Baumgartel, Bandagist der Königlichen Klinik in Halle a. d. S.

Die Zuerkennung der Preise soll im Oktober oder November 1915 erfolgen. Der Ausschuss behält sich vor, falls im vollen Masse preiswürdige Erfindungen nicht eingehen sollten, die Preise zu teilen. Die Rechte der Erfinder auf Verwertung ihrer Erfindungen bleiben unberührt.

Die Arbeiten sind entweder in gut ausgeführten, klar erkennbaren Zeichnungen oder in sauberen Holz- oder Metallmodellen einzureichen. Jede Eingabe hat ein besonderes Kennwort zu tragen. Name und Adresse des Bewerbers ist in einem geschlossenen mit dem Kennwort versehenen Briefumschlag beizufügen.

Das Preisrichter-Kollegium kann nach freiem Ermessen und nach Massgabe der zur Verfügung stehenden Mittel in einzelnen Fällen einem Preisbewerber bei besonders hohen Herstellungskosten eines Modells einen Teil der Auslagen erstatten.

Eine Ausstellung der eingegangenen Arbeiten ist vorgesehen.

Der Ausschuss für das Preisausschreiben zur Verbesserung der Ersatzglieder für Kriegsverstümmelte:

Dr. von Hegel,
Wirklicher Geheimer Rat,
Oberpräsident

Dr. Freiherr von Wilmowski,
Wirklicher Geheimer Rat,
Landeshauptmann

Dr. Blencke, Stabsarzt d. R., Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Magdeburg; Breyer, Oberpräsidialrat in Magdeburg; Dr. Deneke, Regierungs- und Geheimer Medizinalrat in Magdeburg; Professor Dr. Gocht, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Halle a. d. S.; Dr. Herzau, Sanitätsrat, Vorsitzender der Aerztekammer in Halle a. d. S.; Dr. Kirsch, Spezialarzt für Orthopädie in Magdeburg; Professor Dr. Kölliker, Geheimer Medizinalrat in Leipzig; Lemcke, Mitinhaber der Firma Baumgartel, Fabrik chirurgischer Instrumente, Bandagist der Königlichen Klinik in Halle a. d. S.; Dr. Reichard, Oberarzt in Magdeburg; Reimarus, Oberbürgermeister in Magdeburg; Schmiedel, Bürgermeister in Magdeburg, Skoniecki, Landesrat, Geheimer Regierungsrat in Merseburg; Thierkopf, Vorsitzender der Handwerkskammer in Magdeburg; Ulbrich, Pfarrer und Direktor der Pfeifferschen Anstalten in Magdeburg-Cracau; Professor Dr. Wendel, Oberarzt der chirurgischen Abteilung am städtischen Krankenhause in Magdeburg-Sudenburg; Zuckschwerdt, Geheimer Kommerzienrat, Vorsitzender der Handelskammer in Magdeburg; Zuckschwerdt, Bankier in Magdeburg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

1) **Vulpius.** Kriegsorthopädisches. (D. m. W. 1915, Nr. 27—30.)

Nach einem kurzen Ueberblick über die Organisation der orthopädischen Therapie in Baden bespricht Verf. die orthopädische Prophylaxe im Kriege auf Grund seiner Erfahrungen als beratender Orthopäde und gibt wertvolle Winke zur Verhütung der verschiedenen Deformitäten. Besonderer Wert ist auf frühzeitige Massage, Elektrisieren, aktive Bewegungen, besonders des Quadrizeps zu legen. Die Flexion des ruhig gestellten Kniegelenks darf im Hinblick auf die Gefahr einer Flexionskontraktur nur gering angedeutet sein. Bei Verdacht auf Meniskusschädigung ist die völlige Streckung als Primärstellung vorzuziehen. Die Verhütung der Beugekontraktur durch geeignete Schienen und Extension ist für die ganze Funktion des Beines wichtig, besonders nach Oberschenkelamputation mit Rücksicht auf den Gebrauch der Prothese. An der oberen Extremität kann vor dem zu langen Gebrauch der Mitella nicht dringend genug gewarnt werden. Zur Verhütung der Adduktionskontraktur der Schulter empfiehlt Verf. eine von Schulkindern in Konstanz nach den Angaben ihres Lehrers hergestellte Abduktionsschiene. Wo eine Versteifung des Schultergelenks zu befürchten ist, soll man eine Abduktionsstellung herbeiführen. Für das Ellenbogengelenk ist der rechte Winkel oder eine Kleinigkeit darüber das Stellungs-optimum für spätere Mobilisationsbehandlung; wo aber eine Versteifung zu erwarten ist, ist für die meisten Arbeiten die stumpfwinklige Ankylose der rechtwinkligen vorzuziehen. Die Hand in Pronationsstellung zu fixieren, wie vorgeschlagen wurde, widerrät Verf. dringend, weit mehr ist die mittlere Rotationsstellung und Dorsalflexion zu empfehlen. Eingehend bespricht Verf. die Verhütung der Finger-
versteifung, die durch Behinderung der Faustbildung für die ganze Funktion der Hand höchst gefährlich werden kann. Diese Gefahr wird durch Schienung der Finger erhöht oder herbeigeführt. Bei Verletzung des Ellenbogens oder gar des Oberarms die Finger in den Schienenverband einzubeziehen, ist ein häufig gemachter Fehler. Ein weiterer Fehler ist die Einbeziehung der Nachbarfinger in den Verband, wenn nur einzelne Finger oder Mittelhandknochen verletzt sind. Von Krücken ist die alte Stockkrücke zu verwerfen, weil sie die Entstehung von Plexuslähmungen begünstigt, nur die gespaltene, sog. amerikanische ist zu benutzen.

In der mechanischen Therapie spielt die Behandlung der Radialis- und Ulnarislähmung eine grosse Rolle, für die Verf. einfache Apparate angibt. Beinverkürzungen unter 2 cm bleiben unberück-

sichtigt, solche bis $4\frac{1}{2}$ cm werden durch Korkeinlage und erhöhten Absatz ausgeglichen, für Verkürzungen über $4\frac{1}{2}$ cm werden besondere Stiefel angefertigt, für solche über 9 cm Hülsenapparate für den Unterschenkel und den Fuss. Für Lähmungen des Fusses wird nicht der übliche Schienenstiefel, sondern eine einfache am Stiefel zu befestigende Schienenvorrichtung empfohlen. Als Plattfusseinlage hat sich die „Heidelberger Einlage“ gut bewährt.

Ein weiteres Kapitel ist der Prothesenfrage gewidmet. Durch geeignete Stumpfnachbehandlung, wobei besonders auf die Beschleunigung der Stumpfatrophy Wert gelegt wird, wird die Möglichkeit angestrebt, möglichst rasch eine definitive Prothese zu beschaffen. Der Immediatprothese haftet der Nachteil an, dass der Amputierte ohne Kniegelenk gehen lernt und sich später schwer an das artikulierte Kunstbein gewöhnt. Verf. schildert dann die einzelnen Prothesen, wie sie sich nach seiner Erfahrung am meisten bewährt haben. Er warnt vor der Amputation dicht über dem Knöchel; der Stumpf muss mindestens handbreit über den Malleolen endigen, da sonst der Bau des Sprunggelenks in der Prothese nicht gelingt. Der künstliche Arm wird entweder mit auswechselbarer „Sonntags-hand“ und mit Berufsansätzen gebaut, oder es wird ein einfacher Sonntagsarm mit fester Hand und eine selbständige Arbeitsprothese gegeben.

In einem Schlusskapitel wird die orthopädische Chirurgie besprochen.

M. K.

2) **A. Bum.** Die orthopädische Chirurgie im Kriege. (Med. Klinik 1914. Nr. 41)

Verf. schildert die Gesichtspunkte, welche bei der Tätigkeit auf dem Verbandplatz und im Feldlazarett zur Verhütung von Verstümmelungen in Betracht kommen. Er warnt vor jeder Polypragmasie. Der erste Grundsatz ist Ruhe in zweckentsprechender Lage und Stellung. Die Ruhe darf aber nicht zu lange dauern; sobald die Gefahr einer Dislokation der Fragmente oder einer Gelenkblutung vorüber ist, soll die orthopädische Nachbehandlung mit ihrem ganzen umfangreichen Apparat einsetzen.

M. K.

3) **A. Heymann.** Apparate zur Kriegsorthopädie. (M. m. W. 1915, Nr. 35.)

Zur Beugung von Fingern, die in Streckstellung versteift sind, dient ein Lederarmband mit senkrecht zu einander gestellten Schuhhaken. An einem Handschuh werden an den Spitzen der versteiften Finger Spiralfedern angenäht und ihre freien Enden durch einen Drahring verbunden, der in die Haken eingehakt wird. Der

Apparat lässt sich auch durch Bindentouren, Heftpflasterstreifen und Bindfäden improvisieren. An Finger, die in Beugstellung versteift sind, wird ein Heftpflasterstreckverband gelegt, der Handrücken wird auf eine Cramerschiene gelagert, und die Fingerspitzen werden durch Spiralfedern in Streckstellung gebracht.

Ferner beschreibt Verf. einen Ersatz für einen Schienenschuh, dessen Prinzip ähnlich dem Apparat zur Fingerbeugung ist; er hat sich bei einem Mann mit Peroneuslähmung und Ankylose des Kniegelenks gut bewährt.

M. K.

- 4) **Eisner.** Ueber Heftpflasterverbände zur Beschleunigung der Heilung von Schusswunden. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H. 1, p. 83.)

Verf. empfiehlt die Methode besonders bei grossen, flächenhaften Schusswunden. Er kombiniert die Pflasterverbände mit eingeschobenen Salbenverbänden oder braucht einen Heftpflasterscharlachsalbenmullverband. Genaue Schilderung der Methode. Zur Vereinfachung gibt es einen Scharlachleukoplast.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 5) **Gould and Archer.** Local anaesthesia in skin-grafting by Thiersch's method. (The Brit. med. Journ. 27. III. 1915, p. 544.)

Verff. konnten bei Hauttransplantationen wegen Verbrennungen, Geschosswunden und komplizierten Wunden mit bestem Erfolg eine Lösung von 1% Novocain, ½% harnsaurem Chininum hydrochloricum und sterilem Wasser zur Lokalanästhesie verwenden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 6) **Springer.** Offene Wundbehandlung eiternder Wunden. (M. m. W. 1915, Nr. 10.)

Verf. berichtet über einen Fall von langdauernder Eiterung eines Fussgelenkschusses, bei dem nach Versagen anderer Methoden nur die offene Wundbehandlung nach Schede zum Ziele führte. Es wurde ein durch Bandeisen verstärkter, hinten unten vollkommen offener Gipsverband angelegt, die Wunde blieb offen, die Fisteln wurden nicht drainiert und nicht berührt. Die Absonderungen wurden nach 2 Tagen eitrig-serös und schon in der zweiten Woche rein serös, die Fisteln schlossen sich und die Wunden heilten aus. Einige Wochen später bildete sich neuerdings eine bis ins Gelenk reichende Fistel am Fussrücken, auch sie heilte nach Anwendung der offenen Wundbehandlung innerhalb weniger Tage.

M. K.

- 7) **Sehrt.** Die Stauungsbehandlung schwerer Granat- und Schrapnellverletzungen. (M. m. W. 1915, Nr. 37.)

19*

Verf. beschreibt zunächst die Technik der Stauung, auf deren exakte Anwendung sehr viel ankommt. Die Wunde selbst wird nur mit steriler Gaze bedeckt und locker verbunden, der Verband wird erst nach 10—14 Tagen gewechselt. Suspension der Glieder stört die Wirkung der Stauung. Bei Weichteilverletzungen verhielt sich in 16 von 26 Fällen die Temperatur während der Stauung fast völlig normal, in den andern schwankte sie zwischen 38 und 39°; bei Knochenverletzungen trat von 18 Fällen in 8 keine Erhöhung ein, in den andern stieg sie vorübergehend bis auf 39°. Die Gefahr der Allgemeininfektion des Organismus wird wesentlich herabgemindert, 10—12 Stunden nach Anlegung der Binde verschwanden die Schmerzen fast regelmässig. Besonders günstig war der Erfolg bei Gelenkverletzungen, auch solchen schwerer Art, bei denen sich als wertvollstes Resultat die Erhaltung der Funktion ergab.

M. K.

8) **Tiegel.** Ueber die Behandlung von Abszessen mit Spreizfedern. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 106, H. 2, p. 251.)

Statt der üblichen Tamponade oder Drainage, die manchmal nur schädlich wirkt, ein Abfliessen des Eiters verhindert, zellschädigend ist und die Verkleinerung der Abszesshöhle hintanhält, empfiehlt Verf. die von ihm über 1½ Jahre an vielen Fällen mit bestem Erfolg ausprobierte Methode des Einlegens von kleinen Spreizfedern in die Abszesse, das in Narkose geschieht. Die Federn werden von den Patienten ohne Schmerzen ertragen, keine Dekubitusbildung. Sie eignen sich nicht nur für oberflächlich unter der Haut gelegene Abszesse, sondern hauptsächlich für solche in lockeren Geweben, (Muskeln, Sehnen) wo durch Tamponieren eine Eiterung sich besonders schnell ausbreiten würde. Beschreibung der erprobten Spreizfedermodelle. Ein Einlegen für 12 Stunden genügt meist. Das Herausnehmen ist etwas schmerzhaft. Die Wunde selbst sieht manchmal nach 12 Stunden nicht schön aus, ist voll Blut und Eiter, aber die Umgebung gut — keine Rötung, kein Oedem mehr, auch Temperaturabfall. Rasche Granulierung und Vernarbung. Besonders gut bei Hohlhandphlegmonen. Eigene Fälle beschrieben. Keine Misserfolge bei dieser Methode bekannt geworden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

9) **Boothby.** Treatment of septic compound fractures and wounds by ionisation of salicylate of sodium. (Lancet 10 VII. 15, p. 69.)

Verf. behandelte mit verblüffend gutem Erfolg stark infizierte Wunden bei komplizierten Frakturen im Felde mit ionisiertem Natrium

salicylicum. Verbände mit unionisiertem Na. salicyl. zeigten keinerlei Besserung der Wunden, andere ionisierte Salze halfen auch nichts. Wichtig bei der Behandlung ist, dass die Wunde mit keinem anderen Antiseptikum behandelt wird, man wäscht sie nur mit sterilem Wasser aus. Dann werden alle Taschen sorgfältig mit einfacher sterilisierter Gaze (keine mit irgend einem Antiseptikum imprägnierte) ausgestopft und diese mit einer 8% warmen Lösung von Na. salicyl. durchtränkt. Ein galvanischer Strom von 5—30 Milliampère wird nun langsam in den feuchten Verband geleitet und allmählich verstärkt (ebenso allmähliches Schwächerwerden gegen Schluss der Sitzung). Die Behandlung soll einmal täglich, mindestens eine Viertelstunde lang vorgenommen werden. Nach der Galvanisation wird die Wunde über dem feuchten mit einem trockenen Verband gedeckt. Die schmerzstillende Wirkung tritt sofort ein. Nach 3, 4 Tagen granulieren schon die schlimmsten Wunden, und alle Defekte füllen sich aus. In 50 Fällen ausprobiert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 10) **Davis.** The treatment of painful „frost-bite“. (The Brit. med. Journ. 27. III. 1915, p. 545.)

Verf. hat im Krieg bei erfrorenen Füßen der Soldaten als sehr wirksam gegen die Schmerzen ausprobiert: Cocaïn, ol. olivarium und liq. calcis zum Einreiben. Darauf werden die Füße in Watte gepackt. Um ein schnelles Austrocknen und Ranzigwerden der Salbe zu vermeiden, kann man noch flüssiges Paraffin zufügen. Wenn das Oel getrocknet ist, können die erfrorenen Stellen mit einem Pulver von Kampher, Zinkoxyd und Amylum bestreut werden. Diese Therapie erwies sich als erfolgreich überall da, wo Ulzerationen fehlten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 11) **Schmidt.** Eine eigenartige Knochenneubildung nach Schussverletzung. (D. m. W. 1915, Nr. 37.)

Ein Weichteildurchschuss an der Streckmuskulatur des Oberschenkels heilte binnen 14 Tagen per primam. Es traten Schmerzen beim Gehen auf, und in der Nähe des Ausschusses entwickelte sich eine fühlbare und sichtbare Prominenz. Bei der Operation fand man eine 7 cm lange Knochenspange, welche von Periost umgeben war, senkrecht zum Oberschenkel stand und mit diesem bindegewebig verbunden war. Nach Ansicht des Verf. ist die Entstehung der Knochenneubildung so zu erklären, dass das Geschoss das Femur streifte und ein Stück Periost mitriss, von dem aus das Knochenwachstum in der Richtung des locus minoris resistentiae erfolgte.

M. K.

12) **v. Baeyer.** Orthopädische Behandlung der Spasmen nach Kopfschüssen. (M. m. W. 1915, Nr. 4.)

Verf. geht von der Theorie aus, dass die Spasmen auf einem Fortfall der Hemmungen beruhen; ein Rest der Hemmungen muss in vielen Fällen noch erhalten sein, und es kommt darauf an, diesen Rest stärker zu erregen und zwar durch Vermehrung der sensiblen Wahrnehmungen bei Bewegungen. Auf Grund dieser Erwägungen schlingt er ein ca. 3 cm breites unelastisches Band so um die Extremität, dass es keine Stauung verursacht. Die Wirkung war die, dass eine vorher nicht ausführbare Bewegung zustande kam, oder dass eine stark gehemmte Gelenkexkursion sich schneller und leichter vollzog. Die Methode kann die Uebungsbehandlung wesentlich unterstützen.

M. K.

13) **Perthes.** Ueber Laminektomie bei Steckschüssen des Rückenmarkes. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 97, H. 1, p. 76.)

Verf. konnte 6mal Geschosse im Wirbelkanal suchen und entfernen. 2 Fälle starben tags nach der Operation, 2 waren so schwere Verletzungen, dass jede Heilung aussichtslos erschien, sie starben auch nach dem Eingriff, bei zweien dagegen hatte die Entfernung des Projektils eine sofortige Besserung des Zustandes zur Folge. Hat man einen Fall von Rückenmarksschuss vor sich mit Lähmung und ohne Ausschussöffnung, so kann mit einiger Sicherheit angenommen werden, dass das Geschoss im Wirbelkanal selbst steckt. Eine Deformität der Wirbelsäule oder eine umschriebene Druckempfindlichkeit ist meist nicht nachweisbar. Dagegen sind oft die Rippen, die der Region des verletzten Wirbels entsprechen, druckempfindlich. Eine baldige Laminektomie bei den Rückenmarkssteckschüssen mit Symptomen einer teilweisen Querschnittsläsion ist angezeigt. Verf. macht sie in Lokalanästhesie mit Novokain-Suprarenin und kombiniertem Dämmerschlaf durch Pantopon-Skopolamin oder Morphin-Skopolamin.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Tubby.** Remarks on cases of nerve concussion due to bullet and shell woundes. (The Brit. med. Journ. 9. I. 1915, p. 57.)

Verf. teilt aus dem Kriege verschiedene Fälle von Nervenverletzungen durch Geschosse mit (nn. post. tib., radialis, ischiadicus, Brachialplexus), die im allgemeinen gut heilten. (Dauer 4 Wochen bis 3 Monate.)

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Brunzel.** Ueber die Behandlung der Ischiadikusneuralgie nach Schussverletzung mit Nervendehnung. (M. m. W. 1915, Nr. 26.)

In drei Fällen waren die Schmerzen trotz Anwendung aller üblichen äusseren und inneren Mittel nur durch Morphium zu bekämpfen, und es traten Beugekontrakturen im Hüft- und Kniegelenk hinzu. Es wurde in Aethernarkose sehr energische stumpfe Dehnung des Ischiadikus vorgenommen, nach der sich die Schmerzen sofort besserten und allmählich verschwanden. M. K.

16) **Fleischhauer.** Beitrag zur Behandlung der Peroneuslähmung. (B. kl. W. 1915, Nr. 30.)

Ein Lederriemen wird durch geeignete Vorrichtung so am Stiefel befestigt und durch einen Ring in der Gegend des äusseren Knöchels geführt, dass durch einen senkrecht nach oben ausgeführten Zug der Fuss dorsalwärts gehoben und gleichzeitig etwas abduziert und proniert wird. Dieser Zug wird dadurch bewirkt, dass der Riemen mit einem starken Gummiband in Verbindung gebracht wird, welches an der Aussenseite der Wade entlang läuft und von 1 oder 2 Manchetten unterhalb und oberhalb des Kniegelenks getragen wird. M. K.

17) **Steinthal.** Die Deckung grösserer Nervendefekte durch Tubularnaht. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 3, p. 295.)

Die Tubularnaht wurde zuerst 1882 von Vanlair empfohlen (ein mehrere mm langes Stück des zentralen und peripheren Nervenstumpfes wird in eine dekalzinierte Knochenröhre eingeschoben, durch diese soll dann vom zentralen Stumpf aus die Nervenreuebildung zum peripheren erfolgen.) Statt des Knochens brauchte man Gummiröhren, Magnesiumröhrchen oder in Formalin gehärtete Kalbsarterie. Die Tubulisation hat aber den Nachteil der ungenügenden Ernährung der neugebildeten Nerven. Nach Assaky wurde die Tubularnaht mit einer Ueberbrückungsnaht (Catgutschlingennaht beider Stümpfe) kombiniert. Aber von beiden Verfahren ist kein sicherer Erfolg zu melden. Verf. selbst beobachtete einen Fall, bei dem nach 8 Wochen an dem geschädigten Ulnaris noch gar keine Tendenz zur Neubildung zu sehen war. Es wurde nach Herauspräparieren des Nerven, Verlagerung desselben bei forzierter Gelenkstellung und direkter Nervennaht nach Ablauf einiger Zeit eine Besserung des Zustandes konstatiert. Andere Autoren haben ähnliche Erfahrungen gemacht und empfehlen auch die direkte Nervennaht oder Pfropfung. Spitzer-Manhold, Zürich.

18) **Heile und Hegel.** Unsere bisherigen Erfahrungen bei der Behandlung im Kriege verletzter peripherer Nerven. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 3, p. 299.)

Verf. teilen ihre kriegschirurgischen Erfahrungen bei Verletzung

peripherer Nerven mit, der eine vom operativen, der andere vom neurologischen Standpunkt. In einer späteren Arbeit soll über das weitere Befinden der Patienten berichtet werden, bis jetzt, durchschnittlich 2 Monate nach den Operationen, konnte überall ein langsamer Wiederbeginn der Nervenfunktion konstatiert werden. Es waren im ganzen 40 operierte Fälle. Da, wo ein Teil des Nerven oder der ganze Anzeichen von Leitungsunterbrechung bot, wurde operiert. Zeitpunkt: erst etwa 2 Monate nach der Verletzung, später nach einiger Erfahrung erst Ende des dritten Monats. Die Nervendefekte wurden nicht durch Plastik gedeckt, sondern die Nerven möglichst frei präpariert, gedehnt durch extreme Beuge- und Streckstellungen entlastet, feine spiralförmige Einschnitte ins Perineurium gemacht, seitliche Haltnähte angelegt. Die Nervennähte geschützt durch Interposition lebenden Muskels oder gestielter Faszienlappen, oder durch nicht vulkanisierte Gummiröhren (zwecks besserer Resorption). Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Fortescue-Brickdale.** A case of congenital hemihypertrophy. (Lancet. 3. VII. 15, p. 11.)

Verf. behandelt ein 9 Monate altes, gut entwickeltes, intelligentes Kind von gesunden Eltern; keine Missbildungen in der Familie. Die ganze rechte Seite des Kindes ist beträchtlich stärker entwickelt als die linke (Photographie), die Hypertrophie betrifft die Weichteile, die Knochen sind symmetrisch gleich grosse (Radiogramm). An der Haut sind nirgends Veränderungen (Naevi, Lymphome). Die Ursache ist unbekannt. Die Theorie der reichlicheren Entwicklung der Lymphbahnen auf der einen Seite kommt hier wohl nicht in Betracht. Eher die dunkle Aetiologie einer fehlerhaften inneren Sekretion der damit betrauten Organe. Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Lorenz, Hermann.** Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Haemophilie. (Dissert. München 1914.)

In dem Falle, der der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegt und der im Münchener pathologischen Institut zur Sektion kam, handelt es sich um einen 42jährigen Arzt, der zu Lebzeiten das Krankheitsbild der Haemophilie darbot. Die bei diesem Falle makroskopisch wie mikroskopisch erhobenen Befunde machen es wahrscheinlich, dass bei den haemophilen Blutungen neben der durch Thrombokinasemangel bedingten verminderten Gerinnbarkeit des Blutes auch Veränderungen an den Gefässen und zwar eine abnorme Dünnwandigkeit derselben eine Rolle spielen. Dieser abnormen Dünnwandigkeit wären dann die bald von selbst, bald infolge geringfügiger Anlässe auftretenden Gefässrupturen, sowie die spontanen,

ohne nachweisbare Läsion der Gefässwand sich einstellenden Blutungen zuzuschreiben. Ein gleichzeitig vorhandenes abnorm enges und dadurch den Blutdruck steigerndes arterielles Gefässsystem würde das Zustandekommen dieser Blutungen noch begünstigen.

Blenke-Magdeburg.

21) **Spiller.** Severe jaundice in the newborn child a cause of spastic cerebral diplegia. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLIX, Nr. 3, p. 345.)

Verf. teilt 4 eigene Beobachtungen aus einer Familie mit, wo eine starke Gelbsucht der Neugeborenen angeblich einen störenden Einfluss auf die Entwicklung des Gehirns hatte. Es soll sich um eine schon öfter beobachtete, noch nicht genau studierte Infektion des Blutes handeln, die zu Hämorrhagien (unter anderem auch zerebralen) führt und eine spastische Kinderlähmung erzeugt. Die Kinder konnten im Alter von ca. 3 Jahren die Extremitäten schlecht bewegen, sich nicht aufrichten, wenig sprechen, hatten Krampfanfälle.

Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Eltester und Schroeder.** Ueber einen Fall von Akromegalie und Splanchnomegalie. (Med. Klinik 1914, Nr. 31.)

Verff. hatten Gelegenheit, einen vorher klinisch beobachteten Fall von Akromegalie, der an Lungentuberkulose gestorben war, zu obduzieren. Es fand sich neben der Vergrößerung der Knochen und sämtlicher Eingeweide ein Rundzellensarkom der Hypophysis, Thymus persistens, Hypertrophie der Schilddrüse, Atrophie beider Hoden, Vergrößerung der Zunge, Tuberkulose der Lungen, des Keilbeins und Siebbeins. Am Knochensystem war das stärkere Wachstum der rechten Seite gegenüber der linken auffallend, eine besonders starke Grössenzunahme zeigte die Clavicula. M. K.

23) **Magnus, Hans.** Zur Frage der Raynaud'schen Gangrän nach Trauma. (Diss. Marburg 1914.)

