XXII.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Aus der königl. chirurg. Universitätsklinik des Herrn Prof. Freih. v. Eiselsberg
zu Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Luxation des Radiusköpfchens nach hinten durch Narbenzug, mit fast völliger Erhaltung der Function.

Von

Dr. P. Mathes,

Volontärarzt.

(Mit 2 Abbildungen.)

Isolirte, durch eine plötzlich einwirkende Gewalt erzeugte Luxation des Radiusköpfchens nach hinten sind seltene Fälle, als ätiologisches Moment für eine allmähliche Luxation des Radius nach hinten habe ich Narbencontractur nirgends verzeichnet finden können.

In dem vorliegenden Falle dieser Art handelt es sich um einen kräftigen, 11 jährigen Knaben.

Derselbe wurde mit einem Blutmal geboren, das in Form von dichten, blauen Adernetzen die ganze Haut des linken Armes, mit Ausnahme eines schmalen Streifens an der Streckseite, vom Handrücken bis zur Schulter einnahm; nach 5 Wochen war auf dem Handrücken eine mit milchiger Flüssigkeit gefüllte Blase entstanden, deren Umgebung nicht geröthet war, eine grosse Zahl ähnlicher Blasen bedeckten bald den ganzen Arm. Die Blasen platzten theils, theils wurden sie eröffnet, heilten jedoch nicht, so dass binnen kurzer Zeit die Oberfläche des Armes in eine stinkende, eiternde, mit „wildem Fleisch“ bedeckte Geschwürsfläche verwandelt war; der ganze Arm war auf das Doppelte seines Volumens angeschwollen. Nach zahlreichen Incisionen und Cauterisationen besserte sich der Zustand vorübergehend; nach einem Monat traten neuerdings Blasen auf, und eine tiefgehende Eiterung am Vorderarm nöthigte zu Incisionen, die die Sehnen freileigten. Nach einem 3. Recidiv war der Arm schliesslich geheilt, der 5. Finger jedoch so stark nach innen verkrümmt, dass er nach einem von Gangrän gefolgten Versuch, ihn blutig zu redressiren, amputirt werden musste. Der ganze Krankheitsprocess war mit dem 3. Lebensjahre abgelaufen. Bemerkenswerth dabei ist, dass die Bewegungsfähigkeit des Armes während der ganzen Zeit nicht wesentlich beschränkt war, die

Drehung des Unterarmes war nur wenig, die Streckung durch die sich anspannenden Narbenstränge behindert, gegen Ende des Sommers 1896 bemerkte die Mutter einen knöchernen Vorsprung an der Aussenseite des Ellbogens, nachdem schon im Frühjahr 1895 leichte Schmerzen im Gelenk vorübergehend bestanden hatten, ohne dass jedoch irgend eine Veränderung bemerkt worden wäre.

Im December 1896 kam Pat. zum ersten Male in Behandlung des Herrn Prof. v. Eiselsberg.

Status vom 12. December. Der linke Arm ist mindestens ebenso kräftig als der rechte. Die Haut des ganzen Armes ist mit Ausnahme eines zweifingerbreiten Streifens, an der Streckseite ganz von blassen, netzförmig angeordneten Narben durchzogen, die von den Metacarpophalangealgelenken bis zur Schulterhöhe ziehen; die Hohlhand ist frei von Narben; die Haut ist überall elastisch und gut verschieblich. Der 5. Finger fehlt, über dem Köpfchen des 5. Metacarpalknochens befindet sich eine glatte Narbe. Ein flughautartig sich anspannender Narbenstrang zieht vom oberen Drittel des Oberarmes bis zur Radialseite des Handgelenkes, überbrückt in ansehnlicher Höhe das Ellbogengelenk und bildet über dem Handgelenk eine ziemlich scharfe Leiste. Der Arm steht in leichter Pronationsstellung, er kann im Ellbogengelenk vollständig gebeugt, aber nur bis zu etwa 120° gestreckt werden; Pro- und Supination ist kaum merklich eingeengt. Bei Letzterer spannt sich die narbige Hautfalte an, wodurch diese Bewegung etwas mehr behindert ist als die Pronation. Der mediale Antheil des Ellbogengelenkes ist völlig normal. Hinter und unter dem Epicondylus externus befindet sich dicht unter der Haut ein knöcherner Vorsprung von der Grösse einer halben Nuss, der das Radiusköpfchen ist. Unter und vor dem Condylus humeri externus ist eine tiefe Grube fühlbar, die Conturen des Condylus selbst sind deutlich abzutasten.