M. bringt die Krankengeschichte eines derartigen Falles, der verschiedentliche bemerkenswerte Besonderheiten gegenüber den typischen Fällen von Raynaud'scher Krankheit bietet. Es liess sich eine allgemein neuropathische Grundlage für das Leiden ausschliessen, es war ein foudroyantes Einsetzen zu beobachten, weiterhin wurde das typische erste Stadium des Anfalls, die lokale Synkope oder Ischaemie vermisst, auch war beim ersten und zweiten Anfall nur die linke Hand betroffen. Für Morbus Basedow, Epilepsie, Tabes oder Syringomyelie konnten keinerlei Anhaltspunkte gewonnen werden, ebensowenig für Witterungsschädlichkeiten, als aetiologische Momente kamen hier in Betracht ein Schädeltrauma, ein physischer Shok und eine Influenza.

Blencke, Magdeburg.

24) **Kach, Friedrich.** Der Einfluss der natürlichen Ernährung auf die Verhütung der Rachitis. (Diss. München 1914.)

K. bespricht zunächst die hauptsächlichsten Hypothesen und Theorien, die die Rachitis als Ziel ihrer Untersuchungen genommen haben, und berichtet sodann über seine eigenen Untersuchungen, nach deren Ergebnis dem Alter und der Not der Mutter, wie der künstlichen Ernährung des Kindes bei der Entwicklung dieser Erkrankung keine allzugrosse Bedeutung zuzukommen scheint. Um so mehr Beachtung verdient aber die Stillungszeit, und es ist nach des Verf. Statistik anzunehmen, dass bei Gesundheit der Mutter eine über 6 Monate dauernde Stillung, die ja erst als genügend bezeichnet werden kann, vollständig gegen Rachitis schützt oder mindestens diese Krankheit nur in den leichtesten, ganz unauffälligen Graden zu Tage treten lässt.

Blencke, Magdeburg.

25) **Loewenthal.** Des éosinophilies consécutives à la resection expérimentale du nerf sciatique. (Rev. méd. de la Suisse Romande. 45 e année, Nr. 2, p. 77.)

V. teilt seine interessanten Versuche an Kaninchen mit, bei denen nach Durchschneidung des n. ischiadicus erst ein Oedem am ganzen Bein auftrat, dann Ulcerationen der geschädigten Extremität, eine Vergrösserung der Lymphdrüsen der Kniekehle, eine lokale Eosinophilie des Blutes, die im Lauf der Zeit von einer allgemeinen gefolgt war. Die eosinophilen Zellen werden aber vom Mark produziert. Daraus ergibt sich die Reihenfolge der Erscheinungen folgendermassen: Hyperaktivität des Knochenmarkes, vermehrte Bildung von Eosinophilen, Eosinophilie des Blutes, Auswanderung der Eosinophilen in die ulzerierten Gewebe. Vorläufig haben diese Experimente nur wissenschaftlichen Wert.

Spitzer-Manhold, Zürich.

26) **J. Strasser.** Ein bemerkenswerter Fall von Elephantiasis nostras. (Med. Kl. 1915, Nr. 26.)

Das rechte Bein der 50jährigen Patientin misst im grössten Umfang des Oberschenkels 186 cm und steht dauernd in Abduktionsstellung. Sitzen ist unmöglich. Es wurde zuerst intensive Heisslufttherapie versucht, die nach 14 Tagen eine Abnahme um 6 cm zu Folge hatte, aber weiterhin keinen Erfolg zeigte. Darum wurde eine Operation vorgeschlagen. Nach 2 Längsschnitten am Ober- und Unterschenkel wurde das die Faszie bedeckende Fett entfernt, dabei floss eine sehr grosse Menge Lymphe ab. Dann wurden 4 grosse Fenster in die Aponeurose geschnitten, um den Abfluss der überschüssigen Lymphe in die Muskulatur zu ermöglichen,

von der sie rasch aufgesogen wird. Nach 10 Tagen war das Oedem schon bedeutend gefallen, nach $3\frac{1}{2}$ Monaten betrug der Umfang des Oberschenkels nur noch 88 cm. Die Pat. kann sitzen und bewegt sich leichter als früher. Ob der Erfolg ein dauernder sein wird, lässt sich noch nicht sagen.

M. K.

27) **George and Todd.** Myeloid sarcoma of the femur, with pathological fracture. (The Brit. med. Journ. 3. IV. 15, p. 592.)

Vv. berichten über einen lehrreichen Fall von Spindelzellen-sarkombildung bei einem 28 jährigen Kindermädchen nach Anschlagen des inneren Knierandes an einer Steinstufe. Erst nach 3 Monaten machte sich der Unfall dadurch bemerkbar, dass eine Spontanfraktur des inneren Kondylus stattfand, während Pat. von einem stehenden Omnibus abstieg. Nach weiteren 2 Monaten machte man notgedrungen die hohe Amputation des Oberschenkels (Sarkombildung nachgewiesen) unter spinaler Analgesie durch Stovain-Glukose-Lösung und nachfolgender ganz leichten allgemeinen Aethernarkose.

Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Goddu.** Enchondroma. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXII, Nr. 11, p. 402.)

Verf. teilt 3 eigene Fälle von Enchondromen nahe den Gelenken mit. Die Frage ist noch nicht gelöst, ob sie vom Periost ausgehen. Verf. schält die Enchondrome in toto mit der Kapsel heraus, kratzt das Lager aus und reinigt es mit 95%o Karbolsäure und Alkohol. Gute Erfolge.

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Martin.** Osteoarthritis in tabes dorsalis. (The New-York med. Journ., Vol. CI, Nr. 2, p. 69.)

Verf. macht Mitteilung von osteoarthritischen Erscheinungen an einem Gelenk, die als erste Zeichen einer Tabes auftraten und während einiger Monate nicht als Tabesmanifestation erkannt wurden, bis die anderen deutlichen Zeichen der Krankheit auftraten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Hackenbruch.** Erfahrungen bei Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit Tuberkulin „Rosenbach“. (D. m. W. 1915, Nr. 17).

Verf. hat zunächst durch Ferninjektionen die Unschädlichkeit des Mittels festgestellt und ging dann zu Einspritzungen in den Krankheitsherd selbst resp. in dessen unmittelbare Nähe über. Es wurde mit einer Menge von 0,1 begonnen und je nach dem Ausfall der Reaktion allmählich bis zu 1,0, selten höher, gesteigert. Im Einzelfall wurden bis zu 50 ccm gebraucht, im ganzen wurden 81

diagnostisch sichere Fälle behandelt. Bei den meisten Patienten besserte sich das Allgemeinbefinden, nachdem die ersten Reaktionen überwunden waren und keine Temperatursteigerungen mehr auftraten, sehr schnell, zugleich verringerte sich die Schmerzhaftigkeit der Gelenke und die Sekretion der Wunden. Als sehr vorteilhaft erwies sich die Kombination mit den andern Behandlungsmethoden.

M. K.

31) **Götzl und Sparmann.** Zur Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit dem Tuberkulomucin (Weleminsky). (Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. und Chir. Bd. 28, H. 1, p. 53).

Verf. probierten bei vielen ambulanten Tuberkulösen, die noch nie vorher gegen Tb. behandelt worden waren, das Weleminsky'sche Tuberkulomucin mit gutem Erfolge aus. Von 49 lange beobachteten Fällen konnte mit Sicherheit bei 22 eine Besserung konstatiert werden. Die erste Stichreaktion ist von prognostischer Bedeutung. Die auf Knochen lokalisierten Formen bieten die beste Heilungsprognose, die Gelenkaffektionen sind weniger günstig. Technik. Krankengeschichten. Das Mucin scheint ein wichtiger Heilfaktor zu sein.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Martin-Du Pan.** L'héliothérapie artificielle avec la lampe de Vignard. (Rev. méd. de la Suisse Romande. 34e année, Nr. 9, p. 561.)

Verf. teilt gute Resultate mit, die er bei Knochen- und Gelenktuberkulosen im Kindesalter mit der Vignard'schen Quecksilberdampfampe von 500 Volt unter Zuhilfenahme eines Glasfilters für die ultravioletten Strahlen erlangt hat. In sonnenarmen Gegenden ist dieser Notbehelf für die natürliche Heliotherapie nicht von der Hand zu weisen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **Kisch.** Über eine Behandlungsmethode der chirurgischen Tuberkulose in der Ebene. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 106, H. 4, p. 706.)

Verf. berichtet über 20 Fälle von chirurgischer Tuberkulose, die im Cecilienheim in Hohenlychen mit Erfolg mit Heliotherapie, kombiniert mit Bier'scher Stauung, behandelt wurden. Vor jedem Anlegen der Stauungsbinde wurde innerlich Jodnatrium gegeben. Diese Fälle, meint Verf., beweisen ihm zur Genüge, dass auch in der Ebene die Heliotherapie mit dem gleichen Erfolg (vielleicht etwas längerer Behandlungsdauer) durchgeführt werden kann, wie im Hochgebirge, sofern der Platz genügend weit von dem Getriebe einer Grossstadt entfernt ist, denn die Intensität der Sonnenstrahlen ist von der Staubfreiheit der Luft abhängig. Neben den erwähnten Behandlungs-

arten müssen vorsichtige aktive und passive Bewegungen der erkrankten Gelenke ausgeführt werden, solange dies nicht unangenehm empfunden wird.

Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Ashhurst.** Modern bone and joint surgery. (The New-York med. Journ., Vol. CI, Nr. 5, p. 185.)

Verf. ist Anhänger der offenen Frakturbehandlung, Platten- und Schraubenmethode. Der praktische Arzt soll womöglich die Hand von der Frakturbehandlung lassen. Frühere Ankylosen wurden durch Exzision des betreffenden Gelenkes gebessert, jetzt durch Arthroplastik (Interposition von Fett- und Faszienlappen). Eine Nichtvereinigung der Knochen nach Bruch ist Indikation für Knochen- transplantation. Mitteilung eigener Fälle.

Spitzer-Manhold, Zürich.

35) **F. Oppenheim.** Hülsenextension statt Heftpflasterextension. (M. m. W. 1915, Nr. 36.)

Verf. empfiehlt, die Hülsen, welche er für Frakturen der Finger und Zehen angegeben hat (M. m. W. 1915, Nr. 22), auch bei Brüchen der langen Röhrenknochen zu verwenden. Sie haben den Vorteil, dass sie nicht, wie das Heftpflaster, durch Adhäsion an der Haut haften, sondern durch Druck eine Tiefenwirkung auf den Knochen ausüben, so dass der Angriffspunkt der Extension direkt auf diese übertragen wird. Sie vertragen auch viel höhere Belastungen und lassen sich über Verbänden oder Unterpolsterungen anlegen.

M. K.

36) **Fischel.** Fixation und Extension im Felde. (M. m. W. 1915, Nr. 37.)

Verf. empfiehlt als Material gelochtes Zinkblech, welches in einer Breite von 10—12 cm, bei Oberschenkel- und Hüftbrüchen in doppelter Breite, manschettenförmig um die Extremität gelegt wird, und zwar über der Kleidung, die zugleich als Polsterung dient. Die Manschetten werden mittels Messing- oder verzinkten Eisendrahtes unter Benutzung der Löcher im Zinkblech am Körper fixiert. Als Längsschiene kann jeder Stock, Holzstab oder Bajonett, im Bereiche des Hüftgelenks am besten das Gewehr verwendet werden. Mit der Fixation ist eine Extension leicht zu verbinden.

M. K.

37) **Gruber.** Die Leerschiene. (M. m. W. 1915, Nr. 36.)

Die Leerschiene ist ein rechteckiges, leeres Drahtgestell von 10—15 cm Breite und 40—100 cm Länge. Sie kann mit Stärkegaze- und Gipsbinden kombiniert werden oder als Verstärkung von Gipsverbänden und als Rabitzbrücke dienen und kann, da sie

sich allen Körperformen leicht anpassen lässt, zu den verschiedensten Zwecken verwendet werden. Sie lässt sich z. B. so formen, dass sie vom Rücken über Schulter und Ellenbogen bis zur Hand reicht. An einer Anzahl von Abbildungen zeigt Verf. die ausserordentlich vielseitige Verwendbarkeit der Schiene. M. K.

- 38) **E. Holländer.** Ueber Refrakturen bei anscheinend ausgeheilten Knochenschussverletzungen. (B. kl. W. 1915, Nr. 31.)

Verf. beschreibt 5 Fälle, in denen nach einem geringfügigen Trauma ein neuer Bruch der ausgeheilten Extremität eintrat, 4 mal innerhalb des Kallus des ersten Bruches, 1 mal entfernt von diesem. Konstitutionelle Anomalien, die bei den Spontanfrakturen der Zivilpraxis eine Rolle spielen, kämen als Ursache nicht in Betracht, wahrscheinlich ist sie in der Infektion zu suchen. Die Heilung erfolgte unter Eiterbildung. M. K.

- 39) **Paus.** Paradoxe Embolie bei Fraktur. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H. 4, p. 383.)

Ein 56jähriger Mann mit „Herzfehler“ erlitt durch Anprallen eines Eisstückes eine geschlossene, einfache Flötenschnabelfraktur des Schienbeins. Bei der Einrichtung derselben, die wegen des allgemein schwächlichen Körperzustandes des Mannes in Lokalanästhesie vorgenommen wurde, traten plötzlich Symptome eines linksseitigen Gehirninsultes auf. Nach einigen Tagen Exitus. Die Sektion zeigte Thrombose der Venen bis in die v. cava hinauf, zahlreiche Embolien in den Lungen-, Nierenarterien und der art. der linken fossa Sylvii. Im Anschluss daran einen embolischen Herd im Gehirn. Ausserdem hatte der Mann ein offenes foramen ovale, durch welches die Embolie von der rechten Vorkammer in die linke und von da in die Aorta gelangt sein musste.

Bei Beinfrakturen werden oft Thrombosen der benachbarten Venen beobachtet; Ursache: grosse Blutextravasate (wie im vorliegenden Fall), Zerreiſsung von Venen, Varicen, schlechte Herzfunktion, Arteriosklerose, Marasmus. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 40) **Miyanchi.** Die autoplastische Knochenmarkstransplantation im Experiment. (Arch. für klin. Chir. Bd. 106, H. 2, p. 273.)

Verf. macht Mitteilung über seine experimentelle Ueberpflanzung von rotem Knochenmark junger Kaninchen aus der Tibia in die Leber. Das autoplastisch transplantierte Knochenmark hat nicht nur die Fähigkeit der Knochenneubildung bewahrt, sondern die

spezifisch myeloischen Elemente bleiben auch zum Teil am Leben und produzieren neues Knochenmark. Bestätigung schon bekannter Versuchsergebnisse.

Spitzer-Manhold, Zürich.

41) **Albee.** The fundamental principles involved in the use of the bone graft in surgery. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLIX, Nr. 3, p. 313.)

Verf. bespricht die Wichtigkeit der Knochentransplantation in der Chirurgie. Er hat sich ein besonderes Instrumentarium konstruiert, um den Knochen noch an Ort und Stelle in Grösse und Form genau dem auszufüllenden Defekt anzupassen. So konnte er immer den Gebrauch von Draht, Schrauben und Laneschen Platten vermeiden. Als Nahtmaterial verwendet Verf. immer Känguruhsehne, als Transplantationsmaterial die langen Röhrenknochen des operierten Individuums.

Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **L. Mayer.** Die orthopädische Behandlung der alten Hemiplegiker. (B. kl. W. 1915, Nr. 23.)

Verf. berichtet über 2 Patienten von 62 und 74 Jahren, welche vor 9 Monaten bzw. 2 Jahren einen Schlaganfall erlitten hatten, und bei denen sich verschiedene Deformitäten entwickelt hatten, sodass das Gehen fast unmöglich, der Gebrauch des rechten Arms sehr behindert war. Zehenstrecker und Peronei scheinbar gelähmt, der rechte Fuss in starker Spitz-Klumpfusstellung, der Unterarm stark proniert, die Finger krampfartig gebeugt. Mit Hilfe einer Spiralfederschiene, die nachts durch eine federnde Metallschiene ersetzt wurde, einer leichten Stahlschiene für Arm und Hand und einfacher Uebungen gelang es, den Fuss aus der Spitzfusstellung zu bringen, die Pronation des Armes und die Flexion der Hand und Finger zu korrigieren, der Gang wurde wesentlich gebessert. Verf. verlangt, dass mit der orthopädischen Behandlung paralytischer Glieder gleich nach dem apoplektischen Anfall begonnen wird, damit die Entstehung von Deformitäten vermieden werde.

M. K.

43) **Erlacher.** Experimentelle Untersuchungen über Plastik und Transplantation von Nerv und Muskel. (Arch. für klin. Chir. Bd. 106, H. 2, p. 389.)

In einem klinischen Fall (Tibialislähmung nach Poliomyelitis) gelang Verf. eine muskuläre Neurotisation (ein zentralgestielter breiter Muskellappen wurde auf den gelähmten Muskel genäht,) Faradisation 6 Wochen lang nach der Operation. Diese Operation ist event. als Ersatz für Sehnentransplantationen zu brauchen. Im Tierexperiment (Meerschweinchen) gelang es Verf., freie Transplantation allerdings

sehr kleiner Muskelstückchen gut zur Einheilung zu bringen, dabei wurde nie eine Unterbindung oder Blutstillung vorgenommen. Beim Nerven gelang auch bei peripherer Durchschneidung eine vollständige Regeneration, für das Eindringen der motorischen Nerven in die Muskelfasern ist das Vorhandensein von Nervenfasern daselbst nicht unbedingt notwendig. Freie Nerven transplantation wurde bis jetzt noch nie mit Erfolg ausgeführt. Spitzer-Manhold, Zürich.

44) **v. Hofmeister.** Ueber doppelte und mehrfache Nervenpfröpfung. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 3, p. 329.)

Verf. hatte Gelegenheit, in 24 Fällen bei grösseren Nervensubstanzverlusten (wie sie z. B. bei kriegschirurgischen Fällen beim Herausschälen der Nerven aus derben Callusmassen vorkommen) eine Pfröpfung der Enden auf einen gesunden benachbarten Nervenstamm vorzunehmen. Der gesunde Nerv dient Verf. nur als Brücke für die Stümpfe (zum Unterschied vom Verfahren anderer Autoren, die den gesunden Nerv als Neurotiseur brauchen). Verf. schwemmt jeden zu überpfröpfenden Nerv (aus prophylaktischen und kurativen Gründen — zur Lösung von Verwachsungen, die dem Auge entgehen — auch diagnostisch zum Konstatieren von neuritischen Infiltraten) mit einer Novocain-Suprareninlösung auf. Besonders ein Fall verlief sehr erfolgreich und liefert den Nachweis, dass es möglich ist, auch bei grossen Nervendefekten mittels doppelter und mehrfacher Nervenpfröpfung Nervenleitungen wieder herzustellen. Grundbedingungen für das Gelingen der Operation sind: exaktes Freilegen des Verletzungsgebietes, reichliche Exzision der kallösen Massen und des geschädigten Nerven. Im Brückennerv wird ein Längsschnitt angelegt, die Stümpfe werden so eingepflanzt, dass ihr Querschnitt nach der Richtung sieht, in welcher die physiologische Verbindung erfolgen soll. Hilfsnaht im Vereinigungswinkel. Spitzer-Manhold, Zürich.

45) **Courtney.** Some nervous affections in which massage deserves more frequent use. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXII, Nr. 13, p. 483.)

Verf. empfiehlt häufigere Anwendung von Massage bei bisher noch wenig so behandelten nervösen Krankheiten, z. B. bei Schiefhals (den er einem Rindenherd zuschreibt) Schreibkrampf, Gehirnerschütterungen (Ableiten eines eventuellen Ergusses durch Effleurage der Halsvenen), bei lokomotorischer Ataxie, Paralysis agitans und Psychoneurosen. Ohne Erfolg ist Massage bei Syringomyelie und progressiven muskulären Atrophien. Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Mackenzie.** The treatment of infantile paralysis. (The Brit. med. Journ. 9. I. 15, p. 60.)

Sofort bei eintretender Erkrankung müssen die Antagonisten der befallenen Muskeln entspannt und ausgeschaltet werden (durch passende Schienen). Für Eintritt der Wiederfunktion ist die Zeit schwer zu bestimmen, Schmerz und Temperaturen dürfen natürlich nicht mehr vorhanden sein. Besprechung der Gelenkfixation durch Arthrodese. Kontrakturbehandlung erst konservativ mit Schienen und Bandagen. Bei Nichterfolg erst Operation. Operation an der tiefen Faszie, Muskeltransplantationen, Serumbehandlung, Thymusdarreichung, vorsichtige Massage. Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **Jensen und Bartels.** Sehnensutur und Sehnen transplantation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106, H. 2, p. 408.

Vv. operierten an Ziegen und Kaninchen, homoplastisch und autoplastisch. Die Kaninchen zeigen besonders starkes Regenerationsvermögen der Sehnen und die Transplantate heilten gut ein. Es wurde nur ein notdürftiger Schienenverband angelegt, und das Tier durfte frei herumlaufen.

Beim Menschen wird ein Herauseitern der transplantierten Sehne oft beobachtet. Vv. nahmen als Nahtmaterial keine Seide, sondern Chromjodkatgut (Claudius). Das praktische Resultat aus diesen Versuchen ist: eine transplantierte Sehne bedarf zur Einheilung keiner Immobilisation. Frühe aktive und passive Bewegungen sind nur von Nutzen. Die einzelnen Sehnen müssen durch Faszienmäntel vor dem Verwachsen miteinander geschützt werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

48) **Müller, Georg.** Ergebnisse der Lumbalanaesthesia. (Dissert. München 1914.)

Auf Grund der an 285 Fällen in der zweiten gynaekologischen Universitätsklinik gemachten Erfahrungen, über die M. in der vorliegenden Arbeit berichtet, wird dem Tropakokain ohne Zusatz als Anaesthetikum der Vorzug gegeben. Die Nacherscheinungen haben sich in den letzten Jahren so ausserordentlich vermindert, dass jetzt bei allen länger dauernden schweren Eingriffen die Lumbalanaesthesia der Narkose vorgezogen wird. Nur in den Fällen, in denen es rätlich erscheint, wegen hochgradiger Aengstlichkeit der Patienten das Bewusstsein mit Sicherheit ganz auszuschalten, um dadurch den Operationsshok zu vermindern, wird auch bei länger dauernden Operationen die Inhalationsnarkose angewendet. Blencke-Magdeburg.

49) **Wilson.** Thoracopagus lateralis. (New York med. Journ., Vol. CI, Nr. 14, p. 689.)

Verf. berichtet über die Geburt einer Missbildung, eines Thoracopagus lateralis, der bei einer Erstgebärenden, in deren Familie Zwillinge

vorgekommen waren, durch Wendung auf den Fuss gewonnen wurde. Die Frucht war tot. Das Radiogramm zeigte zwei gutentwickelte Schädel, zwei Wirbelsäulen normaler Bildung, nur waren die Wirbelkörper gegen die Medianlinie rotiert. Die 12. Rippe bildete die Brücke zwischen den zwei Wirbelsäulen. Die äusseren Klavikeln waren selbständig, in der Mitte der Frucht war eine gemeinsame und noch das Rudiment eines 4. Schlüsselbeins darunter. Das Becken war gemeinsam; 2 untere Extremitäten daran.

Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **E. Falk.** Zur Entwicklung der Halsrippen. (B. kl. W. 1915, Nr. 27.)

Verf. beschreibt eingehend die von ihm untersuchten Präparate, aus denen hervorgeht, dass in manchen Fällen die Entstehung der Halsrippen darauf beruht, dass durch Aenderung der Wachstumsrichtung bei Entstehung der Bogenanlage der Brustwirbel kranialwärts verschoben wird und mit der Wirbelanlage des 7. Wirbels in Verbindung tritt. Die Mehrzahl der Halsrippen aber nimmt ihren Ursprung von dem Kostalfortsatz des 7. Halswirbels. M. K.

51) **Scherb.** Verletzung der Halswirbelsäule. Ges. d. Aerzte in Zürich 27. II. 15. (Korrespzbl. f. Schweiz. Aerzte. 45. Jhrg. Nr. 20, p. 631).

Ein 16jähriger kräftiger Mann verunglückte beim Schmieren einer Transmissionswelle. Die Welle erfasste seine Kleider, so dass er mehrere Male die Drehung mitmachte und dabei, um zwischen dem Wellensockel und der Welle vorbei zu können, den Kopf jedesmal kräftig auf die Brust zu drücken gezwungen war. So kam er mit einigen Schürfungen an der Kopfhaut und dem übrigen Körper und einem Rippenbruch davon. Eine Bewegungsbeschränkung am Kopf soll damals nicht zu konstatieren gewesen sein. Bei Senken des Kopfes starke Schmerzen im Nacken. Nach einem halben Jahr Verschlimmerung des Zustandes: aktive und passive Beweglichkeit des Kopfes in jeder Richtung wegen der Schmerzen stark beschränkt. Der Kopf nach vorn geneigt, muss mit der Hand gestützt werden. Röntgenbild im Stehen aufgenommen: Subluxation des 4. Halswirbels über den Körper des 5. Reposition. Lederkrawatte. Jetzt schon bedeutende Besserung. Nie Erscheinungen von Seiten des Rückenmarkes.

Spitzer-Manhold, Zürich.

52) **Stanek, G.** Erfolge der Skoliosentherapie nach verschiedenen Methoden. (Casopis lékařů českých. 1914. Nr. 50.)

Der Autor geht nach folgenden Grundsätzen vor: Bei Wirbelsäulen mit Tendenz zur Skoliose und bei Skoliosen im Anfangs- und vorgeschrit-

tenen Stadium, wo noch keine Rippentorsion vorhanden ist, verwendet er nur aktive Gymnastik. Wenn Rippentorsion besteht, die Wirbelsäule aber noch mobil ist, verwendet er aktive Gymnastik und Korset. Bei beginnender oder entwickelter Kyphose mit immobilierter Wirbelsäule kombiniert er aktive und passive Gymnastik. Zuerst trachtet er, soweit es die anatomischen und pathologischen Verhältnisse gestatten, die Wirbelsäule aktiv und passiv zu mobilisieren. Gelingt die Mobilisation, dann bringt er die Wirbelsäule in hyperkorrigierte Stellung und erhält sie in derselben durch längere Zeit mittels eines Gypsverbandes. Nach Abnahme desselben legt er ein festes, abnehmbares Korset an. Hierauf muss zur Kräftigung der durch den Gypsverband geschwächten Muskulatur und zur Fixierung des bereits erzielten Erfolges eine intensive aktive Gymnastik einsetzen. Bei gutem Willen und Ausdauer des Patienten erzielte er auf diese Weise sehr günstige Erfolge.

G. Mühlstein, Prag.

53) **Nicod.** Le traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott. Soc. vaudoise de Méd., Lausanne, 6. II. 15. (Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 45. Jahrg., Nr. 29, p. 921.)

Vortrag richtet sich seit zwei Jahren nach den Prinzipien der Abbottschen Skoliosenbehandlung und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Er stellt der Gesellschaft 8 jugendliche Patienten vor, zahlreiche Bilder und Projektionen der verschiedenen Phasen der Behandlung und schildert die genaue Originalmethode. Spitzer-Manhold, Zürich.

54) **Tobiášek, St.** Transpositio costae bei tuberkulöser Spondylitis. (5. Kongress tschechischer Naturforscher und Aerzte. 1914. Bulletin.)

T. gibt seine eigene Operationsmethode an. Er operiert extrapleural, entfernt nichts vom tuberkulösen Gewebe und arbeitet im gesunden Terrain. Schnitt über die ganze Länge der Rippe, die transponiert werden soll, bis zum Periost, das an den Rändern der Rippe eingeschnitten wird, damit es mit derselben im Zusammenhang bleiben kann. Abpräparierung des Periosts an der Innenfläche mit Raspatorium und Elevatorium bis zum Rippenhals. Schnitt 1 cm lateralwärts von den Processus spinosi, deren laterale Fläche nahe den Spitzen freigelegt und mit Messer oder — bei älteren Individuen — mit Meißel bis zur Spongiosa angefrischt wird. Durchschneidung des M. erector trunci, Luxation der Rippe und Fixation an die angefrischten Flächen der Dornfortsätze mit Chromkatgut und Seidennaht der Muskulatur der Faszie über der Rippe und der Haut. Lagerung des Patienten auf den Bauch. — Die Fixation der Wirbelsäule gelang vollkommen und die Kranken konnten sich bald ohne Korset schmerzlos bewegen. Vorteile:

20*

1. Die Fixation ist eine vollkommene. 2. Die Operation ist leicht und dauert 20 Minuten. 3. Die Korrektur ist eine so glänzende, dass durch Wachstum der Wirbelkörper eine Lordosierung des Gibbus zustande kommt, ohne dass dieselbe einen höheren Grad erreicht, da die Rippe den Wolfschen Gesetzen unterliegt und sich nach einigen Monaten wie ein Wirbelkörper verhält. 4. Die Rippe bleibt im Zusammenhang mit dem Nährboden, verdient also den Vorzug vor der freien Autoplastik und vor Metallstreifen.

G. Mühlstein-Prag.

55) **Meyer.** Beitrag zur Gipsverbandtechnik bei Schussfrakturen der oberen Extremität. (M. m. W. 1915, Nr. 37.)

Der vom Verf. empfohlene Verband stellt eine Kombination von Extensions- und Gipsverband dar. Der Arm wird in einer Stellung von 90° Abduktion, mittlerer Rotation, rechtwinklig gebeugtem Ellenbogen fixiert. Die Einzelheiten der Technik sind durch Abbildungen erläutert.

M. K.

56) **A. E. Stein.** Zur Behandlung der Schultergelenksversteifung nach Schussverletzungen. (M. m. W. 1915, Nr. 29.)

Verf. beschreibt eine einfache Vorrichtung zur Selbstredression des versteiften Schultergelenks. Ein 8 cm breiter Gurt wird an der kranken Schulter unter den gesunden Fuss und zur kranken Schulter zurückgeführt und mittels einer Schnalle fest angezogen. Die Hand der kranken Seite ergreift mit einem Holzquergriff das Ende eines Seiles, welches über eine an der Decke angebrachte Rolle läuft, und dessen anderes Ende die Hand der gesunden Seite erfasst. Diese Hand bewegt durch rhythmische, allmählich stärker werdende Bewegungen den Arm der kranken Seite, wobei ein Mitgehen des Schulterblattes infolge der Fixation durch den Gurt verhindert wird.

M. K.

57) **Roth.** A simple method of treating gunshot wounds of the humerus. (The Lancet. 20. III. 15, p. 599.)

Bei Kugelverletzungen der Schulter im Krieg empfiehlt Verf. das Anlegen einer einfachen Thomasschlinge ums kranke Handgelenk, Fixation des Armes um den Hals. Der Pat. soll sitzend im Bett gehalten werden, der Ellbogen muss hängen, das Gewicht des Armes wirkt als Extension. Der Arm soll 5—6 Wochen in der Schlinge bleiben, bis die Knochenkonsolidation eingetreten ist. Gute Erfolge. Radiogramme.

Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Heinlein.** Ellenbogengelenksbeugekontraktur. Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik. 17. V. 15. (M. m. W. 1915, Nr. 23.)

Die Kontraktur war nach Weichteilschussverletzung des Ober-

arms mit Schädigung des N. musculocutaneus eingetreten. Die Streckung gelang, nachdem die üblichen Methoden erfolglos angewandt waren, erst nach der offenen Myotomie des M. brachioradialis und des M. biceps. M. K.

59) **Ansinn.** Zur Behandlung der Schussfrakturen der langen Röhrenknochen, insbesondere mit dem Frakturhebel (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 97, H. 1, p. 97).

Verf. verfuhr nach den Prinzipien der Friedenspraxis im Anfang seiner Kriegstätigkeit konservativ bei Schussfrakturen der langen Röhrenknochen, die ausgiebigen Jauchhöhlen liessen ihn aber bald seine Therapie ändern. Jetzt werden die Knochenhöhlen gründlich ausgeräumt und die Sequester subperiostal entfernt. Der Verband bleibt dann 3—4 Tage liegen. Bei starker Dislokation braucht Verf. eine Knochensituationsnaht oder Aluminiumschienen, die in die Knochenenden eingeschraubt werden. 25 Patienten wurden erfolgreich so behandelt. Heilungsdauer 3—4 Monate. Zum Redressieren fehlerhaft übereinander geheilter Fragmente erfand Verf. einen Frakturhebel (Beschreibung und Abbildung dreier Modelle), mit dem eine grosse Kraft ausgeübt werden kann. (Modell III z. B. eine Belastung von 110 kg). Spitzer-Manhold, Zürich.

60) **Payr und Goldammer.** Arm- und Beinschussbrüche; Gelenkschüsse; Gelenkeiterungen. Verhandlung der Kriegschirurgentagung. Brüssel 7. IV. 15. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 4, p. 529.)

Vortr. schildern ihre Eindrücke und Erfahrungen aus den Kriegslazaretten betreffend Arm- und Beinschussbrüche, Gelenkschüsse, Gelenkeiterungen und empfehlen verschiedene Schienen, teils für Fixation, teils für Extension, so den Wildt-Andernach Extensionsapparat für den Feldgebrauch, das Töpfer'sche Extensionsverfahren (mit ein paar Schrauben und einer Kramer-Schiene zu improvisieren), die einfache Strohmatten, die Gipshansschiene, den Lange'schen Gehverband. Die Steinmann'sche Nagelextension ist für den Kriegsschauplatz nicht geeignet, eher die Drahtextension nach Klapp (Bronzedraht durch Calcaneus).

Anschütz äussert sich zu dem Thema, indem er die noch zu wenig bekannte Hacker'sche Schiene für untere Extremitäten (Fixation und kurzdauernde Extension) und eigene Modifikationen an ihr empfiehlt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

61) **L. Engelhardt.** Innenschiene bei Oberarmbruch. (D. M. W. 1915, Nr. 35.)

Die vom Verf. angewandte Schiene soll die Vorteile eines Tri-

angels bieten unter möglichster Vermeidung seiner Nachteile. Eine Kramerschiene wird nach den Massen der gesunden Seite zurecht gebogen und der Beugefläche des ganzen Arms sowie der Achselhöhle und einem Teile des Thorax angelegt. Das proximale Ende wird durch Bidentouren um Schulter und Brust der gesunden Seite, der übrige Teil am Arm fixiert. Das Ellenbogengelenk steht in rechtwinkliger Beugung, der Oberarm in leichter Abduktion. Die Versorgung von Wunden ist bei diesem Verband leicht möglich.

M. K.

62) **Borchers.** Die Behandlung der Oberarmschussbrüche mittels „Extensionstriangel“. (M. m. W. 1915, Nr. 32.)

Bei dem gewöhnlichen Triangelverbande wird der Arm leicht nach innen rotiert. Da durch die Aussenrotatoren die Innenrotation des oberen Fragments behindert wird, entsteht oft eine Dislocatio ad peripheriam. B. liess den nach unten gerichteten unteren Schenkel stärker beugen und eine Auswärtsdrehung machen; dadurch erfährt auch das untere Humerusfragment eine Drehung nach aussen. Er stellt die Schiene aus einer Kramerschiene her und macht den dem Oberarm anliegenden Schenkel so lang, wie die Entfernung der Ellenbeuge von der Achselhöhle der gesunden Seite beträgt. Das ermöglicht, wenn man den Unterarm um den unteren Winkel der Schiene herumhebelt, eine Ausgleichung der Längsverschiebung und Festhaltung der Fragmente in dieser Extension. Mit diesem Verband konnten selbst schwerste Oberarmbrüche ambulant behandelt werden.

M. K.

63) **Nussbaum.** Die Mitellabehandlung der Oberarmschaftbrüche. (M. m. W. 1915, Nr. 26.)

Verf. schildert eine Methode, durch die es ihm gelang, selbst solche Oberarmbrüche, welche nahe an den Ellenbogen und an die Schulter heranreichen, mit Hilfe eines dreieckigen Tuches, eines Spreukissens und einiger Sicherheitsnadeln in den meisten Fällen zur Heilung zu bringen. Sowohl der funktionelle wie auch der kosmetische Erfolg waren befriedigend.

M. K.

64) **H. L. Heusner.** Ueber künstliche Glieder. (D. m. W. 1915. Nr. 16.)

Verf. bespricht die Vorteile der von verschiedenen Autoren angegebenen Prothesen und beschreibt dann eine neue, von ihm konstruierte, in der er die Vorteile der anderen zu vereinigen suchte. Die Einzelheiten werden durch Abbildungen erläutert. Er empfiehlt frühzeitig mit Massage und Uebungen des Stumpfes zu beginnen.

M. K.

65) **H. Spitzzy.** Zur Frage der Armprothesen. (M. m. W. 1915, Nr. 34)

Das Prinzip bei der Herstellung der Prothesen beruht auf der — auch in einer Arbeit von Dr. Rosenstraus vorgeschlagenen — Ausnutzung der Muskelgruppen des gesunden Armes für die Bewegungen des künstlichen Gliedes. So wurde ein Vorderarm hergestellt, der mittels Rolle und Schnurübertragung durch den M. deltoideus im Ellenbogen gebeugt wird. Ein Zug, der von der Prothesenhand über die Streckseite und den Rücken zur gesunden Schulter läuft, dient zum Oeffnen und Schliessen der Finger. Der Mann konnte seinen Beruf als Kirchendiener erfüllen. Wenn man nur weiche Lederne Ueberzüge über die Stümpfe benutzt, an welche mittels Schnallen und Riemen die Werkzeuge befestigt werden, so wird die Hautsensibilität des Stumpfes ausgenützt, und man schafft eine „sensible“ Prothese. Sie muss dem Beruf des Trägers entsprechend konstruiert werden, eine Schneiderhand ist z. B. ganz anders als solche für einen Postdiener. Der Stumpf wird umso brauchbarer, je länger er ist.

M. K.

66) **P. Bade.** Ein Vorschlag zur Herstellung eines künstlichen Armes. (M. m. W. 1915, Nr. 34)

Verf. benutzt als Stütze für den Arm ein Drahtgerüst, das den Ersatz der fehlenden Knochen darstellt; um die Drähte wird Polsterwatte gewickelt und durch Bidentouren befestigt. So werden die Formen von Arm und Fingern hergestellt, um das Ganze wird ein Tricot Schlauch gezogen und durch einige Nähte mit der Unterlage befestigt. Die Drähte gehen oben becherförmig auseinander, so dass der Stumpf in den Becher hineinpasst. Damit die Drähte nicht drücken, wird der Stumpf mit mehreren Trikotlagen überzogen; nachdem er in den Drahtbecher hineingebracht ist, werden in Zelluloid getauchte Binden herumgelegt. Die Vorteile dieses hauptsächlich kosmetischen Zwecken dienenden Arms bestehen darin, dass das knappe und teure Leder erspart wird und dass er leicht, bequem und billig ist. Vermöge der Biogsamkeit des Drahtes lassen sich Hand und Vorderarm mittels des gesunden Arms auch in eine Stellung bringen, bei der leichte Gegenstände getragen werden können.

M. K.

67) **Rosenstraus.** Vorschlag zu kombinierten Bewegungen von Prothesen mit Hilfe des gesunden Gliedes durch Schnurübertragung. (M. m. W. 1915, Nr. 28.)

Einem Manne, dem ein Granatstück den rechten Arm völlig weggerissen hatte, formte Verf. aus Aluminiumschienen nach den

Umrissen des linken Arms einen Ober- und Unterarm mit Scharnier als Ellenbogen und einem Aluminiumbügel als Hand, an den seitlich eine Stahlfeder zum Einklemmen der zu fassenden Gegenstände angenietet wurde. Die Prothese wurde mittels Gipstouren an dem zur Hälfte miteingegipsten Thorax befestigt. Kleine, in einem Ring laufende Rädchen wurden eingegipst, auf diesen läuft eine dünne Lederschnur vom Unterarm der Prothese bis zu einem an dem gesunden Unterarm befestigten Lederriemen. Pat. schreibt mit der linken Hand, wobei er das Papier mit der Prothese festhält, klemmt eine Gabel ein und kann seine Mahlzeiten selbst schneiden, auch die Prothese zum Munde führen. Verf. glaubt, dass diese ganz primitive Vorrichtung in geeigneten Werkstätten zweckmässig ausgebaut werden könnte.

M. K.

68) **Bonne.** Eine künstliche Hand mit automatischer Greifbewegung. (M. m. W. 1915, Nr. 18.)

Damit eine künstliche Hand die erforderlichen Verrichtungen ersetzen kann, muss der Daumen mit breiter Fassfläche den 4 Fingern gerade gegenüber stehen, sodass er mit den Fingern zusammen wie eine Klammer wirkt. Das primitivste Modell ist eine starke Zeitungsklammer. An ihr wird ein Riemen befestigt und durch Rockärmel und Hosenbein zu einem Steigbügel geleitet, in welchem der Fuss steht. Durch eine einfache Fussbewegung wird die Klammer geöffnet und geschlossen.

M. K.

69) **Spitzky.** Hebeapparat für Hand und Finger bei Radialislähmung. (M. m. W. 1915, Nr. 6.)

Zwischen dem Eintritt der Radialislähmung und der Möglichkeit, sie zu beheben, bleibt immer, selbst nach erfolgreicher Nerven-naht, ein längerer Zwischenraum, in dem die Hand das Bild der Hängehand zeigt und fast ganz funktionsunfähig ist. Diese Lähmungsstellung kann für die Leistungsfähigkeit der Hand sehr gefährlich werden und muss möglichst schnell beseitigt werden. Der vom Verf. für diesen Zweck konstruierte Apparat besteht aus einer Leder-manschette, die am Unterarm befestigt wird; von ihr geht eine Feder aus, die an der Handfläche entlang bis zum Fingeransatz führt und ein Querstück trägt, welches so lang ist wie die 4 Finger breit sind, und die ersten Phalangen genau in ihrer Mitte stützt. Eine besondere Abduktionsfeder dient dazu, den Daumen aus dem Arbeitsbereich der übrigen Finger zu bringen.

M. K.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

- 1) **Janssen.** Frühdiagnose der Wirbeltuberkulose. (M. m. W. 1915, Nr. 35.)

Verf. bespricht die differentialdiagnostische Bedeutung der Spinalgie, der paravertebralen Dämpfung, der Pleuritis, der Neuralgie, des Rheumatismus, der Appendicitis und gibt dann im Zusammenhang die Symptome einer beginnenden Wirbeltuberkulose sowie die Grundzüge der Therapie. Bei der konservativen Behandlung bevorzugt er die Ganzbestrahlungen vor den Teilbestrahlungen sowohl beim Sonnenlicht wie bei der Quarzlampe. M. K.

- 2) **Galli.** Ueber Spondylitis typhosa (Quincke). (M. m. W. 1915, Nr. 15.)

Der vom Verf. geschilderte Fall betraf einen 59jährigen Mann; die Spondylitis war gegen Ende des Abdominaltyphus aufgetreten. Erst einen Monat nach den Fiebererscheinungen, welche eine Komplikation ankündigten, zeigte sich der charakteristische Schmerz in der Lumbalgegend. Nach Anlegung eines Gipskorsetts trat allmählich vollständige Heilung ein. M. K.

- 3) **Schmidt.** Ueber den angeborenen insbesondere doppel-seitigen Schulterblatthochstand. (Dissert. Heidelberg 1915.)

Sch. berichtet zunächst kurz über die bis jetzt verzeichneten ätiologischen Ursachen und über die Therapie und Prognose dieser Erkrankung und bringt dann die Krankengeschichte eines Falles aus der Vulpus'schen Klinik, der ausser dem doppelseitigen Hochstand der Schulterblätter gleichzeitig weitere Anomalien darbot, die in Bezug auf die in neuester Zeit als Aetiologie angesprochenen Momente massgebend sind und auf eine schwere Entwicklungshemmung während der ersten Foetalzeit hindeuten, wo die Schulterblätter noch hoch standen, durch welche der bekannte Descensus der Skapula verhindert wurde. Blencke, Magdeburg.

- 4) **Bernheim-Karrer.** Demonstration eines 11 $\frac{1}{2}$ Wochen alten Mädchens mit fehlerhaft geheilter Epiphysenlösung des linken Humeruskopfes und Pseudoparalyse des linken Armes. Gesellschaft der Aerzte in Zürich 7. XI. 14. (Korrespzbl. f. Schweiz. Aerzte. 45. Jahrg., Nr. 10, p. 308.)

Das demonstrierte Kind war eine Zangengeburt, Gesichtslage; es mussten Schultze'sche Schwingungen zur Belebung gemacht werden. Bald nach der Geburt wurde eine Lähmung des linken Armes konstatiert. Der linke Arm ist leicht einwärts gerollt, im Schultergelenk wird er nur etwas gehoben und abduziert, im Ellenbogen gestreckt gehalten, Vorderarm und Hand in starker Pronation. Typische Symptome einer oberen Plexuslähmung. Radiogramm zeigt den oberen

Epiphysenkern lateral gelagert, die Diaphyse medialwärts verschoben und mässig rotiert. Die Verletzung wird entweder durch die Zangenspitzen oder die Schwingungen zustande gekommen sein.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 5) **Scherb.** Epiphysenlösung des Oberarmkopfes. Gesellschaft der Aerzte in Zürich. 21. XI. 14. (Korrespdzbl.f.Schweiz. Aerzte. 45. Jahrg., Nr. 11, p. 348.)

Votr. demonstriert einen Säugling mit Epiphysenlösung des Oberarmkopfes. Eine Dislokation des oberen Humerusendes nach hinten und unten ist bemerkbar. Lähmungserscheinungen fehlen. Der Humerus kann aus dieser Subluxationsstellung mit einem Ruck in die normale gebracht werden. Bei »Entbindungslähmungen« handelt es sich primär um Knochen- oder Gelenksverletzungen, die Lähmung ist sekundär. (Im demonstrierten Fall noch nicht vorhanden.) Für die Praxis ergibt sich daraus, dass man bei jeder Entbindungslähmung auf eine Knochen- oder Gelenksläsion fahnden soll und diese chirurgisch beseitigen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 6) **Henschen.** Fall von Periarthritis humero-scapularis. Gesellschaft der Aerzte in Zürich. 19. XII. 14. (Korrespdzbl. f. Schweiz. Aerzte. 45. Jahrg., Nr. 16, p. 504.)

Ein 30 jähriger Militärpatient litt seit 5 Jahren an Schmerzen in der linken Schulter, die besonders das Armheben hinderten. Seit 3 Wochen stärkere Beschwerden. Erschwerte Abduktion bei Festhalten des Schulterblattes, freies, aber schmerzhaftes Drehen im Schultergelenk, Druckempfindlichkeit an der Oberarmaussenfläche dicht unter dem Akromion, Atrophie der Schultermuskulatur, besonders des Deltoides. Im Radiogramm unterhalb des Akromion eine perlschnurartige Reihe erbs- bis mandelgrosser Gebilde an der Aussenseite des Oberarmkopfes. Es handelt sich um eine adhäsiv produktive Entzündung der Bursa subacromialis, welche zur Abscheidung von Kalk- und Knochenkonkrementen ins Innere des Schleimbeutels führt. Wenn eine medikomechanische Behandlung versagt, muss die operative Entfernung des erkrankten Schleimbeutels vorgenommen werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 7) **Brickner.** Prevalent fallacies concerning subacromial bursitis. Its pathogenesis and rational operative treatment. (The Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. CXLIX, Nr. 3, p. 351.)

Verf. berichtigt die Auslegung einiger bis jetzt bei subakromialer Bursitis noch häufig falsch gedeuteten Symptome, bespricht die Technik der von ihm dabei angewendeten Operation und die Nachbehandlung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 8) **Henschen.** Operative Behandlung einer kombinierten Trapezius-Serratuslähmung durch Muskel- und Faszioplastik. Gesellschaft der Aerzte in Zürich. 19. XII. 14. (Korrespdzbl. f. Schweiz. Aerzte. 45. Jahrg., Nr. 16, p. 505.)

Vorstellung eines 27 jährigen Mädchens, das nach einer Lymphomexstirpation am Halse eine fortschreitende Lähmung des rechten Serratus und Trapezius davongetragen hatte. Der Serratus wurde durch die sterno-kostale Portion des pect. maj. ersetzt, deren Sehnenansatz am Oberarmknochen abgetrennt und in eine Trepanationsöffnung des unteren Skapularwinkels festgenäht wurde. Der abgespaltene Pektoralisteil ersetzte den ausgefallenen Serratus funktionell vollkommen, die Hebefähigkeit des Armes kehrte wieder. Durch die fortschreitende Atrophie des Cucullaris ging aber die physiologische Voraussetzung der Serratuswirkung, d. h. die Fixation des ang. med. scapulae bei der zur Hebung des Armes notwendigen Drehung des Schulterblattes verloren. Zweite Operation: Fixation des oberen inneren Winkels der Skapula durch ein frei überpflanztes Faszienband an der Wirbelsäule. Arbeitsfähigkeit vollkommen wiedergekehrt. Aber durch fortschreitende Atrophie, auch der oberen Trapeziusabschnitte, Herabsinken des rechten Schlüsselbeins, bezw. der Schulter, rechter Arm erschien um vieles länger. Aus kosmetischen Gründen eine 3. Operation: Höherhängen der Schulter durch ein langes Faszienband aus der Fascia lata, Befestigung an der Wirbelsäule und an Akromion und Clavicula. Nun sind beide Schultern gleich.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 9) **Reich.** Osteoplastische Freilegung des Armnervengeflechts unterhalb des Schlüsselbeins. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 1, p. 152.)

Die im Frieden vorkommenden seltenen Armplexusverletzungen erheischen meist ein Freilegen oberhalb des Schlüsselbeins. Die im Kriege dagegen, wo es sich um Schusswunden, einen zerrissenen, zerquetschten Plexus handelt, fordern meist ein operatives Eingehen unterhalb der Klavikel. Die Verletzung ist charakteristisch für die moderne Art des Krieges: der Schuss trifft bei Vorgehen in niederbeugter Körperhaltung, im Schützengraben; der Einschuss ist meist in der Unterschlüsselbeingrube, der Ausschuss in der Gegend der Schulterblattspitze. Verf. fand sich in praxi von den vorhandenen Operationsmethoden unbefriedigt und schuf eine neue: zeitweilige osteoplastische Resektion des Schlüsselbeins, die eine gute Uebersicht und freies Operieren gestattet. Der pectoral. min. wird entweder zur Seite gezogen oder — falls keine Fettlappentransplantation stattfindet — nach Ablösung an seinen Rippenansätzen zur Unterfütterung

21*

der Nervenstränge benutzt. Nach beendigter Nervenoperation wird das heruntergeklappte Mittelstück mit gekreuzten Drahtnähten in seiner normalen Lage fixiert. 5 Fälle wurden so erfolgreich operiert. Das Knochenstück ist schon nach 14 Tagen eingeheilt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

10) **Cotton.** An undescribed ulnar nerve trouble, due to tension from scar, and its cure. (The Boston med. and surg. Journ. Vol. CLXXII, Nr. 13, p. 480.)

Verf. teilt 7 Fälle von Nervenschmerzen und partieller Parese des n. ulnaris nur durch Fixation des Nerven in einer Narbe ohne vorhergegangenen Knochenbruch oder permanente Zerrung des Nerven mit. Heilung operativ durch Ausschälen des Nerven und Einbetten in ein Fettlager.

Spitzer-Manhold, Zürich.

11) **L. Katz.** Ein Fall von „Ellenbogenscheibe“, Patella cubiti. (M. K. 1915, Nr. 36.)

Als zufälliger Befund bei einer aus anderm Grunde an einem 37 jährigen Verwundeten vorgenommenen Röntgenuntersuchung zeigte sich an der Streckseite des rechten Ellenbogens, in die Trizepssehne eingebettet, ein von der Spitze des Olekranon nach dem distalen Humerusende gehendes Knochenstück; es ist 4 cm lang, 1 cm breit und ungefähr sichelförmig. Bei der Aufnahme war die Ellenbogenscheibe frakturiert, 3 Monate später erscheint die Bruchstelle geheilt. Patient erinnert sich nicht, bei dem Gefecht ein Trauma am Ellenbogen erlitten zu haben. Die Ursache ist in einer 25 Jahre zuvor erlittenen Fraktur des Ellenbogens mit Knochenabsplitterung zu suchen. An der andern Seite ist die Anomalie nicht vorhanden.

M. K.

12) **Hornung.** Ein Fall von angeborenem beiderseitigen Fehlen des Radiusköpfchens mit knöcherner Vereinigung des proximalen Endes des Radius und der Ulna. (M. m. W. 1915, Nr. 36.)

Eine 16jährige Patientin erlitt eine Verletzung des rechten Unterarms, die Hand kann nicht supiniert werden. Radiusköpfchen nicht fühlbar, Beugung im Ellenbogengelenk frei. Die Patientin gab an, dass sie schon als Kind die Hand nicht „nach oben drehen“ konnte, und zwar sowohl rechts wie links. Das Röntgenbild zeigte die im Titel genannten Anomalien.

M. K.

13) **Kenneth Black.** Dupuytren's contraction. (The Brit. med. Journ. 20. II. 1915, p. 326.)

Verf. teilt seine eigenen Untersuchungen bei Fällen von Dupuytren mit und ist gegen die mechanische Arbeitstheorie, was die Entstehung

des Leidens anbetrifft; er fand es an der linken Hand ebenso oft wie rechts. Nach seiner Ansicht beruht die Erkrankung auf einer inneren, erblichen Disposition (wie Gicht, Rheuma) bei älteren Leuten. Die konservative Behandlung soll erst probiert werden. Bei operativer Therapie gibt er der geschlossenen Methode den Vorzug.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Vulliet.** La luxation du semi-lunaire du carpe. (Rev. méd. de la Suisse Romande. XXXVe année, Nr. 2, p. 57.)