Zur Beseitigung der die Streckung hinterlichen Flughaut wird an der Bogen- und Streckseite des Ellbogens ein U-förmiger Schnitt, Y-förmig vernäht, mit augenblicklich befriedigendem Resultat. Die vorspringende Leiste am Handgelenk wird durch einen queren Schnitt beseitigt, der Defect durch ein Thiersch'sches Lappchen vom Oberschenkel gedeckt. Nach einigen Tagen ist der obere winklige Lappen der Y-förmigen Wunde gangränös geworden, das Lappchen am Handgelenk ist nicht angeheilt. Es wird nochmals eine Deckung der beiden granulirenden Wunden mit Thiersch'schen Lappchen vorgenommen und diesmal mit vollkommenem Erfolg. Nach zweiwöchentlicher Dauer der Behandlung wird Pat. entlassen. Die Bewegungen des Hand- und Ellbogengelenkes sind völlig frei; zur weiteren Uebung des Armes wird dem Pat. verordnet, fleissig mit Hanteln zu turnen.

Jetzt nach einem Jahre wurde mir der Knabe von Herrn Prof. v. Eiselsberg zur Untersuchung übergeben. Das nachstehende Bild (Fig. 1) zeigt am Arm des Pat. das luxirte Radiusköpfchen. Die von der vorjährigen Operation gebliebenen Narben sind solid und zeigen keine Spur von Ulceration. Sämmtliche Bewegungen des Armes sind nach jeder Richtung vollkommen frei, mit Ausnahme der schon im vorigen Jahre festgestellten minimalen Beschränkung der extremen Drehung des Vorderarmes. In Streckstellung verlaufen die Achsen des Ober- und Unterarmes in einer geraden Linie ohne jede seitliche Abweichung.

Die Dicke des linken Oberarmes übertrifft die des rechten um $\frac{1}{2}$ Cm., die Musculatur ist sehr kräftig. Pat. hat den Rath, mit Hanteln zu turnen genau befolgt; er „stemmt“ dieselben (à 3 Ko.) 300 mal täglich.

Fig. 1.

Im Röntgenbilde (Fig. 2) sind die Verhältnisse der einzelnen, das Ellbogengelenk bildenden Knochentheile sehr deutlich zu sehen. Dem Umstande, dass die Luxation lediglich nach hinten ohne seitliche Verschiebung erfolgt ist, entspricht das Verhalten des oberen Radiusendes zum Humerus: die Gelenkfläche steht frei nach hinten heraus, während die vordere Fläche des Radiuskopfes dem Condylus externus anliegt.

Das angeborene Mal war ohne Zweifel ein ungewöhnlich ausgedehntes, flächenhaftes Angiom, durch welches eine Entzündung in der Haut rasch propagirt wurde. Der primäre Herd der Entzündung ist wahrscheinlich von einem der erwähnten Bläschen ausgegangen, deren Natur nicht genau festzustellen ist. Die vorgenommenen Operationen waren theils gegen die Entzündung und deren Folgeerscheinungen, theils gegen die Reste des Angioms gerichtet, waren in dieser Richtung zwar von Erfolg begleitet, hatten jedoch andererseits eine ausgedehnte Narbenbildung herbeigeführt.