Verf. führt eigene Fälle von Luxation des Mondbeins im Handgelenk an (auch mit Fraktur des Kahnbeins kombiniert), die häufiger vorkommen, als man annimmt, und nach sorgfältiger Untersuchung auch ohne Röntgenbild vom Praktiker diagnostiziert werden können, wodurch bei operativer Therapie (Exstirpation lässt das verletzte Handgelenk besser und schneller heilen als eine Reduktion des Mondbeins) das Endergebnis und die Zahlungsbedingungen für die Unfallversicherungen weit günstigere sein werden, als sie bis jetzt waren.

Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **M. Seedorff** (Kopenhagen). Om Polydaktyli. Et Tilfa Hexadaktyli paa ath 4 Extremiteter. (Ugeskrift for Lager Nr. 17—1915. Pag. 637—642. (Figur.)

Ein Fall von Hexadaktylie aller vier Extremitäten. Ein jeder der überzähligen Finger und Zehen hatte eigene Mittelhand- und Handwurzelknochen oder Mittelfuss- und Fusswurzelknochen. Die Literatur besprochen. Nichts Neues. Panum, Kopenhagen.

16) **Jubb.** A family with congenital deformity of fingers. (The Brit. med. Journ. 2. I. 1915, p. 15.)

Bei einer Schulinspektion hatte Verf. Gelegenheit, 5 Fälle angeborener Fingerdeformität bei 4 Kindern und deren Mutter zu beobachten. Beide Hände sind gleichmässig befallen, die Finger infantil, jede Phalanx halb so gross wie eine normale, die Nägel klein. Die Kinder sind alle etwas geistig zurückgeblieben. Sie können infolge des Defektes nicht gut schreiben, das Mädchen ausserdem nicht nähen. Von anderen Missbildungen ist noch ein stark gewölbter, steiler Gaumen beim Mädchen zu beachten. Vater und Mutter sind Vetter und Base. Keine Missbildungen in der Aszendenz bekannt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

17) **Noeske.** Fingerplastik. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 6. III. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 32.)

N. zeigte mehrere Fälle, in denen er durch Stiellappen-Fernplastik einen völlig brauchbaren Ersatz für den abgeschossenen oder zertrümmerten Finger geschaffen hatte. Eine fingerdicke Weich-

teilrolle wird aus Haut und Fettgewebe der Brust gebildet, dann ein Knochenstück mit Periost in den trichterförmig ausgehöhlten Stumpf des Fingers frei übertragen. Bei einem Schriftsteller wurde so ein neuer Zeigefinger gebildet, der Knochen heilte in 14 Tagen wie eine Fraktur ein. Der Finger kann im Grundgelenk bewegt und an den Daumen fest angelegt werden. Bei Verkürzung von Fingern zieht N. einen Faden durch den peripheren Teil des Fingernagels, die beiden Enden werden straff um eine Schraube angezogen, die an dem äussersten Ende eines Handbrettes befestigt ist, welches die Hand in Streckung schient. M. K.

18) **H. Scheuermann** (Kopenhagen). Erfäringer ved Behandling og Röntgenundersögche af Luxatio coxae congenita. (Ugeskrift for Laeger. 1915, N. 19, Pg. 731—741.)

Mitteilungen aus der Klinik der dänischen Krüppelanstalt zu Kopenhagen („Samfundet og Hjemet for Vanføre“ — Professor Panum) über Behandlung und Röntgenuntersuchung von angeborener Hüftverrenkung (101 Fälle im Laufe der Jahre 1911—13). Reposition nach Lorenz. Von Streckung der Adduktoren und Dehnung der vorderen Kapselwand wurde kein Nachteil beobachtet. Gipsverband vom Rippenwinkel bis zu den Knöcheln. Gipsbehandlung 8 Monate in zwei Verbänden zu je 4 Monaten. Das Kind geht während der ganzen Behandlungszeit. 5 mal konnte die Reposition nicht durchgeführt werden. 2 mal trat bei der Einrenkung ein Schenkelhalsbruch ein. 1 mal wurde die blutige Reposition mit gutem Erfolg durchgeführt. Anatomische Heilung bei einseitiger Luxation 70—80%, bei doppelseitiger 50—60%. Von jedem Falle wurden 5 Röntgenbilder aufgenommen: 1) vor der Einrenkung, 2) direkt nach dem ersten Gipsverband, 3) ein Monat später durch den Gipsverband, 4) drei Monate später vor Anlage des 2. Gipsverbandes, 5) wiederum 4 Monate später bei Abschluss der Behandlung. Die Aufnahme von stereoskopischen Bildern wurde verlassen, da sie keine besonderen Vorteile bot. Die Röntgenbilder wurden untersucht und mit den klinischen Ergebnissen verglichen.

Verfasser hebt hervor, dass eine horizontale Linie durch die Spalte der Y-Knorpel am unteren Rande der Ossa ilei auf beiden Seiten den Epiphysenkern im Schenkelhalskopf gerade tangieren muss, wenn die Verhältnisse normal sind. Panum, Kopenhagen.

19) **Ashley**. Static dislocation of the hip. (The New-York med. Journ. Vol. CI, Nr. 13, p. 608.)

V. teilt einen Fall mit, in dem es sich um ein 7jähriges Kind mit ausgedehnten Körperverbrennungen 3. Grades handelte. Das

Kind musste lange auf einer Seite liegen mit gebeugtem und abduziertem Bein (wegen der Brandwunden.) Es trat eine Hüftgelenkluxation nach unten und einwärts ein, die später wieder eingerenkt wurde nach Durchtrennung der verkürzten Gewebe. Die Luxation war eine rein mechanische, das Hüftgelenk und der Bandapparat waren vorher immer gesund gewesen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **K. Michelsen.** Fünf Fälle der Calvé-Perthesschen Krankheit. (D. m. W. 1915. Nr. 8.)

Verf. beschreibt 5 Fälle der Osteochondritis deformans juvenilis coxae, welche Kinder von 4—9 Jahren betrafen. Anfangs nahm man eine beginnende Coxitis tuberculosa an, aber Röntgenbild und Verlauf sprachen dagegen, die Tuberkulinreaktion war bei dreien positiv, bei zweien negativ. Der Verlauf war bei allen günstig und nahm 10 Monate bis 1½ Jahr in Anspruch. Bei der Entlassung konnten die Patienten ohne Schmerzen gut und andauernd gehen, 3 mit leichtem Hinken. Auf dem Röntgenbild ist das Caput femoris deformiert und verkleinert; die obere Epiphyse zeigt hellere und dunklere Partien, die Epiphysenlinie ist unregelmässig, das collum ist breiter und plumper als in der Norm. Bei fortschreitender Heilung verschwinden diese Veränderungen allmählich, doch bleibt eine Coxa vara-Stellung bestehen. Aetiologisch fanden sich keine bestimmten Anhaltspunkte. Verf. ist der Ansicht, dass gewisse Analogien mit der Köhlerschen Krankheit bestehen. Therapeutisch empfiehlt er Ruhe durch immobilisierende Verbände, dabei tägliche Massage der Muskeln.

M. K.

21) **Angerer.** Oberschenkelfrakturen. Wissensch. Abend der Militärärzte der Garnison Ingolstadt. 19. XII. 1914. (D. m. W. 1915. Nr. 6.)

Vortr. berichtet über 31 Oberschenkelbrüche. In einem Fall musste wegen Phlegmone die Amputation, in einem andern die Exartikulation gemacht werden, bei zweien wurde später wegen Sepsis amputiert. Die andern 27 Fälle heilten ziemlich rasch, am besten diejenigen, welche rechtzeitig in Extensionsbehandlung kamen. Patienten, welche eine Verkürzung von mehr als 2 cm behielten, waren entweder im Gipsverband oder erst nach einiger Zeit mit Extension behandelt worden.

M. K.

22) **Handl.** Zur Behandlung der Oberschenkelgeschossbrüche (M. m. W. 1915, Nr. 19.)

Die vom Verf. beschriebene Vorrichtung besteht aus einem Brett als schiefe Ebene für den Oberschenkel, das um ein Scharnier bewegt

und heruntergelassen werden kann, sodass die ganze Rückfläche des Oberschenkels der Behandlung zugänglich wird. An das Brett schliesst sich eine Lade für den Unterschenkel an und senkrecht zu ihr das Fussbrett, das an 2 Holzleisten befestigt ist und herausziehbar ist, dem Unterschenkellager aber nur bis auf etwa 10 cm genähert werden kann. Der Fuss kann gut fixiert werden, dadurch wird eine schwere Gewichtsbelastung häufig überflüssig. Die Schiene kann von jedem Tischler angefertigt werden.

M. K.

23) **M. Alexander.** Zur Behandlung der Oberschenkel-schussbrüche im Kriege. (B. kl. W. 1915, Nr. 32.)

Nach den Erfahrungen des Verf. soll der Gipsverband nur zur Anwendung kommen während des Transports, bei frischen Durchschussbrüchen mit kleinen, nicht infizierten Wunden und in späteren Wochen, wenn der Eiterungsprozess bereits abgelaufen ist. Bei grösseren Zerstörungen der Extremität und bei infizierten Fällen leistet der Schienenstreckverband bessere Dienste.

M. K.

24) **Tubby.** A method of treating compound fractures of the femur due to projectiles. (The Brit. med. Journ. 24. IV. 15, p. 705.)

Verf. beschreibt einen einfachen Apparat für komplizierte Oberschenkelbrüche durch Geschosse. Wenn die Wunden nicht zu stark sezernieren, so ist er gar nicht dem Gipsverband abgeneigt. Der Apparat besteht aus Gips und schmiedeeisernen Verstärkungsschienen, ermöglicht einen weiten Transport des Verwundeten und nimmt durch die Extension und Feststellung der Extremität sofort alle Schmerzen. Später kann der Pat. auch im Apparat gehen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Hohmeier.** Die Behandlung der Schussfrakturen des Oberschenkels mit besonderer Berücksichtigung der Nagelextension. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 2, p. 255.)

Nach seinen Erfahrungen bei komplizierten Oberschenkel-frakturen mit Dislokation der Fragmente spricht sich Verf. für die Steinmannsche Nagelextension aus, die Gefahr der Infektion konnte in den angeführten Fällen auch selbst im Kriegslazarett vermieden werden, die Resultate waren gut.

Spitzer-Manhold, Zürich.

26) **Wildt.** Vereinfachte Streckbehandlung der Knochenbrüche der Beine. (M. m. W. 1915, Nr. 26.)

Verf. beschreibt einen einfachen Extensionsapparat, mit dem man eine zuverlässige Gegenextension erzielen kann, wenn man das verletzte Bein auf eine kurze, steil ansteigende schiefe Ebene legt. Man erreicht das mit Hilfe eines Brettes, dessen Fussende auf den

Querteil des Bettes aufgelegt wird. Das Knie wird in Beugstellung gebracht und durch ein passendes Polster gestützt. Auf diese Weise kommt der Oberschenkel in eine sehr starke Neigung zu der schiefen Ebene.

M. K.

27) **Woolf.** Removal of a shrapnel time-fuse from the left shoulder. (*Lancet*. 31. VII. 15, p. 223.)

Gewöhnlich sind die lädierenden Geschossstücke sehr klein. Als Kuriosität berichtet Verf. von einem Schrapnellzünder, der etwa 11 Unzen (ca. $\frac{3}{4}$ Pfund) wog und bei einem Soldaten eine komplizierte Fraktur des linken Humerus verursachte und aus der Wunde am hinteren Rand des Deltoideus extrahiert wurde. Abbildung des Geschossstückes und Beschreibung einer Modifikation der Thomas'schen Armschiene, die angewendet wurde und ein hohes Hinaufbinden des Armes sowie häufiges Verbinden bei bester Kontention der Fragmente erlaubt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Sandes.** »Trench back« treated by sodium salicylate ionization. (*Brit. med. Journ.* 7. VIII. 15, p. 215.)

Der Verf. braucht den Namen »Schützengrabenrücken« für einen Komplex von Symptomen, verursacht durch eine Verletzung der Sakro-Lumbalregion durch Zusammendrücken durch grosse und schwere Massen (Erde oder Sandsäcke). Die Klagen betreffen Schmerzen und Steifigkeit in der Dorsolumbalregion, die Grade der Beschwerden sind verschieden. Eine Röntgenuntersuchung muss feststellen, ob es sich nicht um Wirbelsäulen- oder Beckenverletzungen handelt. Fälle mit Anästhesie der Rückenregion sind nicht für die vorgeschlagene Ionisierungsbehandlung geeignet, wohl aber die, wo es sich nur um Kontusionen und Zerrungen von Muskeln und Faszien handelt. Ein breiter Stofflappen, der den ganzen Rücken deckt, wird mit 1% Nalicylicum-Lösung imbimbiert und auf den Rücken gebunden. Dann lässt man den elektrischen Strom in den feuchten Verband einschleichen und verstärkt ihn allmählich (von 30—100 Milliampère im Verlauf der Sitzungen). Gegen Schluss der Sitzung (15 Minuten) Abschwächen des Stromes. Wöchentlich 2mal Sitzung. Oft schon nach dem ersten Mal erhebliche Besserung. Manche Fälle neigen zu Blasenbildung der Haut. Ohne Belang. Sterilisiertes Wasser zu der Lösung brauchen, um das Vorhandensein anderer störender Salze zu vermeiden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Coues.** Luetic bursopathy of Verneuil: report of a case of the congenital type. (*Boston med. and surg. Journ.*, Vol. CLXXIII, Nr. 1, p. 18.)

Ein 13jähriger Knabe fällt auf den rechten Ellbogen. Schmerzen, Schwellung. Eröffnen des Gelenkes. In der bursa gummiartiges,

Zentralblatt für Orthopädie Bd. IX, H. 11.

22

Es entstand eine Luxation im Lisfranc'schen Gelenk, die Metatarsalia I, II und III sind vollständig lateral luxiert, die Metatarsalien IV und V subluxiert und das Os cuneiforme III ist dorsal luxiert. Wird die Verrenkung im Lisfranc'schen Gelenk richtig erkannt und frühzeitig eingerichtet, so ist die Prognose günstig, später gelingt die unblutige Reposition selten, aber mit einem geeigneten Stiefel können die Patienten verhältnismässig gut und ohne Schmerzen gehen.

M. K.

44) **P. Burger.** Zur Klapp'schen Drahtextension am Kalkaneus. (M. m. W. 1915, Nr. 1).

Verf. schildert die Technik der von Klapp angegebenen Improvisation, welche die Steinmann'sche Nagelextension zu ersetzen geeignet ist. Die Zugfestigkeit eines 1 mm dicken Drahtes genügt für alle in Betracht kommenden Belastungen. Die Schmerzhaftigkeit der Drahtextension ist sehr gering. Das Verfahren ist auch in der Friedenschirurgie zu empfehlen.

M. K.

45) **Waechter und Sonnenschein.** Painful heels due to exostosis of the os calcis. (New-York med. Journ., Vol. CII, Nr. 4, p. 190.)

Vv. teilen Krankengeschichten von Patienten mit, die alle wegen Plattfuss mit Einlagen behandelt wurden. Die Stellung des Fussgewölbes besserte sich, aber die Schmerzen blieben bestehen, bis durch ein Radiogramm der wahre Sachverhalt aufgeklärt wurde: Vorhandensein von Kalkaneussporen, nach deren operativer Entfernung das Leiden geheilt war. Man kann fürs erste bei Operationsscheuen das Tragen eines Filzstückes mit Ausschnitt für den Fersensporn verordnen, dieses Verfahren eignet sich aber nicht zum Heilen des Leidens, die Filzplatte verschiebt sich auch leicht, und die alten Beschwerden sind wieder da. Einzige rationelle Heilung: Abtragen des Spornes. Spitzer-Manhold, Zürich.

46) **Falla.** Note on a case of supernumerary toes. (The Lancet. 9. I. 15, p. 72.)

Ein 22 jähriges Mädchen hatte rechts 8 vollkommen entwickelte Zehen, die den Fuss breit machten und Beschwerden durch das Uebereinanderliegen verursachten. 3 Zehen lagen auf der einen Seite der Grosszehe, 4 auf der anderen, jede artikulierte mit einem eigenen Metatarsalknochen. Der linke Fuss war normal, auch sonst waren in der Familie keine Missbildungen vorhanden. 3 Zehen wurden im Metatarsalgelenk exartikuliert. Gutes funktionelles Resultat.)

Spitzer-Manhold, Zürich.

47) **G. Magnus.** Die Klumpfussbehandlung in der Praxis. (Med. Klinik 1914. Nr. 35.)

Verf. bespricht in einem klinischen Vortrag zunächst die Anatomie und Aetiologie des Klumpfusses, sowie die Theorien der intrauterinen Entwicklung der Deformität. Für die Therapie empfiehlt er, mit der Redression und fixierenden Verbänden frühzeitig zu beginnen. Im Krankenhause kann man durch allmähliche Ueberkorrektur, Massage und passive Bewegungen befriedigende Resultate erzielen, für die Praxis ist das forzierte Redressement in einer Sitzung am zweckmässigsten. Der Gipsverband ist den Heftpflasterverbänden vorzuziehen, er kann unter der nötigen Kontrolle 2—3 Monate liegen und wird dann erneuert; die Behandlung dauert ungefähr ein Jahr. Wenn bei einem Nadelstich in die Fusssohle das Kind den Fuss zur Abwehr in Supination stellt, so besteht noch Rezidivneigung. Zur Beseitigung der Innenrotation empfiehlt Verf., die ersten Verbände so anzulegen, dass beide Füße auf derselben Schiene fixiert werden. Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist häufig nach dem Redressement noch die Tenotomie der Achillessehne notwendig.

M. K.

48) **Boux.** Pied talus paralytique. Soc. vaud. de méd., Lausanne, 9. I. 15. (Korespzb. f. Schweiz. Aezte. 45 Jahrg., Nr. 26, p. 825.)

Nach Kinderlähmung resultierte bei einem jungen Mädchen ein Klumpfuss, der durch Transplantation eines 10 cm langen Knochenstückes zwischen der angefrischten Basis des Metatarsale V und einer Kerbe an der Vorderfläche der Fibula gebessert wurde. Das Transplantat (mit seinem Periost) wurde direkt unter die Haut gelagert, wuchs aber sehr gut an und immobilisiert jetzt, nach einigen Monaten, den Fuss aufs beste.

Spitzer-Manhold, Zürich.

49) **Matti.** Zur Behandlung des paralytischen Klumpfusses. (D. Zschr. f. Chir. Bd. 133, H. 1, p. 99.)

Verf. empfiehlt (Krankengeschichten und Illustrationen von ihm erfolgreich operierter Kinderlähmungen) sowohl für Kinderlähmungen als für entsprechende Kriegsverletzungen, (partielle Ischiadikusläsion mit Streifung der Peronealbahn) die Operation nach seiner Methode, einer Modifikation und Kombination anderer schon bekannter Verfahren. Nach dreierlei Arten macht er die plastische Sehnenoperation.

1. Entweder: durch freie Transplantation eines von der langen Peronealsehne abgespaltenen Sehnenstückes wird dem m. tibialis ant. ein zweiter Ansatzpunkt am Köpfchen des Metatarsale V geschaffen, eventuell werden gleichzeitig die Peronealsehnen verkürzt.
2. Oder die Peronealsehne wird verkürzt und die Peronealfunktion ersetzt durch Transplantation eines lateralen Lappens vom m. tibiali

37) **Sympson.** Necrosis of half a patella. (Lancet. 14. VIII. 15, p. 339.)

Ein 73jähriger Mann fiel vor einigen Monaten aufs rechte Knie. Es trat eine Eiterung ein und unter den nekrotischen herausgeleiterten Knochenstücken befand sich auch die halbe Kniescheibe. Das übrige heilte unter entsprechender Behandlung wieder aus.

Spitzer-Manhold, Zürich.

38) **Kretzschmar, Ernst.** Ein Beitrag zur Lehre von den vorderen Stützpunkten des Fusses und den Mittelfussfrakturen durch indirekte Gewalt. (Dissert. Giessen 1914.)

K. untersuchte 300 Füße genau auf Schwielenbildung bei gutem Fussgewölbe. Die Untersuchten waren Gefangene und gehörten alle den arbeitenden Abteilungen an, welche genötigt waren, den ganzen Tag ihre Arbeit stehend zu verrichten. Auf Grund dieser Untersuchungen an den Schwielen, denen er entgegen anderen Autoren eine entscheidende Bedeutung beilegt, erachtet er die Köpfchen des 1. und 5. Metatarsus als die am tiefsten stehenden und deshalb als die vorderen Stützpunkte des Fusses, was ja auch die Messungen der Röntgenaufnahmen durch R. Fick bestätigen. So erklärt sich denn auch die Häufigkeit der Fraktur des 2. und 3. Metatarsus, nicht weil sie die vorderen Stützpunkte des Fusses sind, sondern weil sie erst durch Uebermüdung und Durchsinken des Fussgewölbes zu solchen gemacht werden, wie es fast ausschliesslich vorkomme bei Soldaten nach ermüdenden Märschen. Wichtig ist die Lehre von den vorderen Stützpunkten besonders für die Plattfusstheorie. Sind 1. und 5. die vorderen Belastungspunkte, so haben wir es mit einem Durchsinken des Gewölbes zu tun und mit dem Pes planus, während wir hiervon streng den Knickfuss, den Pes valgus, unterscheiden müssen, bei dem wir die vorderen Stützpunkte im Köpfchen des 2. und 3. Metatarsus suchen müssen, wodurch erst ein Umknicken eintreten kann.

Blencke-Magdeburg.

39) **W. Katz.** Eine Notprothese für die untere Extremität mit Extensionswirkung. (M. m, W. 1915, Nr. 37.)

An einem Besenstiel werden 4 Bandeisenstücke von $2\frac{1}{2}$ cm. Breite befestigt und so umgebogen, dass sie senkrecht nach oben stehen, die Länge der einzelnen Stücke wird durch Messung am Patienten selbst bestimmt. Es entsteht ein korbartiges Gebilde, an dessen oberem Rande ein Gehring angefügt wird. Dieser wird nach vorheriger Polsterung mittels zirkulärer Gipstouren am Stumpf befestigt und dann das Eisengerüst angegipst. Der Stumpf wird unter Freibleiben der Wandfläche mit Mastisol bestrichen und eine Trikotschlauchbinde darüber gezogen. Sie wird so lang gelassen, dass man sie zum Zug be-

nutzen kann. Am Boden des Bandeisenkorbes befindet sich ein Haken, der als unterer Angriffspunkt für die Extension dient. Diese Interimsprothese bietet den Vorteil, dass der Patient sehr bald nach der Operation herumgehen kann, ohne dass die Extension unterbrochen wird.

M. K.

40) **Mac. Lean.** Ueber Kompressionsfrakturen des Kalkaneus und Tibiakopfes als Seekriegsverletzung. Marine-lazarett Hamburg. 29. I. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 10.)

In den vom Verf. vorgestellten 2 Fällen kam die Verletzung dadurch zustande, dass unter dem Schiffsdeck, auf dem die Verletzten standen, eine Explosion stattfand; dadurch wurde mit dem Deck der Kalkaneus an den Körper in der Längsrichtung des Beines mit grosser Gewalt herangedrückt. Der Bruch hatte die Form einer bogenförmigen Zusammenstauchung der Spongiosa mit kleinen Absprengungen, neben dem Ansatz der Achillessehne. Bei dem einen Falle wurden die Tibiadiaphysen in den Tibiakopf hineingedrückt und sprengten ihn vollständig auseinander.

M. K.

41) **Lonhard.** Zur Amputationstechnik. (D. militärärztl. Zschr. 44. Jrg. H. 5/6, p. 108.)

Verf. widerspricht der von Moser im Dezember 1914 in Heft 24 der gleichen Zeitschrift veröffentlichten Vereinfachung der Amputationstechnik und der Indikationsstellung für dieselbe. Er selbst hatte mit der Methode keine guten Resultate und beobachtete dabei grosse Blutverluste.

Spitzer-Manhold, Zürich.

42) **Hasebrock.** Der atavistische Spannungsfuss als Ursache von Fussbeschwerden und Felddienstuntüchtigkeit. (M. m. W. 1915, Nr. 29.)

Die Beschwerden sind die Folgen von Belastungsstörungen und meist durch Ueberanstrengung hervorgerufen. Bei lose herabhängendem Unterschenkel steht der Gesamtfuss in leichter Equinovarus-Stellung, der Vorderfuss in Pronation, die Zehen in Ueberstreckung. Der M. tibialis anticus und seine Sehne sowie die Achillessehne und die Sohlenfaszie sind druckempfindlich. Knochen und Gelenke sind normal, aber es besteht eine angeborene Hypertonie der Muskeln. Diese Spannungsfüsse hängen atavistisch mit dem Kletterstützgang zusammen. Die Schmerzen sind der Ausdruck einer Neurose. Die Therapie besteht in Massage und einer besonders konstruierten Stützsohle.

M. K.

43) **Moench.** Ein Beitrag zum Kapitel der seltenen Fussläsionen. (M. m. W. 1915, Nr. 28.)

Infolge Sturzes mit dem Pferde kam der Fuss des Patienten zwischen den Körper des Pferdes und eine Strassenbahnschiene,

honigähnliches Material, 2 wurmzerfressene Knochenfragmente. Der krankhafte Prozess war nur auf die Bursa beschränkt, nicht im Gelenk, Heilung auf spezifische Kur. Die Syphilis der Schleimbeutel bleibt häufig unerkannt. Ein Trauma aktiviert den Prozess.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Davies.** Traumatic injuries to phalangeal epiphyses. (Lancet. 7. VIII. 15, p. 285.)

Verf. bringt die Krankengeschichten und Abbildungen der Finger zweier begeisterter Kricketspieler, Vater und Sohn. Die Verletzung des Vaters vor Jahren blieb unbehandelt. Resultat: Dislokation der Epiphyse, Steifheit des Fingers, rechthecliche Stellung. Starke Behinderung bei allen möglichen Funktionen der Hand. Beim Sohn wurde die Verletzung sofort fachgemäss behandelt, geröntgent. Bei ihm handelte es sich um keine Dislokation der Knochen, nur um einen synovialen Erguss und Schwellung der Weichteile.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Clarke.** Congenital hereditary absence of some of the digital phalanges. (The Brit. med. Journ., 14. VIII. 15, p. 255.)

Verf. teilt zwei eigene Fälle bei einer Mutter und ihrem dritgeborenen Kind mit: Fehlen der mittleren und Endphalangen am kleinen und Ringfinger beider Hände. An Zeige- und Mittelfingern fehlen die Mittelphalangen. In der Familie sind ähnliche erbliche Missbildungen vorhanden. Die Funktion der Hände ist nur mässig behindert, Schwierigkeiten beim Stricken. Beim Neugeborenen ist von anderen Missbildungen noch eine Hypospadie vorhanden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Hadra.** Ein neuer Verband bei Brüchen der unteren Extremität. (B. kl. W. 1915, Nr. 30.)

Der vom Verf. geschilderte Verband verfolgt den Zweck die Vorteile des Gipsverbandes und des Streckverbandes zu vereinigen. Ein U-förmiges Bandeisestück mit senkrechten Schenkeln von 100 cm aussen und 75 cm innen wird eingegipst. Eine Zugschnur läuft von einem mit Heftpflasterstreifen an der Fusssohle befestigten Brettchen über eine Rolle, welche sich auf dem wagerechten Schenkel des Bandeisens befindet, zu einer Spiralfeder an der Aussenseite des Verbandes. Mit Hilfe dieser Spiralfeder wird ein beliebig zu dosierender Zug ausgeübt.

M. K.

33) **Hansing.** Die Behandlung der infizierten Kniegelenkschüsse. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 97, H. 1, p. 32.)

Die für die Friedenspraxis vorgeschlagene konservative Behandlung der Kniegelenksverletzungen schlug in der Kriegspraxis vollkommen fehl. An 23 eigenen Fällen schildert Verf. das Verfahren, das er als

das beste im Felde erprobt hat. Tritt nach sichergestellter Diagnose (Probepunktion) bei völliger Ruhigstellung des Beines, die man noch durch Bier'sche Stauung unterstützen kann, keine Besserung im Befinden ein (tägliche Temperaturmessungen!), so mache man entweder breite Inzisionen oder eine Arthrotomie. Hat die Punktion hämolytische Streptokokken ergeben, so zögere man nicht mit der Amputation. Verf. braucht den einzeitigen Zirkelschnitt und offene Wundbehandlung. Eine Resektion hat wenig Aussicht auf Erfolg. Das Wasserbett in der Nachbehandlung liess vollständig im Stich. Der Knieverletzte soll möglichst wenig weit abtransportiert werden nach seiner Verletzung. Eine Reamputation wird meist notwendig. Wenn möglich, soll die Patella geschont werden, damit man später eine Gritti'sche Stumpplastik ausführen kann. Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Rosenthal.** Grosses Osteom des linken Kniegelenks. Med. Gesellschaft zu Leipzig. 22. VI. 1915. (M. m. W. 1915. Nr. 31.)

Bei einem Patienten, der schon 5 Spontanfrakturen gehabt hatte, war nach einem unbedeutenden Trauma ein sehr grosser Erguss ins linke Kniegelenk erfolgt; an der Stelle des Ergusses entwickelte sich seit 3 Jahren ein riesiges Osteom. Aetiologisch war kein Anhaltspunkt zu finden. M. K.

35) **Henschen.** Fall von Gelenkmäusen in beiden Kniegelenken. Gesellschaft der Aerzte in Zürich. 19. XII. 14. (Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 45. Jahrg., Nr. 16, p. 506.)

Demonstration eines Falles von doppelseitigen Gelenkmäusen bei einem 28 jährigen Handlanger nach Schlag auf beide Kniee. Sie wurden beiderseits durch Arthrotomie entfernt. Nach der Auffassung des Vortr. beruht die Bildung echter Gelenkmäuse in vorher gesunden Gelenken auf einem pathologischen Prozess, den man am besten als Osteochondritis dissecans bezeichnet. Die Bildung und Abstossung dieser Mäuse spielt sich im Randgebiet bestimmter Gefässzonen, besonders des inneren Gelenkhöckers ab, und es gehen ihr primäre Schädigungen der betreffenden Gefässe voraus, sei es traumatischer oder thrombotischer resp. embolischer Natur. Spitzer-Manhold, Zürich.

36) **Heinlein.** Federndes Knie. Nürnberger med. Gesellschaft und Polikl. 25. III. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 32.)

Bei der Operation des Patienten, der an multipler Chondrombildung litt, wurde festgestellt, dass die Sehne des M. semitendinosus bei der Beugung des Kniegelenks leicht hinter die Exostose gleiten und dabei festgehalten werden konnte. Es lag ferner eine Exostosis bursata vor. Die Störung ist völlig beseitigt. M. K.

ant. auf die Sehne des m. peron. long. am Unterschenkel. Besonders empfehlenswert auch gerade für die Kriegsverletzungen ist die 3. Modifikation: hohe Trennung der Sehne des peron. long., Herausziehen derselben durch ein Knopfloch hinter dem Köpfchen des Metatarsale V und Implantation in die Sehne des m. tib. ant. oberhalb des lig. cruciatum nach subfaszialer Unterminierung des Fussrückens.

Spitzer-Manhold, Zürich.

50) **Finkelstein.** The differential diagnosis of flatfoot. (New-York med. Journ., Vol. CII, Nr. 4, p. 185.)

Die Arbeit ist als Notiz für den Praktiker gedacht, damit nicht alle Fälle von schmerzenden Füßen als Plattfuss (rheumatischen, arthritischen oder tuberkulösen Ursprungs) gedeutet werden. Einige herausgegriffene Krankengeschichten schildern, wie oft der allgemeine Körperzustand erst einen Aufschluss zur Aetiologie des Leidens gibt, z. B. eine metastatische Arthritis mit Infektion vom Nasenrachenraum aus, Gicht und rheumatische Arthritis mit Arterienverkalkung (Röntgenbilder). Häufiges Vorkommen von Schmerzen in einem Fuss als Folge einer Gonorrhoe. Oft wird eine Endarteriitis obliterans im Anfangsstadium, die auch Schmerzen im Fuss macht, übersehen, wenn man nicht ganz genau die Pulsation der Fussarterien (dorsalis pedis, posterior tibialis und der Poplitealgefässe) untersucht. Diese Endart. oblit. wird oft bei russischen Juden beobachtet. Aetiologie dunkel, vielleicht syphilitisch, durch chronischen Alkohol- oder Tabakgenuss verursacht. Frostbeulen als Vorläufer des Leidens werden häufig angegeben. Jeder Fall von Paronychie am Fuss ist auf die Beschaffenheit der Gefässversorgung zu prüfen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

51) **Welty.** Fussstützmaschine für Peroneus-, Tibialis-Lähmungen. (M. m. W. 1915, Nr. 31.)

Die von Spitzzy angegebene U-förmig gebogene Drahtschiene wird derartig verändert, dass die aufsteigenden Schenkel in spitzem Winkel nach vorn gehen und schon etwas oberhalb des Stiefels endigen. Dadurch kann der Fuss durch Aenderung der Winkelstellung in beliebig starke Dorsalflexion gebracht werden. Statt des wagerechten Stückes wird eine Duranaeinlage unter die Braudsohle gelegt und an ihr werden die Stahlschienen befestigt; von diesen geht in der Knöchelgegend eine zweite Schiene schräg nach vorn zu der Einlage.

M. K.

52) **A. Ritschl.** Spitzfusstiefel. (M. m. W. 1915, Nr. 23.)

Verf. beschreibt eine einfache Vorrichtung, die aus einem entsprechend gebogenen Stahldraht besteht, dessen oberes Ende eine

Filzplatte trägt und mittels eines Schnallgurts am Unterschenkel befestigt wird; die unteren Enden des Drahtes werden in den Absatz des Stiefels eingeschlagen. Je mehr man die Drähte oberhalb der Stiefelkappe nach vorn abbiegt, umso mehr wird der Fuss in Dorsalflexion gedrängt, dabei gestatten die elastischen Drähte noch eine aktive Plantarflexion.

M. K.

53) **Ritschl.** Vor- und Nachteile des Stiefelabsatzes sowie die Aufgaben einer vernunftgemässen Fusspflege. (D. m. W. 1915, Nr. 28 und 29.)

Der Stiefelabsatz bewirkt, dass die Unterschenkelachse mit der Längsachse des Fusses einen nach vorn offenen stumpfen Winkel bildet. Bei dieser Stellung ist die Belastung des Fussgewölbes durch den Körper am wenigsten schädlich, weil dabei die Last am weitesten vom Scheitelpunkt des Hebels entfernt ist. Nach mechanischen Gesetzen wirkt bei winkligen Belastungsdeformitäten die Körperschwere um so stärker deformierend, je mehr der Hebelarm, der die Last trägt, sich der Horizontalen nähert; und von den Streckmuskeln wird die grösste Leistung verlangt, wenn sie einen Gliedabschnitt wagerecht zu halten haben. Durch Heben der Ferse oder Auftreten auf eine geneigte Ebene, wie es bei Schuhen mit Absatz der Fall ist, ändern sich die Belastungsverhältnisse, Unterschenkel und Fuss stellen einen doppelt gebrochenen Hebel dar, die Last wirkt jetzt vertiefend auf das Fussgewölbe. Der Absatz hat somit die Bedeutung, während der Belastung zur Erhaltung der Fussgewölbe beizutragen, zugleich verhindert er die Entstehung des Pes valgus. Er hat ferner die Aufgabe, den Fuss in einem gewissen Gleichgewicht zu erhalten, das geschieht um so sicherer, je geringer seine Höhe und je grösser seine untere Fläche ist. Der zu hohe Absatz schädigt nicht nur den Fuss, sondern auch das ganze Knochengerüst, indem er den Körper zwingt, eine ungeeignete Haltung einzunehmen; und indirekt schädigt er die übrigen Körperorgane durch entsprechende Verlängerungen des Absatzes nach innen, nach aussen oder nach hinten kann man weiteren Schädigungen eines deformierten Fusses vorbeugen. Eine sorgsame Fusspflege, die schon in frühester Jugend zu beginnen hat, hat vor allem auf passendes Schuhwerk, richtigen Gang, gymnastische Uebungen zu achten.

M. K.

54) **Grünberg.** Die Grundlagen der Orthodontie. B. kl. W. Nr 37, 1913.)

Verf. bespricht die Aetiologie der Stellungsanomalien der Zähne und der Alveolarfortsätze und der Verlagerung der Kiefer und die.

b) Eine rezidivierende Fingerperiostitis infolge Stauung nach Operation einer Plexusschussverletzung. Die Schwellung des Mittigliedes des 2.—4. Fingers trat auf, sobald die Tragbinde weggelassen wurde, und bildete sich zurück, als die Tragbinde wieder angelegt wurde.
M. K.

71) **Kriegsärztlicher Abend der Zehlendorfer Lazarette.** 16. VI. 1915. (D. m. W. 1915, Nr. 29.)

Herren Mayer und Mollenhauer demonstrieren:

a) Fingerverletzung mit fast völliger Durchtrennung, die durch einfache Holzspatelschiene richtig gelagert werden.

b) Gelenkplastik an den Fingergelenken. Knöchernen Ankylosen wurden mit dem Meissel durchtrennt, die Gelenkenden modelliert und ein aus dem Unterschenkel entnommenes Stück Faszie zwischen sie eingepflanzt. In allen Fällen waren die künstlich gebildeten Gelenke gut beweglich.

c) Sehnen transplantationen.

d) Periost- und Knochentransplantationen.

e) Intrakapsuläre Fraktur des Humerus und der Ulna. Gelenkdrainage. Durch tägliche Uebungen wurde eine Beweglichkeit von fast 90° erreicht.

f) Defekt eines grossen Teiles des Deltoideus durch Schussverletzung; anfangs bestand scheinbare Lähmung, nach dreiwöchiger Behandlung mit Lagerungsschiene kann der Arm bis zu 90° erhoben werden.
M. K.

72) **Kriegsärztliche Abende, Berlin.** 22. VI. 1915. (B. kl. W. 1915, Nr. 27.)

Herr Ansinn demonstriert einen Apparat zur Geraderichtung stark verschobener Knochenenden. Durch Hebelwirkung werden die Enden in die gleiche Ebene gebracht und dann aneinander gefügt; durch Drahtnaht werden sie mit einander vereinigt. Einmal musste eine Aluminiumschiene eingeschaltet werden.

Herr Hackenbruch sprach über die Verwendung der Distractionsklammerverbände und schildert die Einzelheiten der Technik. Er rühmt besonders die schmerzstillende Wirkung. Blutergüsse schwinden infolge der frühzeitigen Bewegung schneller.

M. K.

73) **Aerztlicher Verein zu Marburg.** 24. II. 15. (M. m. W. 1915, Nr. 17.)

Herr Zangemeister zeigte verschiedene Missbildungen:

1. Eine Wöchnerin mit ihrem Kinde, welche beide eine Verdoppelung der rechten grossen Zehe hatten.

2. Einen symmetrischen Finger- und Zehendefekt. Es fehlen beide Mittelfinger und Mittelzehen. An der Stelle des Defekts ist eine Spaltbildung, an den benachbarten Fingern und Zehen besteht Schwimmhautbildung. Bei der Mutter fehlt eine Mittelzehe, die gleiche Missbildung soll auch die Grossmutter gehabt haben. M. K.

74) **Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.** 2. III. 15. (M. m. W. 1915, Nr. 18.)

Herr Marchand spricht über Missbildungen durch mechanische Einwirkungen. Die Art und Weise, wie die amniotischen Einschnürungen zustande kommen, ist noch nicht völlig klargelegt, denn eine Verwachsung des glatten Amnion mit der unveränderten Embryonalhaut ist nicht wahrscheinlich. Manche als amniotisch gedeutete Bindegewebsmembranen haben sich als Pseudomembranen erwiesen, die an Stelle von vorausgegangenen Verklebungen durch eine gerinnbare Substanz neu gebildet waren, also interamniotische Membranen sind. Solche lokale Verklebungen können auch die Veranlassung zu strang- und flächenförmigen Verwachsungen geben. Auch nach dem Absterben des Embryo können sich pseudomembranöse Umhüllungen bilden und zu einer Verlegung der natürlichen Oeffnungen sowie zu Verwachsungen der Finger und Zehen führen.

Herr Rille zeigt Abbildungen von Narben, die im Anschluss an intrauterine Vorgänge entstanden sind; in einem der Fälle bestätigt sich die Fournier'sche Ansicht, dass kongenitale Missbildungen häufig in der Deszendenz von Syphilitischen vorkommen. M. K.

75) **Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.** 18. V. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 29.)

Herr Hörhammer demonstriert:

a) 2 Fälle von Schulterluxation mit gleichzeitiger Fraktur am Kollum anatomicum. Die Reposition war unmöglich, der festgekeilte, völlig ernährungslose Kopf musste operativ entfernt werden. Die Bewegungen sind unter Mitbewegung des Schulterblattes in beschränktem Umfang ausführbar.

b) Doppelseitiger Riesenwuchs an den Füßen. An der Hyperplasie ist besonders das Fettgewebe der Fussohle beteiligt.

c) Daumentransplantation. Es wurde die grosse Zehe vom Fuss der entgegengesetzten Seite entnommen. M. K.

76) **Lehrbuch der Massage** von Dr. A. Müller, München-Gladbach. Mit 341 z. T. farbigen Abbildungen nach Originalzeichnungen des Verfassers. Bonn, 1915. Verlag A. Marcus und E. Weber. Preis 18 Mk.

Verf. hat dem umfangreichen Buch seine Anschauungen und Studien über den Rheumatismus zu Grunde gelegt und die letzteren

in einem Lederarmband, welches einen zweimal rechtwinklig abgelenkten Aluminiumbügel trägt, an dessen Ende sich ein Aluminiumring befindet. An diesem wird ein mit Spiralfeder versehener Tuschlauch befestigt, dessen anderes Ende mit der Mündung des Heissluftapparates verbunden ist. Während die massierenden Hände dauernd wandern, wird der Heissluftstrom durch die Hand, an der sich das Armband befindet, immer auf die gewünschte Stelle gerichtet.

M. K.

- 63) **Heppé.** Vereinfachung und Verbesserung der maschinellen Gymnastik durch die Heermannschen Apparate. (D. m. W. 1915, Nr. 12.)

Verf. beschreibt die Anwendung der Heermannschen Apparate zur Mobilisierung versteifter Gelenke. Sie haben gegenüber den Zanderschen den grossen Vorteil der bedeutend geringeren Kosten, so dass sie für jedes grössere Lazarett angeschafft werden können.

M. K.

- 64) **Fischer.** Mechanotherapeutischer Universalapparat. (D. m. W. 1915, Nr. 23).

Der vom Verf. beschriebene Apparat beansprucht nur einen Raum von ca 1 Quadratmeter und ist 2 Meter hoch. Er ist vollständig zerlegbar und kann in kürzester Zeit aufgestellt werden, er kann deshalb auch in den kleinsten Lazaretten Verwendung finden. Alle gebräuchlichen orthopädischen Uebungen sind an ihm ausführbar, und es können auch mehrere Patienten zugleich üben.

M. K.

- 65) **Bucky.** Die Diathermie in den Lazaretten. (D. m. W. 1915, Nr. 16.)

Verf. betont die Ueberlegenheit der Methode gegenüber den anderen bei Gelenk-, Muskel- und Nervenerkrankungen angewandten; diese Ueberlegenheit kam auch in der erheblichen Verkürzung der Behandlungsdauer zum Ausdruck. Sehr gute Erfolge wurden bei Erfrierungen erzielt. Verf. hat in seinem Lazarett insgesamt 108 Fälle von Schussverletzungen, Frakturen, Luxationen, Kniegelenkentzündungen, Erfrierungen, Rheumatismus und Ischias behandelt, davon wurden 40% geheilt und 46% gebessert, 65% wurden wieder dienstfähig und zwar 46% felddienstfähig.

M. K.

- 66) **H. Hans.** Zur Technik des Gipsverbandes. (M. m. W. 1915, Nr. 33.)

Verf. verwirft den gefensternten Verband und empfiehlt die in 2 getrennten Hälften angelegten Gipsverbände; während der Anlage werden sie durch bogenförmig ausgebuchtete Bandeisen oder Aluminiumschienen brückenförmig miteinander verbunden. Eine nachträgliche Korrektur der Stellung der Fragmente ist durch Verbiegen der

metallischen Verbindung leicht möglich. Diese Art des Verbandes eignet sich auch zur orthopädischen Korrektur versteifter Knie- und Ellenbogengelenke.

M. K.

67) **Stoeger.** Ueber eine neue Gipsklammer. (M. m. W. 1915, Nr. 27.)

Verf. hat eine Klammer herstellen lassen, die in gleicher Weise wirkt wie die Hackenbruch'sche Distraktionsklammer, aber einfacher und billiger ist und durch Anbringung eines Scharniers auch die Winkelstellung ermöglicht. Sie kann auch mit Extensionsvorrichtungen versehen werden und ist in ihren verschiedenen Formen für alle Arten von Brüchen verwendbar.

M. K.

68) **Krauss, H.** Eine Feldtrage. (D. m. W. 1915, Nr. 1.)

Verf. gibt eine Verbesserung der von Reh in der Münch. med. Wschr. 1915 Nr. 38 beschriebenen Trage an. Er empfiehlt, das Querholz in 2 Teile zu zerlegen und die Holme seitlich zwischen sie einzuschieben, sowie einige andere Veränderungen. Er schildert das Modell seiner Trage, die ca. 12 $\frac{1}{2}$ Kilo schwer ist und ungefähr 20 Mk. kostet.

M. K.

69) **Kriegsärztliche Abende.** 9. II. 1915. (B. kl. W. 1915, Nr. 8.)

Herr Biesalski spricht über die speziellen Aufgaben der Krüppelfürsorge. Dem Krüppeltum wird schon im Felde durch die Verbandtechnik vorgebeugt. Das verletzte Glied wird abwechselnd in Beuge- und Streckstellung gelagert. Vortr. erwähnt die verschiedenen blutigen und unblutigen Verfahren zur Behandlung von Gelenkstörungen. Das heutige Streben geht aber dahin, jeden Verletzten zur Arbeit zu befähigen; dabei müssen die Arbeitgeber mit-helfen, indem sie sie wieder einstellen. Der Staat als Arbeitgeber tut es schon jetzt. Vortr. erwähnt eine Reihe von Fällen, in denen Leute, denen ein oder mehrere Gliedmassen fehlen, sehr gut Arbeit leisten konnten. Es kommt darauf an, den Patienten schon im Lazarett, wo sie noch nicht an die Rente denken, die Ueberzeugung beizubringen, dass sie arbeitsfähig werden können. Nur 5—10 Prozent brauchen ihren Beruf zu wechseln.

M. K.

70) **Medizin. naturw. Ver. Tübingen.** 2. VI. 1915. (M. m. W. 1915, Nr. 30.)

Her Reich zeigt:

a) mehrere Fälle von erfolgreicher Knochentransplantation, 3 davon betrafen Pseudarthrosen, welche nach Schussfrakturen des Humerus und des Radius entstanden waren; im 4. Falle war ein 11 cm langes Stück des Radius wegen myelogenen Sarkoms reseziert worden. Die transplantierten Stücke sind überall glatt eingeholt.

orthodontischen Massnahmen und Apparate zu deren Beseitigung. Der verbreiteten Meinung, man solle nicht vor dem 12. Lebensjahre orthodontisch eingreifen, widerspricht der Verf. und meint, man müsse so früh als möglich Zahnstellung- und Kieferanomalien bekämpfen.

Klar, München.

55) **v. Hofmeister.** Zur Lokalisation der Fremdkörper (Geschosse) mittelst Röntgenstrahlen. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 1, p. 158.)

Verf. empfiehlt das von ihm erfundene sehr einfache und im Feld gut zu handhabende Röntgenverfahren zur Auffindung eines Fremdkörpers im Organismus. Man braucht drei Radiogramme dazu, einen einfachen Bleiring, in dessen Zentrum man ungefähr den Fremdkörper zu bringen sucht, und ein Zentimetermass. Die Berechnung der Lage des Fremdkörpers ist sehr einfach, und die Methode bewährte sich in 20 Fällen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

56) **Mackenzie Davidson.** The principles and practice of the localization of foreign bodies bei X-rays. (The Brit. med. Journ. 2. I. 1915, p. 1.)

Verf. gibt einen Apparat mit verstellbarem Drahtkreuz an, um die Tiefenlage eines Fremdkörpers im Gewebe zu bestimmen, beschreibt eine Aufnahme mit demselben, bespricht die stereoskopischen Aufnahmen mit Röntgenstrahlen und reproduziert Radiogramme.

Spitzer-Manhold, Zürich.

57) **Mackenzie.** A rapid method of localization by X-rays. (The Brit. med. Journ. 2. I. 1915, p. 6.)

Theoretische Rekonstruktion des Durchganges der Röntgenstrahlen nach Ablenkung durch die Röhre. Beschreibung eines einfachen, schnell brauchbaren, fürs Feld berechneten Apparates.

Spitzer-Manhold, Zürich.

58) **Caldwell.** Report on a few cases illustrating the removal of foreign bodies on the X-ray table. (Lancet. 15. V. 15, p. 1018.)

Verf. befürwortet zum Auffinden von Fremdkörpern in Wunden das Operieren direkt unter Röntgenstrahlen. Von den Gefahren für den Operateur bei dieser direkten Methode hat Verf. nach 6-monatigem Ausüben derselben noch nichts gemerkt. Er operiert mit einem kleinen Schirme, so dass die Hände ausserhalb des Lichtkreises der intensivsten Strahlen kommen, zieht 2 Paar Gummihandschuhe zum Schutz an und bestreicht das Nagelbett mit einer Collodiumlösung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 59) **Hernaman-Johnson.** Souce practical hints on the localization of bullets and shell-fragments. (The Brit. med. Journ. 2. I. 1915, p. 5.)

Beschreibung eines einfachen Apparates für die Kriegspraxis zur Bestimmung der Tiefenlage von Kugeln und Geschosstücken in den Geweben. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 60) **v. Hofmeister.** Ueber operative Entfernung von Geschossen und Granatsplittern mit besonderer Berücksichtigung des elektromagnetischen Verfahrens. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 96, H. 1, p. 166.)

Nach seinen eigenen Erfahrungen als beratender Chirurg im Feld warnt Verf. vor unnützem und voreiligem Entfernen von Geschossen aus dem Organismus, sie heilen oft reaktionslos ein (selbst die toxische Wirkung von Blei wäre abzuwarten), irgend ein Eingriff verschleppt und mobilisiert nur abgekapselte Keime und führt oft ein Erysipel herbei. Besonders verführen die Röntgenbilder zu Eingriffen. Ferner warnt Verf. aufs ausdrücklichste vor dem Gebrauch des Elektromagneten zur Extraktion von Granatsplittern, einer Technik, die aus der Ophthalmologie in die Kriegschirurgie übergewandert ist. Wenn die Splitter überhaupt durch die Weichteile durchdringen können, so gibt es rohe Verletzungen, andererseits (auf dem Wege des Schusskanals) eine Mobilisierung der Infektionskeime. Nebenbei erwähnt Verf. zum Auffinden alter Geschosssplitter, wenn ihre Entfernung angezeigt erscheint, ein präparatorisches Ausschälen des Schusskanals, der direkt auf das gesuchte Objekt führt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 61) **Kirchberg.** Die Aufgaben der medikomechanischen Nachbehandlung der Kriegsverletzungen und ihre Durchführbarkeit. (Med. Kl. 1915, Nr. 12.)

Vom Standpunkt der späteren Dienst- bzw. Erwerbsfähigkeit und der Rentenansprüche sind verschiedene Gruppen der Verletzten zu unterscheiden. Die völlig Dienstuntauglichen sind von denen zu trennen, deren Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt und die feld- oder garnisondienstfähig werden können. Für die Behandlung der letzteren sind Sonderinstitute zu schaffen, die eine Art Mittelding zwischen Lazarett und Kasernenbetrieb darstellen und mit eigenen Stationen für ambulante Behandlung ausgestattet sind. M. K.

- 62) **A. E. Stein.** Heissluft-Massage. (M. m. W. 1915, Nr. 14.)

Um die Heissluftbehandlung mit der bimanuellen Massage zu kombinieren, hat Verf. eine einfache Vorrichtung angegeben, die überall anwendbar ist, ohne den Massierenden zu belästigen. Sie besteht

erweitert. Als ein Symptom der Muskelerkrankung stellt er den Hypertonismus auf, der nun allerlei Aeusserungen und Erscheinungsformen aufweist. Eine ganze Reihe orthopädischer Leiden vom Schiefhals bis zum Plattfuss bezieht Verf. auf diesen Hypertonismus, er findet letzteren als Begleiterscheinung bei einer Unmenge von Krankheiten wohl aller Organe.

Ueberraschungen wird Jedermann auch in dem der Technik gewidmeten Abschnitt finden, die Technik ist eine dem Verf. durchaus persönliche. Und darum müsste es meines Erachtens der Titel schon zum Ausdruck bringen, dass der Leser aus dem Buch eben nur die Müller'sche Massage lernen kann, deren Neuheit zunächst unstreitig mehr feststeht als ihre Richtigkeit. Vulpus-Heidelberg.

77) **A. Ritschl** - Freiburg. Leicht und billig umstellbare mediko-mechanische Einrichtungen. (Mit 38 Abb. im Text nach Originalen des Verfassers. Stuttgart, Verlag von F. Enke. 1915. Preis 1.20.)