So klar die anatomischen Verhältnisse besonders durch die Röntgen-Photographien sind, so schwer ist es für den Mechanismus der Luxation eine befriedigende Erklärung zu finden. Der Narbenstrang war bei der 1. Untersuchung so elastisch und dehnbar, dass er in seiner damaligen Form als Ursache für die Veränderung nicht angesehen werden konnte. Es ist aber trotz der Angaben der Mutter, dass die Beweglichkeit des Armes nie sonderlich beschränkt war, anzunehmen, dass er anfänglich straffer war und erst später durch passive Dehnung so weit ausgezogen wurde, wie er sich schliesslich präsentirte. Wie damals der Narbenstrang durch Hemmung der Bewegung zur Luxation Veranlassung gab, lässt sich heute nicht mehr entscheiden; dass aber ihm eine wesentliche Rolle dabei zugefallen ist, geht daraus hervor, dass jedes andere ätiolo-

gische Moment, wie tiefgehende, das Gelenk zerstörende Eiterung, acutes Trauma u. s. w., auszuschliessen ist.

Fig. 2.

Die Stellung des Radiusköpfchens hinter dem Condylus externus hat ihren Grund in der Verlängerung des ganzen Knochens um fast 1 Cm.; diese Erscheinung findet ein Analogon in allen Fällen, in denen sich nach Wegfall des physiologischen Gegendruckes eines Organtheiles auf einen anderen ein excessives Wachsthum einstellt. Dadurch, dass der Ansatzpunkt der Bicepssehne durch die Längsverschiebung des Radius nach hinten, der Gelenksachse wesentlich genähert ist, sollte man eine geringere Wirksamkeit der Bicepscontraction erwarten: die Consequenzen der Verkürzung des Hebelarmes sind jedoch durch eine systematische Uebung des Muskels ausgeglichen.

Die Function des Armes ist somit beinahe völlig erhalten, was im Vergleich zu den traumatischen Luxationen sehr auffallend ist, bei denen die Schädigung der Function weitaus im Vordergrunde der Erscheinungen steht.

Während sich nämlich die Verschiebung der Knochentheile aneinander ganz allmählich abgespielt hat, war genügend Zeit zur Bildung eines neuen Gelenkes vorhanden, so dass schliesslich statt der oberen Fläche des Radiusköpfchens seine vordere mit dem *Condylus externus humeri* articulirt; dabei erfolgte allerdings eine starke Verbiegung des Radiuschaftes in sagittaler Richtung nach hinten.

2.

Ueber die Wiederherstellung der hinteren Harnröhre aus den Weichtheilen des Dammes.

Von

Dr. C. A. Ljunggren
in Trelleborg (Schweden).

Sowohl bei der modernen Behandlung von Stricturen der Harnröhre, besonders der traumatischen, vermittelt Resection der Harnröhre, als bei der Behandlung der traumatischen Rupturen ist ohne Zweifel die wichtigste Aufgabe, den zerstörten Theil der Harnröhre zu ersetzen.

Es ist wohl überall unter Sachverständigen die Meinung geltend, dass der Substanzverlust der Harnröhre vermittelt einer vollständigen Naht der durchgetrennten Harnröhre am besten ersetzt wird.

In der Regel lässt sich diese Naht ausführen, aber nicht so selten kommt es vor, dass eine directe Vereinigung der Harnröhre sich nicht herstellen lässt, ohne eine dauernde Formveränderung des Penis zu bewirken, oder ohne dass eine sehr bedeutende Spannung an der Suturstelle entsteht — in beiden Fällen ist das beste Verfahren, keine Naht anzulegen.

Um die Harnröhre unter diesen Umständen wieder herstellen zu können, giebt es 2 Methoden, die eine, durch plastische Operation den Defect zu decken, die andere, die Harnröhre aus Perinealweichtheilen wieder herstellen.

Letztere Methode habe ich in 2 Fällen mit sehr befriedigendem Resultate versucht, und da meine Fälle mir in nicht unwesentlichem Grade zu einer genauen Kenntniss der Leistung dieser Methode beitragen zu können scheinen, erlaube ich mir, eine kurze Mittheilung derselben zu geben.

Krankengeschichte I.

J. B., Seemann, 42 Jahre alt, aus Trelleborg, in das Krankenhaus zu Trelleborg am 27. März 1883 aufgenommen, am 10. August 1883 entlassen.

3 $\frac{1}{2}$ Jahre vor der Aufnahme im Krankenhause war der Patient vom Rigge eines Schiffes in den Lastrum herunter, und zwar rittlings über