Das Heft beschreibt eine Reihe einfacher Improvisationen zur Mobilisierung von Gelenken und zur Muskelkräftigung, die für den Gebrauch in Lazaretten und Hospitälern, sowie in der ärztlichen Hauspraxis bestimmt sind. Vulpus-Heidelberg.

78) **W. Smitt**. Anleitung zur Behandlung der Verwundeten mit Massage und manueller Krankengymnastik. (Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1915. Preis 50 Pfg.)

Das kleine Heft ist vermutlich als Repetitorium für freiwillige Helferinnen gedacht, welche S. zur Behandlung Verletzter ausgiebig heranzieht. Die Gymnastik ist weit eingehender dargestellt, als die Massage, die ja auch nur durch praktische Betätigung zu erlernen ist. Vulpus, Heidelberg.

79) **A. Exner**. Kriegschirurgie in den Balkankriegen 1912/13. Mit 51 Textabbildg. (Verlag von F. Enke, Stuttgart 1915. Preis 11,60 Mk.)

Verf. war mit anderen Schülern Hocheneggs 1912/13 in Bulgarien tätig. Wenn auch die Arbeitsbedingungen in mancher Hinsicht von denen des jetzigen Krieges abweichen, so sind doch die in dem vorliegenden Band 14 der Neuen deutschen Chirurgie zusammengefassten Erfahrungen für uns von allergrösstem Wert und Interesse. Erwähnt sei für unseren Leserkreis die Empfehlung des Gipsverbandes bei Schussfrakturen, die Verwerfung der Gelenkresektion bei schwer infizierten Gelenkschüssen. Wo Inzision und Aufklappung nicht ausreichen, ist die rechtzeitige Amputation auszuführen. Vulpus, Heidelberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpus in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

1) **Turner.** A case of myeloma of the sternum treated by radium. (Brit. med. Journ. 7. VIII. 15, p. 218.)

Ein 32-jähriger Mann hatte eine kokosnussgrosse Geschwulst am Brustbein, die ihn stark beim Atmen hinderte. Schlechter Allgemeinzustand, zunehmende Schwäche. Der Fall wurde als inoperabel angesehen. Als letztes Mittel wurden 4 Aluminiumtuben mit 10—20 mg Radiumbromid in jeder in die rechte Seite der Geschwulst eingepflanzt, äusserlich ebenfalls Radium appliziert. Man wollte die Tuben nach einigen Tagen in die linke Seite implantieren, die Geschwulst schwand aber so rapid, dass man nur 2 Tuben nach links überpflanzte. Die Totaldosis des Radiums stieg auf 13200 mg-Stunden. Einen Monat nach Beginn der Behandlung war die Geschwulst vollständig verschwunden. Es handelte sich um ein myeloides Sarkom. Der Patient ist geheilt, kräftig, arbeitet wieder. Kein Tumor ist für Radiumbehandlung so geeignet wie gerade das myeloide Sarkom. Bei energischer Behandlung schmelzen diese Tumoren nur so dahin.

Spitzer-Manhold, Zürich.

2) **Moschcowitz.** Histopathology of calcification of the spinatus tendons as associated with subacromial bursitis. (Amer. Journ. of the med. sciences, Vol. CL, Nr. 1, p. 115.)

Verf. liefert eine histologische Untersuchung über die Verkalkung der Spinatussehnen im Anschluss an subakromiale Bursitis, angeregt durch die Arbeit Brickners „Prevalent fallacies, concerning subacromial bursitis“ im gleichen Journal, Märzheft.

Spitzer-Manhold, Zürich.

3) **Schmerz.** Zur Behandlung der Frakturen der oberen Gliedmassen, insbesondere der Schussfrakturen (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 97/2, p. 195.)

Verf. bespricht hauptsächlich die Technik des Anlegens und der Herstellung von Oberarmschienen. Für den Typus Abduktionsfraktur (oberes Fragment in Abduktion) eignet sich das v. Hackersche Triangel (Modifikation: unterbrochenes Triangel), das fixe und verstellbare Extensionstriangel; für den Adduktions-typus der Extension-rahmen.

Für Vorderarmbrüche gibt es Modifikationen der beschriebenen Modelle.

Spitzer-Manhold, Zürich.

4) **Gerulanos.** Ueber Muskelüberpflanzung am Schultergürtel. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 107, H. 1, p. 159.)

Verf. teilt 2 eigene Fälle mit: 1. eine traumatische Serratuslähmung, 2. eine doppelseitige komplizierte Schultermuskellähmung,

Zentralblatt für Orthopädie, Bd. IX, H. 12.

22

bei der eine Pektoralisüberpflanzung zum Ersatz des *m. serratus* und ein Ersatz des *m. cucullaris* aus dem *m. sarcolumbalis* beiderseits ausgeführt wurde. Der Muskel wurde an seinem neuen Bestimmungsort folgendermassen angeheftet: der Sehnenansatz wurde mit weiter Umschneidung des Periosts und Abmeisselung einer entsprechend grossen Knochenplatte abgehoben und an seinem neuen Bestimmungsort subperiostal auf den Knochen nach Anfrischung desselben mit Silberdraht befestigt. Durch diese sichere Drahtbefestigung kann der Muskel schon im Verband in Anspruch genommen werden, einer Inaktivitätsatrophie wird vorgebeugt.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 5) **Huber.** Ueber die Resultate bei der Resektion des tuberkulösen Ellbogengelenks. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 134, H. 1–3, p. 113.)

Eine Zusammenstellung der Fälle von Resektion tuberkulöser Ellbogengelenke aus der Berner chirurgischen und Privatklinik von Prof. Kocher von 1897—1913 und Beleuchtung der Statistik von allen Gesichtspunkten aus. Ebenso vergleicht Verf. seine Resultate mit den Erhebungen aus früheren Zeiten durch Fischer und Oschmann. Es sind 42 neue und 4 Fälle von früher her, die in der früheren Statistik aber noch nicht mitgezählt wurden. 13 Resezierte geben an, ein Trauma vor Ausbruch der Erkrankung erlitten zu haben, bei 4 Personen verschlimmerte sich das Leiden nach einem Trauma, 4 hatten als auslösendes Moment eine Ueberanstrengung anzugeben. Bei 3 Tuberkulösen war der Ausbruch der Ellbogenerkrankung durch eine Infektionskrankheit hervorgerufen, 16 Patienten konnten keine Gelegenheitsursache angeben. Die Mortalität der Operation stellt sich nach Berücksichtigung aller Momente auf 1%. Die Prognose der Brauchbarkeit des Armes ist in Fällen ohne Fistelbildung eine bessere.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 6) **Albee.** The bone graft wedge. (New-York med. Journ., Vol. CII, Nr. 9, p. 433.)

Verf. schlägt eine neue Operation vor in Fällen von angeborener oder paralytischer Hüftgelenksluxation, wo es sich darum handelt, den Femurkopf in der zu flachen Pfanne zu fixieren. Hoffa vertieft die Pfanne durch Auskratzen, Verf. vergrössert künstlich den Pfannenrand ohne so eingreifende Manipulationen im Gelenk zu machen, wie Hoffa. Temporär wird die Spitze des Trochanter major abgesägt und mit allen Muskelinsertionen nach oben geklappt. Der Pfannenrand wird in seiner ganzen Zirkumferenz angesägt und heruntergeklappt, fest um den vorher reponierten Femurkopf gepresst.

In den Spalt werden verschiedene keilförmige Knochenstücke, die der Vorderkante der Tibia entnommen worden sind, eingekeilt, sie brauchen gewöhnlich nicht besonders fixiert zu werden, sondern halten schon durch den Druck der darüber genähten Weichteile. Gipsverband vom Thorax bis zu den Zehen in abduzierter Stellung des Beines für 6 Wochen, später ein leichter Gipsverband für weitere 6 Wochen, darauf vorsichtige Massage, aktive und passive Bewegungen und behutsamer Gebrauch des Beines. Gute Resultate.

Spitzer-Manhold, Zürich.

7) **Stoller.** Ueber die Behandlung der Hüftgelenkstuberkulose und ihre Erfolge. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 134, H. 1—3, p. 54.)

Die Arbeit ist eine fleissige Zusammenstellung aller noch nicht veröffentlichten Fälle von tuberkulöser Hüftgelenkserkrankung, die von 1890—1913 in der chirurgischen Klinik in Bern und in der Privatklinik von Prof. Kocher behandelt wurden. Die Sonnenbehandlung und die verbesserte Aseptik der Neuzeit konnte noch nicht bei allen Fällen in Betracht kommen, daher liefert die Statistik noch nicht die erfreulichen Resultate wie sie andere Statistiken aus neuester Zeit aufweisen. Von den 63 verwerteten Fällen wurden 31 mit radikalem, 8 mit nicht radikalem operativen Eingriff, 18 konservativ und 6 mit Osteotomie behandelt. Eine persönliche Nachuntersuchung konnte nur in einem Fall ausgeführt werden, über die Schicksale der anderen orientierte sich Verf. durch Versendung von Fragebogen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

8) **Veyrassat.** Ostéosarcome du fémur droit. Opération Guérison sans récidence depuis le 10. mai 1912. (Rev. méd. de la Suisse Romande, 35e année, Nr. 8, p. 460.)

Es handelte sich um eine 30jährige, bis dahin gesunde Dame. Seit dem Herbst 1911 hatte sie Beschwerden am rechten Knie. Bis im Mai 1912 war dort eine apfelsinengrosse Geschwulst gewachsen, alle Anzeichen sprachen für Sarkom. Von 2 Seiten wurde die Oberschenkelamputation vorgeschlagen, aber von Pat. abgelehnt. Verf. machte eine Ausschälung des Tumors und nachfolgende Elektrokoagulation nach Doyen, später intravenöse Arsenapplikationen (in Form von Salvarsan). Die pathologisch-anatomische Diagnose des Tumors lautete auf Rund- und Spindelzellensarkom mit einigen Riesenzellen. Verf. befürwortet die lokale Operation statt der verstümmelnden Amputation, solange keine Weichteilm metastasen des Sarkoms vorhanden sind, mit nachfolgender Arsenapplikation. Ist das Sarkom bösartig, so hilft auch keine Amputation und es rezidiert. Bleibt es ohne Rezidiv, wie im vorliegenden

22*

Fall, so hat man die Genugtuung, durch die lokale Operation den Patienten davor bewahrt zu haben, ein Krüppel zu werden.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 9) **Foot**. The femur of an idiopathic epileptic. (Boston med. and surg. Journ., Vol. CLXXIII, Nr. 11, p. 392.)

Verf. macht diese Mitteilung, um die Aufmerksamkeit auf die Veränderungen des Knochensystems bei angeborener Epilepsie zu lenken. Die Knochenwand war von verschiedener Dicke, der Knochen sehr leicht und stellenweise durchscheinend, der Markkanal ungewöhnlich weit. Der Oberschenkelknochen dieses Epileptikers wurde mit 139 Knochen Gesunder nach jeder Richtung hin verglichen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 10) **Burckhardt**. Innere Verblutung in den Oberschenkel. (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 97/3, p. 340.)

Auf die Gefahren der inneren Verblutung wurde bis jetzt nur bei Verletzungen der Brust- und Bauchhöhle aufmerksam gemacht. Verf. konnte einen Fall innerer Verblutung in dem Oberschenkel in eine durch ein Geschoss präformierte Höhle zwischen den Muskeln und Faszien beobachten. Es handelte sich um eine Gewebsschussverletzung. 1. Verband 12^h mittags, ins Lazarett eingeliefert 3^h. Kreisrunder Einschuss am linken Oberschenkel, kein Ausschuss. Geringe äussere Blutung. Bein mässig geschwollen. Puls gut. Abends Klagen über Schmerzen im Bein, dieses etwas stärker angeschwollen, Verband nicht durchblutet. Puls schwach. In der Nacht exitus. Im Oberschenkel fand man eine grosse, vollgeblutete Höhle inmitten zeretzter Muskeln. Nerven und Gefässe durchzogen, zum Teil unverletzt, diese Höhle. Eine besonders starke Blutung aus einem bestimmten Gefäss konnte man nicht konstatieren. Kein Oberschenkel- oder Beckenbruch. In der Höhle 4 verschieden grosse Metallstücke (Blei und Nickelstahlmantelteile). Es handelte sich um ein englisches Geschoss, möglicherweise mit Sprengwirkung. Auf die vage Vermutung hin, dass es sich um eine innere Blutung handele, hatte man in diesem Falle nicht operieren wollen. Bei allen Fällen, wo ein Gipsverband bei Schussverletzten zu eng wird, denke man an innere Blutung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

- 11) **Garnier**. Beitrag zur chirurgischen und konservativen Behandlung der gonitis tuberculosa. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 134, H. 1—3, p. 195.)

Die Arbeit enthält die noch nicht publizierten (70) Fälle von Behandlung des tuberkulösen Kniegelenks, teils operativ (20 Resektionen, 24 Arthrektomien,) teils konservativ, aus der Kocher'schen

Klinik von 1887—1900. Die Hälfte der operativen Fälle gab ein gutes Resultat, die konservativen Spätresultate waren nur bei 6 Patienten vollständig einwandfrei. Fortgesetzte Vergleiche der beiden Methoden können erst bei individueller Behandlung eines jeden Patienten mit der Zeit den Weg weisen, welche Art Therapie man wählen soll.

Spitzer-Manhold, Zürich.

12) **Schitlowsky.** Beitrag zur chirurgischen und konservativen Behandlung der Gonitis tuberculosa. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 134, H. 1—3, p. 242.)

Die Arbeit enthält die nach jeder Richtung hin beleuchtete Statistik über 68 Fälle von Kniegelenkstuberkulose von 1900—1913 an der Kocherschen Klinik, teils chirurgisch (Totalresektion, Partialresektion, Auskratzung), teils konservativ behandelt. Die Abnahme der Häufigkeit dieser Erkrankung im Berner Spital ist auffallend gegenüber Statistiken früherer Jahre, was mit der Entwicklung der Heliotherapie, andererseits mit der besseren Einrichtung der Bezirkskrankenhäuser zusammenhängt, die nun auch einen Teil der Kniearthrotomien selbst ausführen.

Von den 68 Fällen wurden 54 chirurgisch behandelt, davon 23 primär geheilt; konservativ 14, davon 46,1% Heilung. Bei Witterungswechsel treten bei den konservativ Behandelten Schmerzen und Schwellung des Knies auf. Krankengeschichten sämtlicher Fälle.

Spitzer-Manhold, Zürich.

13) **Barber.** A useful splint for compound fractures of the leg. (Brit. med. Journ., 10. VII. 15, p. 47.)

Beschreibung eines vom Verf. erfundenen, für Unterschenkel-frakturen bestimmten Apparates, der aus Holzbrettern leicht herzustellen ist. Eine Extension kann angebracht werden. Der Verbandwechsel ist ohne Schwierigkeiten ausführbar.

Spitzer-Manhold, Zürich.

14) **Page.** Notes on the transport of cases of fractured thigh. (Brit. med. Journ., 31. VII. 15, p. 173.)

Beschreibung einer Schienenmodifikation für den Transport gebrochener unterer Extremitäten. Nach Bedarf kann auch eine Zugvorrichtung angebracht werden. Spitzer-Manhold, Zürich.

15) **Sympson.** Congenital dislocation of right foot with almost complete absence of right fibula. (Brit. med. Journ., 11. IX. 15, p. 400.)

Ein Junge konnte grosse Märsche machen, Fussball spielen, trotzdem eine angeborene Missbildung des rechten Unterschenkels bestand, die ihn zur Kompensation der 2½ Zoll betragenden Ver-

kürzung zwang, auf der Spitze der grossen Zehe zu laufen, Fussrücken nach vorn, Fusssohle nach der Hinterfläche des rechten Unterschenkels gewendet. Mit der Zeit traten Rückenschmerzen nach langen Märschen infolge Beckenneigung auf der Seite des verkürzten Beines auf. Das untere Tibiaende, das auch als Stützpunkt gebraucht wurde, war verdickt, die Fibula fehlte fast vollkommen und war nur als Schatten auf dem Röntgenbild angedeutet. Korrigierende Operation der Fussstellung. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 16) **Gemmill.** An operation for the obliteration of the cavity in the tibia remaining after sequestrotomy. (Brit. med. Journ., 18. IX. 15, p. 432.)

Bei einem 61 jährigen Mann war vor 19 Jahren ein Bein zerschmettert worden. Der Knochen stiess sich ab, dann heilte die Wunde. Seither schwoll das Bein von Zeit zu Zeit an, und Knochensequester wurden ausgestossen. 4 Mal war die Höhle ausgekratzt und mit Wachs ausgefüllt worden. Es bestand eine mit Epithel ausgekleidete Höhle mit Fisteln an der hinteren Wand. Haut und Muskeln wurden als zwei Lappen auspräpariert und die Operation nach der Schulten'schen osteoplastischen Methode (Archiv f. klin. Chir.) rasch beendet, da der Zustand des Patienten ein sehr schlechter war. Nach 7 Wochen Heilung. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 17) **Roberts.** The initial strain in weak foot. (New York med. Journ., Vol. CII, Nr. 9, p. 441.)

Die Ursache der ersten Schmerzen bei sich bildendem Plattfuss, vom mechanischen Standpunkt aus betrachtet, ist in der abgerundeten Unterfläche des Fersenbeins zu suchen. Verf. führt die mechanische Theorie aus und beschreibt einen von ihm konstruierten Halter fürs Fersenbein, der dasselbe fasst, neigt und in überkorrigierter Stellung festhält. Gute Resultate. Der plattenartige Halter ist leichter und bequemer im Stiefel zu tragen, als die bisher üblichen Plattfusseinlagen. Spitzer-Manhold, Zürich.

- 18) **Schöni.** Beitrag zur Kenntniss der Fussgelenk- und Fussknochentuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Endresultate ihrer chirurgischen Behandlung. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 134, H. 1—3, p. 132.)

Als Fortsetzung früherer Statistiken über dieses Thema aus der Kocher'schen Klinik veröffentlicht Verf. neue 50 Fälle (von 1892 bis 1900), die operativ behandelt wurden (Ignipunktur, Evidement, Resektion, Amputation.) Auch dieser Statistik merkt man die Konkurrenz der Heliotherapie in den letzten Jahrzehnten an. Als Prädilektionsalter ist das zweite Lebensjahrzehnt vertreten. Kontu-

sionen und Distorsionen des Fussgelenks disponieren mehr zu späteren tuberkulösen Erkrankungen, als Frakturen. Charakteristisch bei der Untersuchung ist der Stossschmerz. Der Verlauf der Erkrankung ist meist chronisch. Die Herde sind im Calcaeus häufiger als in anderen Knochen verkäst. Als die Regel wird jetzt der Ausgangspunkt der Fusstuberkulose von Knochenherden aus angenommen. Die Beobachtungsdauer der Patienten erstreckte sich über 5 Jahre (Verschicken von Fragebogen.) 34% gingen an anderen tuberkulösen Affektionen zugrunde.

Spitzer-Manhold, Zürich.

19) **Marshall and Osgood.** Late results of operations for correction of foot deformities resulting from poliomyelitis. (Boston med. Journ., Vol. CLXXIII, Nr. 11, p. 375.)

Vv. führen 26 eigene Fälle mit Statistik und Krankengeschichten an. Sie führten mit gutem Resultat komplizierte Operationen aus: Talotomien, Arthrodesen im Fussgelenk, zahlreiche Sehnen- und Osteotomien. Es handelte sich um poliomyelitische Lähmungen. Spitzer-Manhold, Zürich.

20) **Cathcart.** Cheap absorbent dressings for the wounded. (Brit. med. Journ. 24. VII. 15, p. 137.)

Verf. empfiehlt als billiges absorbierendes Material für Wunden Mullsäcke, gefüllt mit Fichtenholzsägespänen, gedörrtem Moos (sphagnum) oder Moos, das in Torf übergeht. Diese Verbände sind alle sehr leicht und saugen gut auf. Keines der 3 Materialien erleidet durch das Sterilisieren Einbusse seiner schätzenswerten Eigenschaften. Besser als Watte.

Spitzer-Manhold, Zürich.

21) **Samways.** Wound dressing. (Brit. med. Journ., 24, VII. 15, p. 139.)

Verf. empfiehlt für Wundverbände kleine Blechpfannen mit einem Loch in der Mitte zum Abfliessen des Eiters. Ueber diesem aufgestülpten Deckel (mit abgerundeten einwärts gerollten Rändern, die im Gesunden mit Heftpflaster fixiert sind) kommt erst der richtige Verband. So wird die Wunde nicht gedrückt, ein Losreißen des Verbandes beim Wechseln wird vermieden, allfällig nötige Drains werden vom Druck geschützt und direkt durch das Pfannenloch durchgeleitet. Die Pfännchen können jederzeit gut sterilisiert werden. Das Aussehen der Wunde kann in Augenschein genommen und der Verbandwechsel bis auf die letzte Schicht noch möglicherweise um einen Tag hinausgeschoben werden, was für eine Wunde auch von Nutzen ist.

Spitzer-Manhold, Zürich.

22) **Fildes, Rajchman and Lenthal Cheatle.** A new antiseptic mixture for the treatment of gunshot wounds and general surgical application. (Lancet, 24. VII. 15, p. 165.)

Verf. stellen 2 spirituöse Lösungen her, eine mit Quecksilberdichlorid, die andere mit gereinigtem Malachitgrün, die bei Gebrauch zu gleichen Teilen gemischt werden. Das erste Brennen auf der Wunde, das leider zu leicht zu nur oberflächlicher Applikation (Sprayen) verleitet, vergeht schon nach etwa 1½ Minuten. Nach 3, 4 Tagen wird die Anwendung schmerzlos. Ehe man die Wunde wieder mit dem Verband deckt, muss der Spiritus erst ganz verdunstet sein, da es sonst Blasen gibt. Spitzer-Manhold, Zürich.

23) **Mc Queen.** Mechanical treatment of compound and septic fractures. (Lancet. 7. VIII. 15, p. 276.)

Verf. beschreibt von ihm erfundene Schienen zur Behandlung von komplizierten und septischen Frakturen, die den Anforderungen an Billigkeit, Leichtigkeit und gute Zugänglichkeit beim Verbinden genügen. Das Material besteht aus Aluminiumstäben und Platten aus galvanisiertem Eisen. Spitzer-Manhold, Zürich.

24) **Wright.** Amputation by plane circular section. (Lancet 9. X. 15, p. 810.)

Verf. bespricht das im Anfang des Krieges von manchen Seiten so sehr empfohlene (besonders bei Gasgangrän, wo es sich um rasches und einfaches Operieren handelt) zirkuläre Amputieren von Gliedmassen. Die Nachteile sind: lange Dauer der Heilung mit schlechter, dünner Narbe und die Notwendigkeit einer späteren korrigierenden Operation am Stumpf, über die die schon einmal Operierten nicht gerade erbaut sind. Spitzer-Manhold, Zürich.

25) **Poynton.** Upon spasmodic symptoms in rheumatism (Lancet 9. X. 15, p. 805.)

Verf. macht auf die häufig bei Kindern auftretenden Vorboten von rheumatischen oder arthritischen Leiden aufmerksam: migräneartige Kopfschmerzen, vasomotorische Veränderungen (Kaltwerden der Hände, Raynaudsche Symptome), Nadelstechen (besonders vor choreatischen Anfällen), Anginen, Muskelkrämpfe (in Genick und Händen). Alles beruht auf krampfartigen Zuständen des Gefäß- oder trophischen Nervensystems. Spitzer-Manhold, Zürich.

26) **Sever.** Pneumococcic arthritis, with report of six cases. (Boston med. Journ., Vol. CLXXIII, Nr. 11, p. 387.)

Pneumokokkenarthritis ist selten, tritt meist im Laufe der ersten neun Tage einer Pneumonieerkrankung auf, bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen (dieses liegt wohl an der Struktur und Gefäßverteilung im knöchernen Teile der Gelenke). Vorausgegangene Traumen oder Rheuma disponieren die Gelenke zur Erkrankung. In den 6 selbst vom Verf. beobachteten Fällen war überall die

bakteriologische Diagnose positiv. 3 Fälle starben. Für einen Fall war der Ausgangspunkt der Infektion ein Zahnabszess.

Spitzer-Manhold, Zürich.

27) **Kocher.** Vergleich älterer und neuerer Behandlungsmethoden von Knochen- und Gelenkstuberkulose.

(D. Zschr. f. Chir., Bd. 184, Heft 1/3, p. 1.)

K. gibt eine Uebersicht der Behandlungsmethoden der Knochen- und Gelenkstuberkulose, die sich im Laufe der Zeit ausgebildet haben und angewendet wurden: erst die orthopädische, dann die chirurgische, dann die Sonnen-Freiluftbehandlung. Schlussfolgerung: Patienten, die sich's über Jahre hinaus leisten können, behandle man expektativ, orthopädisch-hygienisch. Bei solchen, die auf ihren Verdienst angewiesen sind, verfare man radikal-operativ und entferne möglichst vollständig den lokalen Tuberkuloseherd. Nur die Spondylitis ist leider keiner Radikaloperation zugänglich, sonst alle Gelenke. Bei der Behandlung suche man vor allem zu individualisieren. Zu frühes Kindesalter lässt Verf. als einzige Kontraindikation für operatives Vorgehen gelten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

28) **Jeanneret.** De l'héliothérapie dans un hôpital d'enfants en plaine. (Rev. méd. de la Suisse Romande, 35 e année, Nr. 8, p. 435.)

Verf. war Assistent in Leysin und vergleicht die Resultate, die er im Gebirge mit der Sonnenkur bei tuberkulösen Kindern gehabt hat, mit denen in der Ebene (in Basel, 270 m über Meer.) Die Schlussfolgerung seiner Betrachtungen ist: ein Solarium ist für jedes moderne Kinderspital unerlässlich. Die Heliotherapie ist ein unschätzbare Hilfsmittel für andere Behandlungsmethoden, nicht nur spezifisch für Tuberkulose, sondern ein wichtiger Heilfaktor bei allen Kinderkrankheiten. In der Ebene ist die Wirkung der Sonne eine bescheidenere, braucht längere Zeit, ist deshalb aber doch nicht zu vernachlässigen und zu unterschätzen.

Spitzer-Manhold, Zürich.

29) **Falkenstein.** Behandlung der durch Harnsäure erzeugten Rheumatismen. (D. militärärztl. Zschr. 44. Jhrg., H. 13—14, p. 251.)

Auf der Grundlage früherer Arbeiten und Beobachtungen kombiniert Verf. seine Rheumatismuskur aus Eingeben von Salzsäure und Jod und Einspritzungen von Harnsäure als Urosemin.

Innere Kur: Salzsäure, Colebicipillen, Novatophantabletten, pflanzliche Abführmittel. Sehr gute Erfolge. Besonders eignen sich die Fälle zur Behandlung, wo eine Schwellung vorhanden ist und eine wahrscheinliche erbliche Belastung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

30) **Osborne.** Raynaud's syndrome: Raynaud's disease.
(Amer. Journ. of the med. sciences, Vol. CL, Nr. 2, p. 157.)

Die Raynaudsche Krankheit ist keine Einheit, sondern ein Symptomenkomplex, hervorgerufen durch Störungen in der inneren Sekretion einer oder mehrerer Drüsen (Thyreoida, Suprarenaldrüsen, Ovarien; — besonders viel Raynaudsche Krankheit bei Frauen beobachtet). Das Leiden ist nicht immer symmetrisch. Man muss es gut unterscheiden von der Weir-Mitchelschen Erythromelalgie. Es handelt sich meist um eine Hyposekretion der Schilddrüse, daher gute Heilerfolge durch Darreichung von Thyreoidextrakten und Jodpräparaten. Verf. beschreibt 11 eigene Fälle, die die Verschiedenartigkeit des Auftretens der Krankheit illustrieren sollen. Der Blutgefässkrampf betrifft nicht nur äussere, sondern auch innere Organe (z. B. Symptom der morgendlichen Durchfälle, basierend auf Gefässinnervationsstörungen). Lokale Hitzeapplikation und Nitroglyzerin sind von prompter erleichterender Wirkung.

Spitzer-Manhold, Zürich.

31) **Borchardt.** Schussverletzungen peripherer Nerven.
(Beitr. z. klin. Chir., Bd. 97/3, p. 233.)

Bericht über 56 operierte Fälle. Die Indikation zum Operieren wurde dann als gegeben angenommen, wenn aus dem neurologischen Befund die Annahme begründet schien, dass eine schwere Verletzung vorlag, die entweder zu einer Zerreißung oder zu einer groben Narbenbildung im Nerven geführt haben musste. Bestand nur eine partielle Entartungsreaktion, so wurde nicht operiert. Unter den 56 Fällen waren 18 totale und 1 partielle Nervendurchtrennung durchs Geschoss. Zur Umscheidung der Nerven wurde Fettgewebe oder feine saftige Muskelfaszien aus der Umgebung herbeigezogen, meist gestielte Lappen genommen. Um Hämatome zu vermeiden, wurde nie unter Blutleere operiert. Die Extremität wurde für 14—16 Tage auf Schienen zur Entspannung der Naht in entsprechender Gelenkstellung fixiert. Dann mit Bewegungen, Massage und Elektrizität angefangen. Die direkte Nervennaht wurde immer ausgeführt, möglichst wenig Muskeldurchtrennungen gemacht und die intakten Muskelästchen der Nerven geschont. Wieviel Narbengewebe soll exzidiert werden? Damit man sich darüber im Klaren sei, muss eine genaue elektrische Prüfung des Gebietes vorgenommen werden, um die noch funktionsfähigen Nervenfasern zu schonen. Je früher im allgemeinen operiert wird, desto klarer liegen die anatomischen Verhältnisse, und um so leichter ist die Operation. Auch die Kontraktur von Muskeln und Gelenken,

sowie trophische Störungen, die durch Nervenlähmungen herbeigeführt werden, können durch frühe Operation vermieden werden. Krankengeschichten und Zeichnungen der anatomischen Verhältnisse des Operationsgebietes. Unter den Heilungen waren 3 sehr erfreuliche Fälle, die schon $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation wieder Auftreten der Nervenfunktion zeigten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

32) **Grosse.** Schussverletzungen peripherer Nerven. (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 97/3, p. 306.)

Verf. teilt 33 eigene Fälle mit 37 Operationen mit, bespricht seine Technik (operiert ohne Blutleere, als Umscheidung der Nerven braucht er Kalbsarterie oder die vena saphena magna). 12 Fälle waren von Erfolg gekrönt, 7 verliefen nicht einwandfrei, 18 mal Misserfolg. Die guten Resultate betreffen alle die obere Extremität. Nähte und Neurolysen am Ischiadikus schlugen alle fehl. Die Wiederkehr der Funktion war zwischen 3 Wochen bis 7 Monate zu beobachten.

Spitzer-Manhold, Zürich.

33) **Gratzl.** Schussverletzungen peripherer Nerven. (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 97/3, p. 291.)

Verf. führt 15 eigene Fälle von Nervennaht und -Plastik nach Schussverletzungen an. Die Zeit der Beobachtung schwankt zwischen 10 Wochen bis 10 Monaten. 11 Fälle können bis jetzt als Erfolg angesehen werden, die anderen als Misserfolg (passiver Widerstand, Knocheneiterungen). Verf. tritt der Stoffelschen Ansicht entgegen. Stoffel sagt: man muss suchen, das normale Gefüge des Nervenbündels wieder herzustellen, die Schnittflächen der korrespondierenden Nervenstümpfe in Kontakt bringen. Wird der eine Stumpf etwas rotiert, so ist es leicht möglich, die Wundfläche einer sensiblen Bahn des einen Stumpfes mit einer motorischen Nervenbahn des anderen Stumpfes zusammenzubringen. Das prompte Resultat der Nervennaht steht dann in Frage. Dagegen sprechen die Erfolge bei den vom Verf. angeführten Fällen und alle Nervenplastiken, bei denen sicher die einzelnen Fasern nicht so genau aneinander gepasst werden können.

Spitzer-Manhold, Zürich.

34) **Edsall and Means.** Observations on a case of family periodic paralysis. (Amer. Journ. of the med. sciences, Vol. CL, Nr. 2, p. 169.)

Der beobachtete Fall von familiärer periodischer Paralyse wurde vom neurologischen Standpunkt schon von Taylor studiert und veröffentlicht, Verf. geben nur die genauen chemisch-pathologischen Züge. Es handelt sich um einen 35jährigen Mann, in dessen Fa-

milie in 5 Generationen das Leiden bekannt ist. Es sind Anfälle von totaler schlaffer Lähmung aller Skelettmuskeln, (ausgenommen sind die Gesichts-, Schluck- und Augenmuskeln). Die Dauer des Anfalls beträgt 6—48 Stunden. Die Ruhepausen betragen etwa 6 Tage, es herrscht dann vollkommenes Wohlbefinden. Die Sphincteren und das Diaphragma sind verschont. Auf der Höhe des Anfalls sind die Reflexe und die elektrischen Reaktionen herabgesetzt oder aufgehoben. Die Ursache des Leidens ist eher im Stoffwechsel, als im nervösen System zu suchen. Es ist eine gewisse Acidosis im Blut vorhanden. Wenig Proteine enthaltende Kost bessert die Zustände. Diese bessern sich auch mit fortschreitendem Alter.

Spitzer-Manhold, Zürich.

35) **E. Küster.** Geschichte der Neuen deutschen Chirurgie. Neue deutsche Chirurgie, 15. Bd. (Verlag F. Enke, Stuttgart. 1915. Preis 5,20 Mk.)

Die vorliegende Geschichte der letzten 50 Jahre deutscher Chirurgie ist darum besonders wertvoll, weil der Geschichtsschreiber sie miterlebt hat. Der erste Abschnitt schildert den Zustand der Medizin, der Krankenanstalten, der Wundbehandlung in der vorantiseptischen Zeit. Und glanzvoll erheben sich von diesem Hintergrund die Wandlungen und Eroberungen auf dem Gebiete der allgemeinen und speziellen Chirurgie, welche durch den Einzug der Antiseptis und Asepsis möglich geworden sind. Wer aus der Unruhe der Gegenwart sich zu einer Lektüre stiller, rückwärtsschauender Sammlung flüchten möchte, dem sei das prächtige Buch wärmstens empfohlen.

Vulpius, Heidelberg.

36) **Handbuch der praktischen Chirurgie.** Vierte umgearbeitete Auflage. IV. Band: Chirurgie der Wirbelsäule und des Beckens. Mit 363 teils farbigen Abbildungen. (Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1914.)

Die den Orthopäden interessierenden Abschnitte „Chirurgie der Büchsenmacher“ und „Chirurgie der Wirbelsäule“ hat Henle gründlich überarbeitet und vervollständigt.

An der Besprechung der Skoliose hat sich Drehmann beteiligt. Der gegebene Ueberblick über die Therapie der Skoliose, die jedoch in die Hände der Orthopädie zu legen ist, ist bei aller gebotenen Kürze durchaus ausreichend zur Orientierung. Die Ausstattung auch dieses Bandes ist mustergültig.

Vulpius, Heidelberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung S. Karger in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Sachregister.

Die **fett** gedruckten Zahlen bezeichnen Original-Arbeiten.

Bz. = Buchanzeige. P. = Personalien.

A.

- Abbotsche Skoliosenbehandlung. 14, 15, 37, 106, 235.
— Aenderungen der Respiration bei 11.
Abszesse, Behandlung der mit Spreizfedern. 220.
Achillessehne, Klumpfuß nach Durchtrennung der. 161.
Achondroplasie. 134.
Akromegalie. 225.
Akromialgelenk, Bedeutung des für die Schulterverletzungen. 113, 114.
Aktinomykose. 91.
Albeesche Operation. 109.
Albuminurie, orthostatisch-lordotische. 104.
Amputationen. 127, 203, 253, 272.
Anatomie, chirurgische. 72 (Bz.).
Angiome, primäre der Muskeln. 155.
Angioneurotische Gelenkleiden. 3.
Angiosklerotische Knochenveränderung. 67.
Antidiphtherieserum zur Behandlung des Erysipel. 188.
Anzolettische Operation bei angeborenem Klumpfuß. 13.
Arachnodaktylie. 45.
Arme, Missbildung beider. 182.
— künstlicher 239.
Armbrüche. 115.
Arteria radialis Zerreiſsung der bei Radiusbruch. 208.
Arthigon. 81, 129.
Arthrodese. 159.
Asymmetrie bilaterale. 134.
Ataxie, Behandlung der nach Frenkel und Maloney. 103.
Axillaraponeurose. 112.

B.

- Becken, Chirurgie des. 276. (Bz.)
Beckenknochensarkome, primäre. 150
Beckenluxation. 143.
Beine, künstliche. 90.
— billiges Kunst-B. 187.
Beinmuskeln, Bedeutung der für die Statik des Körpers. 63.
Bleiarbeiter, Radialisparese bei. 58.
Bindegewebe in veränderter Funktion. 99.
Bizepssehne, Ruptur der. 115, 116.
Bolusseife und -paste zur Händedesinfektion. 35.

- Brachydaktylie. 45. 208.
Brustwirbel, Bruch des zwölften. 189.
Bursa acromialis, Syphilis der. 249.
Bursa semimembranosa, Hygrom der. 144.
Bursitis subacromialis. 183, 242.
— Verkalkung der Spinatussehne nach. 265.

C.

- Chirurgie, Handbuch der. 276 (Bz.).
— Geschichte der Neuen deutschen Ch. 276 (Bz.).
Chondrom der Fibula. 159.
— der Gelenkkapsel. 2,80.
Chondromatosis des Handgelenks. 56.
Chondrodystrophie und Infantilisismus. 78.
Coccygodynie. 182.
Condylus internus femoris, Stiedascher Knochenschatten am. 140.
Coxa valga. 59.
Coxa vara. 59, 168.
Cramerschiene zur Mobilisierung versteifter Gelenke. 203.

D.

- Daumenstrecksehne, subkutane Zerreiſsung der. 191.
Daumentransplantation. 263.
Deformität und Wachstumsstörung. 77.
Degrassator. 30, 89
Dekubitus, Paraffinum liquidum bei. 93.
Diathermie. 29, 30, 88, 189, 260.
Distractionsklammern. 125, 126, 202, 262.
Drahtextension am Kalkaneus. 254.
Dupuytren'sche Kontraktur. 244.
— Fibrolysineinspritzungen bei. 56.

E.

- Elephantiasis nostras. 226.
Ellbogengelenk, Kontraktur des. 236.
— Verletzungen am. 117, 118, 119.
— Drainage des. 207.
— Resektion des tuberkulösen. 266.
Ellbogenscheibe. 244.
Embolie paradoxe bei Fraktur. 230.
Enchondrom. 227.
Entbindungslähmung. 117, 136, 169.
Enuresis nocturna. 44.

Eosinophilie nach Resektion des Ischiadikus 226.
Epilepsie, Veränderung des Femur bei 268.
Erfrierungsgangrän. 36, 97, 213, 214, 221.
Ersatzglieder für Kriegsverstümmelte, Preisausschreiben. 214.
Erysipel, Behandlung des mit Antidiphtherieserum. 188.
Exostosis cartilaginea multiplex. 195.
Extensionstriangel bei Oberarmschussbrüchen. 238.
Extensionsverband. 25, 179, 199, 229, 248, 250.

F.

Faszientransplantation. 90, 173, 194, 243.
Federndes Knie. 251.
Feldtrage. 128, 261.
Fettembolie bei orthopädischen Operationen. 104.
Fettleibigkeit, Elektrotherapie der. 30, 89.
Fibrolysin bei Dupuytrenscher Kontraktur. 56.
— bei Sklerodermie. 91.
Fibrositis der Glutaeal- und Oberschenkelmuskeln. 153.
Fibula, Fehlen der rechten. 269.
— Brüche der. 64.
— indirekte Brüche der. 164.
Finger, angeborene Deformität der. 245.
Fingergelenke, Mobilisation versteifter. 209.
Fingerkontrakturen, Differentialdiagnose der. 56.
— Behandlung der nach Panaritien. 142.
Fingerplastik. 245.
Fingerstreckverband. 209.
Fingerverletzungen. 262.
Freie Körper im Kniegelenk. 158.
Freiluftbehandlung eiternder Wunden. 132.
Fremdkörper im Psoas. 187.
Fremdkörpernachweis, röntgenologischer. 89, 131, 258, 259.
Frost. 36, 97, 213, 214, 221.
Friedmannsches Tuberkulosemittel. 86, 115.
Fuss, Statik des. 164.
— vordere Stützpunkte des. 252.
Fussbeschwerden. 253.
Fussdeformitäten, operative Verbesserung der nach Poliomyelitis. 271.
Fussgangrän. 159.
Fussgelenktuberkulose. 270.
— nach offenem Bruch. 165.

Fussgeschwulst. 64, 70, 164, 192, (Bz.), 213.
Fusspflege. 257.
Fussstützmaschine für Peroneus- und Tibialislähmungen. 256.

G.

Ganglien, seltene. 143.
— am Ringfinger. 142.
Gangrän der Zehen und des Fusses. 159.
Gangrän, symmetrische. 274.
— nach Trauma. 225.
12 Gebote, Anmerkung zu Ritschls. 51, 145.
Gehhülse. 187.
Gelenkchondrome. 2, 80.
Gelenkentzündungen, infektiöse. 158.
— ankylosierende traumatische. 180.
Gelenkentzündung, deformierende. 84, 129.
— der Hüfte. 167.
Gelenkerkrankungen, angioneurotische. 3.
— gonorrhoeische metastatische. 3.
— bei Hämophilie. 65.
— chirurgische Behandlung septischer. 81.
Gelenkkapsel, Regeneration der am Knie. 63.
Gelenkkontraktur, traumatische. 138.
Gelenkkörper, Entstehung der freien. 84.
Gelenkmäuse. 95, 251.
Gelenkrheumatismus, Wassermannsche Reaktion bei. 3.
Gelenktuberkulose. 4 ff., 59, 133, 134, 173, 273.
Gelenküberpflanzung. 119, 262.
Gelenkverletzungen. 126, 181, 182, 191, 203, 204, 229.
Gelenkversteifungen. 82, 129, 181, 209, 211.
Genu recurvatum congenitum. 24, 62.
Geschlechtsorgane, Atrophie der bei Riesenwuchs. 31.
Geschwülste, Behandlung maligner mit Dialysaten. 98.
Gipsklammer. 261.
Gipsschienen. 124.
Gipstisch, improvisierter. 124.
Gipsverband, 90, 124, 177, 186 ff., 197, 236, 260.
Gonitis tuberculosa, Behandlung der. 268, 269.
Gonorrhoe, gon. metastatische Arthritis. 3.
— Arthigonbehandlung bei gon. Gelenkerkrankungen. 81, 129.
Grosszehenendphalanx, laterale Deviation der. 67.

H.

- Halsrippe. 234.
Halswirbel, Luxation eines. 18.
— Rotationsluxation des Atlas. 135.
— Erkrankung des obersten unter dem Bilde des Malum Rustii. 108.
Halswirbelsäule, Verletzung der. 234.
— Totalluxation der. 110.
Hämophilie. 224.
— Gelenkerkrankungen bei. 65.
Hand, künstliche mit automatischer Greifbewegung. 240.
Händedesinfektion. 35.
Handgelenk, Chondromatosis des. 56.
— Mobilisation versteifter. 209.
Handschutz bei eitrigen Operationen. 35.
Handwurzelknochen, Verletzung der. 138.
Hängemattenextensionsverband bei Unterschenkelbrüchen. 212.
Hauttransplantationen. 167.
Heftpflasterverbände bei Schusswunden. 219.
Heissluftapparate, improvisierte. 31.
Heissluft-Massage. 259.
Hemihypertrophie, angeborene. 224.
Hemiplegie, orthopädische Behandlung bei. 231.
Hernia femoralis, Verschluss der durch Knochen transplantation. 100.
Höhensonne, künstliche. 7, 9, 28, 29, 87, 133, 228.
Hüftgelenk, Versteifung des. 139, 189.
— nicht tuberkulöse Erkrankung des. 184.
— Resektion des. 152.
Hüftgelenksentzündung, deformierende. 167.
— tuberkulöse. 20, 153, 154, 267.
— tabische. 185.
Hüftgelenksverrenkung, angeborene. 62, 94, 139, 166, 185, 209, 246, 266.
— portativer Apparat bei. 151.
— traumatische. 139.
Hygrom, intraossales. 159.
— der Bursa semimembranosa. 144.
Hülsenextension statt Heftpflasterextension. 229.

I.

- Ikterus der Neugeborenen und spastische Kinderlähmung. 225.
Ischämische Kontraktur. 166.
Ischämische Lähmung. 137.
Ischias. 153.
— Behandlung der. 172.
— Nervendehnung bei. 222.

- Infantilismus und Chondrodystrophie. 78.
Innenschiene bei Oberarmbruch. 237.
Intermediärknorpel, Transplantation des. 119.

J.

- Jodoformöl, Injektion des in Gelenke. 97.
Jodtinktur, Desinfektion mit. 34.

K.

- Kalkaneus, Frakturen des. 162.
— Kompressionsfrakturen des. 253.
Kalkaneussporn. 163, 254.
Kallusbildung nach Knochenverletzungen. 194.
Karlsbader Salz in der Wundbehandlung. 93.
Kautschukplättchen, Implantation von. 100.
Kerithérapie. 94.
Kinderlähmung, spinale. 148, 232.
— chirurgische Behandlung der. 102, 103.
— operative Verbesserung der Fussdeformitäten nach. 271.
Kinderlähmung, zerebrale. 165, 169.
— und Ikterus neonatorum. 225.
Klauenhohlfuss, Beziehungen des zur Spina bifida occulta. 40, 41.
Klumpffuss, Behandlung des. 68, 69, 160, 254, 255.
— Verhütung des Abrutschens des Verbandes bei. 147.
— Anzolettische Operation bei angeborenem. 13.
Klumphand, angeborene. 46, 47, 208.
Knie, federndes. 251.
Kniegelenk, Osteom im. 251.
— angeborene Verrenkung des. 60.
— Verletzungen des. 155, 157.
— Schussverletzungen des. 211, 250.
— Regeneration der Gelenkkapsel am. 63.
— Verpflanzung ganzer. 65.
Kniegelenksentzündung, eitrige. 149.
— chirurgische Behandlung der tuberkulösen. 23.
Kniegelenksversteifung, Mobilisierung bei. 211.
Kniescheibe, Brüche der. 166.
— Naht der. 156.
— Nekrose der halben. 252.
— Exstirpation der wegen Osteomyelitis. 65.
Kniescheibenverrenkung, angeborene. 157.
— rezidivierende. 157.

Knöchelbruch. 70.
 Knochen, Veränderungen der nach Neuritis. 195.
 Knochenatrophie, akute nach Unfall. 196,
 Knochenbrüche. 192. (Bz.).
 — paradoxe Embolie bei. 230.
 — Behandlung der. 123, 125, 126, 161, 173, 175 ff, 197 ff., 229, 265, 272.
 — Heilung der mittels Röntgenreizdosen. 203.
 — Geraderichtung verschobener Knochenenden. 262.
 Knochengeschwülste, Sterilisation des Knochens bei. 101.
 Knochenmarkstransplantation, autoplastische. 230.
 Knochennarbe, Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Bildung der. 28.
 Knochenneubildung. 101.
 — nach Schussverletzung. 221.
 Knöchenschatten am Condylus internus femoris. 140.
 Knochentuberkulose. 5, 66, 133, 134, 270, 273.
 Knochenüberpflanzung. 62, 65, 99, 100, 101, 119, 150, 167, 173, 174, 175, 231, 261.
 — Quelle der Regeneration bei. 123.
 Knochenzyste am Fersenbein. 67.
 Knorpelnekrose und Arthritis deformans. 84.
 Kompressionsfraktur des 5. Lendenwirbels. 39
 Kopfschüsse, orthopädische Behandlung der Spasmen nach. 222.
 Korsette und Rumpferunstaltungen. 96.
 Krebs, Knochenmetastasen bei. 182.
 Kriegsarztliches Taschenbuch. 192 (Bz.).
 Kriegschirurgie 264 Bz.).
 Kriegsorthopädisches. 217, 218.
 Krüppelfürsorge 261.
 Kümmeische Krankheit. 39.
 Kyphose, Situs der Thoraxeingeweide bei spitzwinkliger. 135.

L.

Lähmung, familiäre periodische. 275.
 Laminektomie. 109, 222.
 Leerschiene. 229.
 Lendenwirbel, Bruch der Querfortsätze der. 110, 204.
 — Kompressionsfraktur des fünften. 9.
 Lendenwirbelsäule, Spondylitis deformans der. 107.
 Lichtbehandlung bei Schussverletzungen. 132.
 Ligamenta cruciata, Bedeutung der bei Kniegelenksverletzungen. 65.

Lokalanästhesie, pneumatische. 92.
 — Ursachen des Schmerzes nach. 92.
 — bei Hauttransplantationen. 219.
 Lueticin. 81.
 Luft, getrocknete zur Behandlung granulierender Wundflächen. 35.
 Lumbalanästhesie. 233.
 Lungenblutung und Unfall. 33.
 Luxatio manus sub lunato. 57.

M.

Madelung'sche Missbildung. 47.
 Magengeschwür, Durchbruch eines und Betriebsunfall. 32.
 Malazie, traumatische. 120.
 Malum perforans pedis. 71.
 Malum Rustii, vorgetäuscht durch eine Erkrankung des obersten Halswirbels. 108.
 Mariesche Krankheit. 83.
 Marschkrankheiten. 122.
 Massage 263 (Bz.), 264 (Bz.).
 — bei Nervenkrankheiten. 232.
 Mechanothérapie. 259, 260.
 Medikomechanische Anstalt, improvisierte. 128.
 Medikomechanische Apparate. 259, 264.
 Meniskusverletzungen. 143, 155, 210.
 Metakarpus, Einpflanzung eines. 167.
 Missbildungen. 23, 45, 46, 62, 78, 141, 182, 245, 262, 263.
 Mittelfußbrüche durch indirekte Gewalt. 252.
 — Bruchlinien bei Quetschungsbrüchen. 213.
 — Pflasterbehandlung bei. 164.
 Mittelarmbehandlung der Oberarm-schaftbrüche. 238.
 Musculus deltoideus, Defekt des durch Schussverletzung. 262.
 Musculus supraspinatus. 207.
 Muskeln, primäre Sarkome der. 148.
 Muskelangiome, primäre. 155.
 Muskelatrophie, myopathische. 172.
 Muskelüberpflanzung. 231, 243, 265.
 — auf innere Organe. 100.
 Myelom des Sternum mit Radium behandelt. 265.
 Mykose, eine neue. 130.
 Myopathie. 130.
 Myositis infectiosa. 167.
 Myositis ossificans. 119, 172.

N.

Nagelextension. 22, 61, 201, 202, 248.
 Narkose. 33, 34.

Nasenbein, Ersatz eines gebrochenen durch ein Stück der Scapula. 99.
Natrium salicylicum, Behandlung eiternder Wunden mit ionisiertem. 220.
Nerven, periphere, Schussverletzungen der. 274, 275.
Nerven Anastomose. 12.
Nervenchirurgie. 169, 171, 222, 223.
Nervendefekt. Transplantation bei. 137.
Nerven einpflanzung in den Muskel 102.
Nervenmechanik. 169.
Nervennaht. 102, 117, 172, 223.
— Deckung vor Substanzverlusten bei. 198.
Nervenpfropfung. 232.
Nervenüberpflanzung. 231.
Nervus ischiadicus, Eosinophilie nach Resektion des. 226.
Nervus obturatorius, subperiostale Neurotomie des. 139.
— intrapelvine extraperitoneale Resektion des. 151.
Nervus ulnaris, Läsion des durch Fixation in einer Narbe. 244.
Neuritis, Knochenveränderungen nach. 195.
— Elektrotherapie der. 31.
Neurolyse des Plexus brachialis. 183.
Nicoladonische Plattfussoperation. 164.
Nystagmus, funktioneller Schiefhals bei horizontalem. 36.

O.

Oberarm, Exartikulation des wegen Sarkom. 114.
Oberarmbrüche. 184, 191, 237, 238, 262.
— Bildung eines zweiten Humerus-schaftes bei suprakondylärem. 58.
— Exstirpation des freien Fragments bei Bruch des äusseren Condylus. 54.
Oberarmkopf, Epiphysenlösung des 241, 242.
Oberschenkel, angeborene Deformität der. 60.
— Veränderungen des bei Epilepsie. 268.
Oberschenkelbrüche 73, 125, 555, 184, 185, 186, 247, 248.
Oberschenkelkopf, Frakturen des. 151.
Oberschenkelprothese, Erlangung der Dienstfähigkeit durch. 49.
Ohrmuscheln, Verbildung der. 45.
Olekranonsporn. 163.
Operationstisch, orthopädischer. 152.

Orthodontie. 257.
Orthopädie im Kriege. 121, 217 218.
— und Pädiatrie. 76.
Os lunatum, Kompressionsbruch und traumatische Erweichung des. 141.
— Malazie nach Brüchen des. 120.
— Luxation des. 245.
Os naviculare carpi, Brüche des 163, 165.
— Malazie nach Brüchen des. 120.
Os naviculare tarsi, Brüche des. 163.
Os triquetrum, Fraktur des. 57.
Os vesalinum. 67.
Osmiumsäure, Einfluss der auf die Knochenneubildung. 61.
Ossifikationen, posttraumatische im Gebiete des Ellenbogengelenks. 58.
Osteitis chronica des Steissbeins. 53.
Osteitis fibrosa. 79, 115, 155.
Osteoarthritis bei Tabes. 227.
Osteochondritis deformans juvenilis. 4, 83, 140, 247.
Osteochondritis dissecans und freie Körper im Kniegelenk. 158.
Osteom im Kniegelenk. 251.
Osteomyelitis. 76, (Bz.).
— des Femur. 184, 186.
— der Rippe. 108.
— purulenta der Wirbel. 206.
Osteomyxom. 195.
Osteosarkom des Femur. 267.
Osteosynthesis. 60.
— bei rachitischen Knochenverkrümmungen. 127.

P.

Pädiatrie und Orthopädie. 76.
Panaritien, Behandlung der. 142.
Pappülsenschiennen. 179.
Paraffinum liquidum bei Dekubitus. 93.
— zur Wundbehandlung. 122.
Paraplegie, funktionelle traumatische. 130, 150.
Patella cubiti. 244.
Pendelapparate zur Mobilisierung versteifter Gelenke. 204.
Periarthritis humero-scapularis. 242.
Perichondritis, isolierte des Processus ensiformis. 107.
Periost, Späterkrankungen des nach Ruhr. 196.
Peroneuslähmung, Behandlung der. 223.
— Fussstützmaschine für. 256.
Pes adductus, Behandlung des essentiellen. 70.

Phalangen, Verletzungen der. 250.
 — neugebildete. 138.
 Phlegmone, Behandlung der. 93.
 Plattfuss. 1, 270.
 — Differentialdiagnose des. 256.
 — Behandlung des. 69, 160.
 Plattfussoperation, Nicoladonische. 164.
 Plexus brachialis, Stammneuron des. 116.
 — Neurolyse des. 183.
 — osteoplastische Freilegung des unterhalb des Schlüsselbeins. 243.
 Pneumokokkenarthritis. 272.
 Polydaktylie 141, 245.
 Pottsche Krankheit. 38.
 Processus ensiformis, isolierte Perichondritis des. 107.
 Prothesen. 90, 187, 214, 238, 239, 240, 252.
 — Interims- P. 187.
 — Suspension und Stützpunkte der. 89.
 Providoform. 92.
 Pseudarthrosen. 80.
 — funktionsfähige bei schwerer Gelenkverletzung. 136.
 Pseudoparalyse des linken Arms. 241.
 Psoas, Fremdkörper im. 187.

R.

Rachitis, Einfluss der Ernährung auf die Verhütung der. 226.
 Radialislähmung bei Bleiarbeitern 58.
 — Hebeapparat für Hand und Finger bei. 240.
 Radikotomie. 109, 110, 131.
 Radiumbehandlung eines Myelomasterni. 265.
 Radius, angeborenes Fehlen des. 55.
 — Nadel senkrecht zum Schaft des. 137.
 — Bruch des mit Zerreiſung der Arteria radialis. 208.
 Radiusköpfchen, Fehlen des mit Vereinigung von Radius und Ulna. 244.
 — Luxation des. 54, 55.
 — angeborene Verrückung des. 22.
 Radiuspseudarthrosen. 137.
 Refrakturen bei anscheinend geheilten Knochenverletzungen. 230.
 Resektion grosser Gelenke. 18.
 Rheumatismus. 179, 180.
 — Krampfartige Symptome bei. 272.
 Rheumatismus tuberculosus. 6.
 — Behandlung des durch Harnsäure erzeugten. 273.
 Riesenwuchs an den Füssen. 263.

Riesenwuchs mit Atrophie der Geschlechtsorgane. 31.
 Rippe, Bruch einer falschen. 110.
 — Osteomyelitis der. 108.
 Rippentuberkulose und Unfall. 38.
 Rippenüberpflanzung. 174, 235.
 Rodeln, Unfälle beim. 64.
 Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. 10, 27, 86.
 — bei Schussverletzungen. 132.
 Röntgengangrän. 165.
 Röntgenlehre. 71 (Bz.), 72 (Bz.).
 Röntgenreizdosen bei schweren Knochenbrüchen. 203.
 Röntgenstrahlen, Wachstumsreiz der auf die Gewebe. 28.
 — Einfluss der auf die Bildung der Knochennarbe. 28.
 Rückenmarksverletzungen. 111.
 — durch Schuss. 204, 205.
 Rückenmarksgeschwulst mit Radium behandelt. 39.
 Rückenschmerzen. 112.
 Ruhr, periostale Späterkrankungen nach. 196.

S.

Sarkom des Oberarms. 114.
 — myeloides des Oberschenkels. 227.
 — primäre der Beckenknochen. 150.
 — primäre der Muskeln. 148.
 Sauerstoffeinblasungen ins Kniegelenk. 63.
 Schädeldefekt, syphilitischer. 165.
 Schambeinbruch und Symphysenlösung infolge Muskelwirkung. 143.
 Schenkelhals, tuberkulöse Knochenherde im. 154.
 Schenkelhalsbruch. 165.
 Schiefhals, angeborener. 104.
 — funktioneller bei horizontalem Nystagmus. 36.
 Schienenverbände. 147 (Bz.), 177 ff., 184, 229.
 Schinznach, Wirkung der Schwefelthermen von. 188.
 Schlattersche Krankheit. 168.
 Schlüsselbein, Luxatio retrosternalis des. 113, 166.
 Schnellender Finger. 138.
 Schnellende Gelenke. 157.
 Schnellende Schulter. 112.
 Schnellverbandsschiene. 124.
 Schuhwerk, historische Entwicklung des. 160.
 Schulter, schnellende. 112.
 — Karies der. 113.
 Schulterblatt, chirurgische Behandlung der Krümmung des. 183.

- Schulterblattgürtel, Affektionen des als Ursache der Skoliose. 17.
 Schulterblatthochstand. 136, 190, 241.
 — Klebplasterverband bei hysterischem. 95.
 Schultergelenksversteifung, Behandlung der. 236.
 Schulter skoliose. 105.
 Schulterverrenkung. 263.
 — veraltete. 112.
 — habituelle. 207.
 Schussverletzungen. 97, 98, 123, 132, 174, 176, 184 ff., 191, 196 ff., 220, 236 ff., 247 ff., 265, 272.
 Schützengrabenrücken. 249.
 Schwimmbildung. 45.
 Sehnennaht. 233.
 Sehnenüberpflanzung. 233.
 Sequestrotomie, Obliteration der Tibiahöhle nach. 270.
 Skifahren, Unfälle beim. 64.
 Sklerodermie. 91.
 Skoliose. 36, 105, 106, 107.
 — Affektionen des Schulterblattgürtels als Ursache der. 17.
 — Behandlung der. 52, 206, 234.
 — Abbottsche Behandlung der. 11, 14, 15, 37, 106, 235.
 Skoliosometrie. 16.
 Sonnenlichtbehandlung eiternder Wunden. 132.
 — bei chirurgischer Tuberkulose. 87, 88, 273.
 Spannungsfuss, atavistischer als Ursache von Fussbeschwerden. 253.
 Spasmen, orthopädische Behandlung der nach Kopfschüssen. 222.
 Spina bifida. 40, 41, 44, 107, 182.
 Spinatussehnen, Verkalkung der nach Bursitis subacromialis. 265.
 Spitzfusstiefel. 256.
 Splanchnomegalie. 225.
 Spondylarthritis gonorrhoeica. 37.
 Spondylitis deformans der Lendenwirbelsäule. 107.
 Spondylitis tuberculosa, Frühdiagnose der. 241.
 — Rippenüberpflanzung bei. 235.
 Spondylitis typhosa. 241.
 Spondylolisthesis. 17.
 Spreizfedern zur Behandlung von Abszessen. 220.
 Sprengelsche Missbildung. 136.
 Stauungsbehandlung bei Granat- und Schrapnellverletzungen. 219.
 Steissbein, Osteitis chronica des. 53.
 Sternsignalpistolen-Verletzungen. 31.
 Stillsche Krankheit. 3, 82.
 Stoffelsche Operation. 12, 13, 169.
 Stützpunkte künstlicher Glieder. 89.
 Suspension künstlicher Glieder. 89.
 Suspensionsvorrichtung für den Arm. 128.
 Symphysenlösung infolge Muskelwirkung. 143.
 Syndaktylie und die Mendelschen Vererbungsgesetze. 45.
 Synostose, radio-ulnare. 208, 244.
 Syphilis der Wirbelsäule. 108.
- T.**
- Talus, Verletzungen des. 161, 162.
 Tarsektomie. 159.
 — bei Klumpfuss. 68.
 Tendovaginitis gonorrhoeica. 68.
 Tennisellbogen. 54.
 Tetanus nach Abbottscher Skoliosenbehandlung. 106.
 Thoracopagus lateralis. 233.
 Thoraxeingeweide, Situs der bei spitzwinkliger Kyphose. 135.
 Tibia, spiralförmige Torsion der. 68.
 — intrauteriner Bruch der. 21.
 — Kompressionsfrakturen des Kopfes der. 253.
 — Apparat zur ambulatorischen Behandlung der Brüche der. 212.
 — Operation zur Deckung grösserer Defekte der. 149.
 — Heilung grösserer Defekte der durch Transplantation. 62.
 Tibialislähmung, Fussstützmaschine für. 256.
 Trapeziuslähmung. 94.
 Trapezius-Serratuslähmung, Muskel- und Faszienplastik bei. 243.
 Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei chirurgischer Tuberkulose. 85.
 Tuberkulin Rosenbach. 7, 227.
 Tuberkulinherdreaktion bei unklaren Hüftgelenkerkrankungen. 140.
 Tuberkulomucin. 228.
 Tuberkulose, chirurgische. 4 ff., 20, 23, 38, 59, 66, 85, 86, 133, 134, 173, 227, 228, 269, 270, 273.
 — des Fussgelenks nach offenem Bruch. 165.
 — der Wirbelsäule. 109.
 — und Unfall. 6, 7.
 — Röntgenbehandlung der. 10, 27, 86.
 Tumor albus genu. 149.

U.

Ulna, angeborener Defekt der. 119.
— Transplantation bei Defekt der. 55.
— Deformität des Griffelfortsatzes der. 48.
— Bruch der mit Luxation des oberen Radiusendes. 55.
Unfall und Tuberkulose. 6, 7.
Unfallkunde. 31 ff., 38.
Unterschenkel, exzessive Kürze des. 149.
Unterschenkelbrüche. 61, 161, 269.
— Behandlung der Schrägbrüche. 212.
Unterschenkelgeschwüre, Behandlung variköser. 66.

V.

Verbandlehre. 192 (Bz.).
Verblutung, innere in den Oberschenkel. 268.
Verbrennungen, Behandlung der. 35.
Vererbungsgesetze, Mendelsche. 45.
Verrenkungen. 192 (Bz.).

W.

Wachs, flüssiges zur Wundbehandlung. 94.
Wachstum. 77.
Wadenschüsse. 164.

Wassermannsche Reaktion bei Gelenkrheumatismus. 3.

Wassersterilisation durch ultraviolette Strahlen. 29.

Wirbel, Osteomyelitis purulenta der. 206.

Wirbelbrüche. 39, 110, 189, 204, 205.

Wirbeloperationen. 205.

Wirbelsäule, Anomalien der. 53.

— Verletzungen der. 111.

— Ankylose der. 206.

— Syphilis der. 108.

— Tuberkulose der mit Meningitis. 109.

— Chirurgie der. 276 (Bz.).

Wundbehandlung. 93, 94.

— offene. 190, 219.

— mit getrockneter Luft. 35.

Wundfirnis, Extensionsverbände mit dem Heusnerschen. 199.

Wundinfektion. 35.

Wundverband. 271.

X.

Xanthom der Haut und der Sehnen. 91.

Z.

Zehen, überzählige. 254.

— Bruchlinien bei Quetschungsbrüchen der grossen. 213.

Zehengrän. 159.

Zeigefinger, Luxation des. 23.

Zelluloidfensterverbände 199.

Namenregister.

A.

Adams 106.
Ahreiner 11.
Aimes 115.
Alamartine 149.
Albee 101, 231, 266.
Albino 66.
Alexander 208, 248.
Alhaique 180.
Amunátegui 148.
Andrée 149.
Andreini 22.
Angerer 86, 247.
Ansinn 237, 262.
Anzoletti 12,

Appelt 163.
Archer 219.
Arnaud 161.
Arnd 133.
Arnett 136.
Arnheim 206.
Ashhurst 229.
Ashley 246.
van Assen 95.
Axhausen 84, 208.

B.

Bachhammer 203.
Backer 132.
Bade 239.

v. Baeyer 90, 222.
Bähr 1, 70.
Bahrman 179.
Baisch 126.
Balthagard 39.
Bancroft 101.
Barber 209.
Bargellini 5, 20, 24, 62.
Bartels 233.
Bassetta 17, 21.
Batten 103.
Batzdorf 189.
Baudet-Piqué 162, 163.
Bauer 189.

Baumbach 69, 160.
Bayer 25.
Beck 7.
Becker, W. 59, 88.
Beesly 162.
Bérard 161.
Bergonié 29.
Bernheim-Karrer 241.
Bertein 157.
Bibergeil 36, 40, 41, 56.
Biedermann 163.
Biesalski 261.
Bilhaut 38.
Bircher 188.
Bird 118.
Black 244.
Bland-Sutton 70.
Blencke 165.
Böcker 185.
Bofinger 3.
Boeters 129.
Böhm 37.
Bolognesi 78.
Bonne 240.
Bonnet 55.
Boothby 220.
Borchard 111, 214.
Borchardt 274.
Borchers 238.
Bouvaist 55.
Brackett 80, 97.
Bradford 200.
Bramwell 91.
Brand 59.
Brandenburg 46.
Brandes 62, 83.
Brentano 126.
Le Breton 187.
Brickner 242.
Brind 31, 162.
Broca 139.
Brulé 29.
Brüning 35, 36.
Brunzel 222.
Buchers 115.
Bucky 260.
Bum 218.
Burckhard 181, 268.
Burger 254.
Busse 28.

C.

Cahen 137.
Caldwell 258.
Calvé 53.
Cappelli 14.
Carl 57.
Carulla 30.
Cathcart 271.
Catherina 18.

Chalier 112, 113.
Chaput 139.
Cheatle 271.
Chiari 61.
v. Chlumsky 92, 151.
Chrysospathes 93, 122.
Clarke 39, 180, 197, 250.
Clevellyn 153.
Cimenko 172.
Cmunt 88.
Cohen 3.
Collyns 110.
Colt 101.
Comer 65.
Convert 44.
Cotte 102.
Cotton 244.
Coes 54, 57, 67, 175, 249.
Courtney 232.
Coyon 45.
Cumberbatch 87.
Cunningham 33.
Currie 56.
Curtillet 130.
Cusumano 12.

D.

Danielsen 186.
Davidson 258.
Davies 138, 250.
Davis 221.
Delbet 100.
Delchef 59.
Delitala 23.
Deutschländer 65, 211.
Doberauer 207.
Dollinger 89.
Dorner 182.
Drachter 115.
Duffy 182.
Dünkeloh 157.
Dunker 41.

E.

Eden 2.
Edsall 275.
Eisner 219.
Els 176.
Eltester 225.
Ely 4, 173.
Engelhardt 204, 237.
Erkes 140, 154.
Erlacher 11, 55, 231.
Etienne 113.
Exner 264.

F.

Fabian 54.
Falk 234.
Falkenstein 273.
Falla 254.
Fasano 65.
Fayol 161.
Fenner 202.
Ferraton 139.
Fericlun 168.
Fetterolf 136.
Fields 183.
Fildes 271.
Finkelnburg 195.
Finkelstein 256.
Fischel 229.
Fischer 260.
Fitzmaurice-Kelly 203.
Fleischhauer 223.
Fleuster 199.
Foisy-Chaput 138.
Foote 268.
Forbes 52.
Fortescue-Brickdale 224.
Frangenheim 159.
Frank, P. 32.
Fränkel, M. 203.
Fraser 141.
Freund, H. 10.
Fritz 178.
Fritz-Simmons 152.
Froelich 38, 137, 160.
Fründ 169.
Fürstenau 72.
Füth 125.

G.

Galeazzi 13, 14, 15, 18.
Galli 241.
Garnier 268.
Gasne 45.
Gaugele 160.
v. Gaza 116, 120.
Geiger 210.
George 227.
Gemmill 270.
Gerulanos 265.
Gilmour 83.
Göbell 166, 190.
Gocht 71, 147.
Goddu 227.
Godin 77.
Goldammer 237.
Goldstein 79.
Götzel 228.
Gould 219.
Grabowski 201.
Graf 165.

Grätz 87.
Gratzl 275.
Greene 100.
Greig 157.
Gross 159.
Grosse 275.
Groth 185.
Groves 123.
Gruber 172, 229.
Grünberg 257.
Guibé 55, 57.
Guinard 161.
Guleke 111.
Gutzeit 67.
Guye 141.

H.

Haas 85, 125.
Hackenbruch 202,
227, 262.
Hadda 189.
Hadra 250.
Hachner 113.
Hagedorn 174.
Hagemann 7.
Hagentorn 98.
Hallopeau-Routier
119.
Handl 247.
Hanke 166.
Hans 260.
Hansing 250.
Hardouin 60.
Hartert 131.
Hasebroek 253.
v. Hansemann 194.
Hayem 157.
Hecht 181.
Hegel 223.
Heile 223.
Heineke 102.
Heinemann 143.
Heinlein 154, 236, 251.
Helferich 192.
Hennemann 182.
Henschen 66, 242, 243,
251.
Hepp 260.
Herhaus 143.
Hernaman-Johnson
259.
Hervat 109.
Herz, M. 77.
Herzberg 81.
Heusner 187, 199, 238.
Heymann 218.
Hirsch, K. 180.
Hirschel 171.
Hirtz-Jacob 89.
Hoefmann 49.
Hoessli 91.

Hoffa 192.
Hoffmann 204.
v. Hofmeister 232,
258, 259.
Hohmann 177.
Hohmeier 248.
Holbeck 151.
Holländer 230.
Horzknecht 131.
Hörak 175.
Horhammer 263.
Hubnung 244.
Huber 266.
Hummel 115.
Hunt 108.
Hurwitz 155.

I.

Immelmann 72.

J.

Jacobsohn 190.
Jankau 192.
Jansen 192.
Janssen 241.
Japiot 107.
Jeanneret 273.
Jensen 208, 233.
Jones 65, 102, 153, 155,
158, 201.
Jubb 245.
Judson 138.
Jüngling 34, 80.
Jurasz 100.

K.

Kach 226.
Kaerger 99.
Kafka 209.
Kahleyss 198.
Kalb 191.
Katz 244, 252.
Keller 119.
Kemel 168.
Keppler 81, 91, 140,
154.
Kirchberg 259.
Kirmisson 106.
Kisch 87, 228.
Klar 115, 167.
Klein, G. 174.
Kleinschmidt 99.
Klemm 76.
Klostermann 147.
Knátek 108.
Kocher 273.
Köhler, P. 187.
Kohlschütter 36, 97.

Kolaczek 79.
Kölliker 109.
König, F. 85, 179.
Kopp 133.
Krämer 124.
Krauss 261.
Kretzschmar 252.
Kromayer 132.
Kuhn 92.
Küster 276.
Kutscher 35.
Küttner 167.

L.

Lambertz 115.
Lamy 68.
Lance 3.
Landois 181.
Lansdown 39.
Lange 76, 121, 179,
Lapointe-Mauclair
116.
Laqueur 209.
Lasek 71.
Laspiur 212.
Laurent 117.
Lavermicoccia 16.
Läwen 100.
Lawrance 142.
Lazaraga 60.
Leclerc 114.
Legrè 61.
Lehmann 58.
Lejars 152.
Lejeune 59.
Leriche 102, 109, 110,
117, 131, 139.
Leser 92, 197.
Levit 194.
Lewandowsky 39.
Lewy 69, 193.
Lexer 200.
Lichtenauer 191.
Ligabue 44, 47.
Liniger 6.
Little 160.
Llewellyn 153.
Lockhart-Mummery
203.
Lohfeldt 107.
Lombard 46, 130.
Lonhard 64, 164, 165,
253.
Lorenz 224.
Lothrop 99.
Löwenthal 226.
Lowman 66.

M.

Maas 134.
Machard 127.

Mackenzie 232, 258.
 Magasbach 70.
 Magnus 225, 254.
 Maguire 60.
 Manther 130.
 Manthos 150.
 Maragliano 13.
 Marchand 263.
 Marshall 129, 183, 271.
 Martin 227.
 Martindu Pan 133,
 208, 228.
 Matti 255.
 Mayer 262.
 Mc. Lean 253.
 Mc. Queen 272.
 Meade 172.
 Means 275.
 Mehler 183.
 Mehmed 167.
 Ménard 38.
 Mendelsohn 186.
 Meyer, A. W., 35, 36,
 97.
 Meyer, H., 110.
 Mayer, L., 231, 236.
 Michelsen 247.
 Milati 96.
 Miller 109.
 Miyau chi 99, 230.
 Mollenhauer 262.
 Mönch 253.
 Moreau 112.
 Morestin 142.
 Morquio 148.
 Morton 135.
 Moschowitz 265.
 Moser 127.
 Most 124.
 Müller, A. 263.
 Müller, G. 213, 233.
 Mülzer 81.
 Mutel 46.
 Myers 213.

N.

Nägeli 53.
 Nespor 176.
 Nicod 235.
 Nicoletti 12.
 Nieber 140.
 Niemy 197.
 Nieod 106.
 Noehte 205.
 Noeske 245.
 Noll 124.
 Nordmann 176.
 Nové-Josserand 159.
 Nussbaum 238.

O.

O'Connor 81.
 Oehler 86.
 Oliver 184, 204.
 Oppenheim, F. 229.
 Orbison 130.
 Osborne 274.
 Osgood 271.

P.

Page 179, 269.
 Palagi 13, 14.
 Papendieck 59.
 Parker 184.
 Parlavecchio 53.
 Paus 230.
 Payr 82, 129, 137, 211,
 237.
 Peiser 178.
 Peltsohn 55, 62.
 Perrenot 118.
 Perrier 59.
 Perthes 196, 222.
 Petrow 123.
 Piqué 104.
 Plagemann 173.
 Platt 112, 169.
 Pluyette 108.
 v. Polák 98.
 Poncet 6.
 del Pont 195.
 Posner 93.
 Potel 78.
 Poth 35.
 Poynton 272.
 Prat-Lenormant 149.
 Price 162.
 Pürckhauer 124.
 Purpura 12.
 Putti 13, 14, 17.

Q.

Quénu 159.

R.

Raffle 141.
 Rajchman 271.
 Rauch 196.
 Rauschenberger 66.
 Redard 52.
 v. Redwitz 123.
 Reh 128.
 Reich 112, 243, 261.
 Reichardt 48.
 Rendy 159.
 Renton 82.
 Riebe 81.

Riedel 143, 144, 154,
 156.
 Riedl 61.
 Rille 263.
 Risley 182.
 Ritschl 145, 206, 212,
 256, 257, 264.
 Ritter 125.
 Robarts 141.
 Roberts 270.
 Robinson 142, 211.
 Roederer 55.
 Rollier 134.
 Rolly 163.
 Rosenstrauß 239.
 Rosenthal 251.
 Roth 119, 236.
 Rothschild 164.
 Roux 255.
 Ruediger 107.
 Rupert-Derome 52.

S.

v. Saar 64.
 Salaghi 16, 20.
 Salvetti 28.
 Samways 271.
 Sander 37.
 Sandes 249.
 Sandford 152.
 de Sandfort 94.
 Sandrock 156.
 Sandy 44, 107.
 Savini 212.
 Scaduto 27.
 Scarlini 13, 22, 23.
 Schaedel 187.
 Schaefer 198.
 Schede 73, 82, 182, 190.
 Scheele 31.
 Scherb 136, 234, 242.
 Scheuermann 246.
 Schitlowsky 269.
 Schlatter 45.
 Schloessmann 200.
 Schlüter 191.
 Schmerz 31, 265.
 Schmideder 150.
 Schmidt 179, 221, 241.
 Schmitt 161, 264.
 Schnée 30, 89, 126.
 Scholder 104.
 Schöni 270.
 Schöppler 119.
 Schröder 225.
 v. Schrötter 9.
 Schultes 128.
 Schulthess 168.
 Schuster 56, 122.
 Schütze 72.

Schwarz, B. 28.
Seedorff 245.
Segale 63.
Sehrt 219.
Selig 151, 207.
Senger 164.
Serra 67, 155.
Servé 35.
Sever 106, 272.
Shenton 117.
Siedamgrotzky 143.
Sievers 113, 114.
Sippel 107.
Snowball 161.
Somerville 31.
Sonnenschein 254.
Soubeyran 114.
Soutter 200.
Sparmann 228.
Spiller 225.
Spitzzy 239, 240.
Sprengel 68, 90.
Springer 47, 219.
Stanek 234.
Stein, A. E. 88, 236.
259.
Steinthal 223.
Stemmler 110.
Stierlin 79, 97.
Stock 105.
Stoeger 261.
Stoffel 169, 171.
Stoller 267.
Stoney 172.
Strasser 226.
Straub 34.
Strohmayer 86.
Stubenrauch 129, 190.
Svátek 188.
Sympson 252, 269.
Szubinski 164.

T.

Tavernier 113, 155.
Thomas 45.

Tiegel 220.
Tietze 138.
Tilanus 94, 95.
Tobiásek 235.
Todd 227.
Töpfer 199.
Tosatti 45.
Trembur 44.
Treves 72.
Troell 80, 158.
Trumpp 90.
Trutié de Vaucresson
159.
Tubby 222, 248.
Turner 104, 117, 118,
265.
Tuttle 186.

U.

Uffreduzzi 54.
Ulrichs 63.

V.

Valtancoli 17.
de Vaucresson 159.
Vecchi 60.
Veith 128.
Versé 185.
zur Verth 31, 213.
Veyrassat 267.
Vignard 87, 106.
Virchow 135.
Vischer 97.
Vitale 18.
Voelcker 171.
Vogel 140.
Volkmann 206.
Vormann 172.
Vulliet 245.
Vulpus 9, 51, 219.

W.

Wachsner 134.
Wachtel 131.
Wächter 254.
Wallace 184, 201.
Walter 209.
Walther 3.
v. Walzel 118.
Watson 161, 213.
Watts 137.
Weber 195.
Weinert 32.
Weissbrem 136.
Weissgerber 197.
Welty 256.
Wendel 165.
Wenglowski 101.
Werner 149.
Wertheim-Salomon-
sohn 94.
Wheeler 174.
Wight 184.
Wilde 196.
Wildt 248.
Wilkie 4.
Willems 68.
Wilson 173, 233.
Winfield 204.
Wohlgemuth 178.
Wolf, F. H. 103.
Wollenberg 69.
Woolf 249.
Wright 272.

Z.

Zahradnicky 205.
Zander 7, 31, 33, 38.
Zangemeister 262.
v. Zeynek 30.
Ziegler 92.
Zondek 58.

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07338 8137









