Besprechungen.

I.

A. Blenke, Orthopädische Sonderturnkurse, ihre Entstehungsgeschichte, Einrichtung und ihr Wert bei der Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen. 260 Seiten mit 60 Textabbildungen. Verlag von F. Enke (Stuttgart).

Sehr zeitgemäß hat nun ein wirklich sachverständiger, orthopädischer Arzt das Wort zu obigem Thema ergriffen, nachdem uns von schulärztlicher Seite (Schmidt-Schroeder) und von turnerischem Standpunkte aus (Echternach) die Sache dargestellt worden war. Ein wenig weitschweifig, aber gründlich hat Verfasser sich ausgesprochen, zugleich auch die Meinungen der hervorragendsten Fachgenossen ins Gefecht führend. Er warnt vor einem allzu großen Optimismus in bezug auf die „modernen“ Versuche, dem Übel der Skoliose mittels „Turnen“ beikommen zu wollen. Dabei möge vielfach noch die irrtümliche Annahme, daß für einen großen Teil der Skoliosen die Schule die Veranlassung sei, eine gewisse Rolle gespielt haben. Und so habe die Begeisterung für gerade in die Schule verlegte Wiederherstellungstätigkeit manchenorts die wundersamsten Blüten getrieben. In Düsseldorf z. B. hätte man von Erfolgen der Turnkurse in ganz unglaublichen Berichten geschwärmt, und auch anderswo suchte man jene noch zu übertrumpfen; selbstredend ohne irgendwelche glaubhafte, gewissenhaft und mit Sachkenntnis ausgeführte Skoliosenmessungen. Von einem mehrmals wöchentlich vorgenommenen „Turnen“ wollte man Erfolge sehen, wie sie kein urteilsfähiger, ehrlicher Spezialarzt jemals hätte konstatieren können bei täglich (oft mehrmals) in der gleichen Zeitlänge der Kurse, mit sehr viel mehr Sorgfalt individualisierend gegebener „Gymnastik“. Ja, auch bei gleichzeitiger Zuhilfenahme der besten (Zanderschen und Schultheßschen) Apparate für Übungen und Skoliosenredressierungen vermochte man dergleichen niemals zu erzielen. Selbst dann müßte man mit bescheideneren Resultaten sich begnügen, wenn aktives und passives Strecken, Umkrümmungen, Lagerungen und sonst noch mancherlei Mittel zur Entlastung, schiefer Sitz und hohe Sohle, Zug- und Druckvorrichtungen und Korsettapparate in den Kampf geführt worden wären. (NB. habe ich all diese Mittel in ihrer Wirksamkeit objektiv geprüft in Dr. Zanders Meßapparat, ob sie nun von mir oder anderen stammten, so daß ich über viele

Messungen in Gips-, Holz-, Leder- usw. und sogenannten Hessiankorsetts, sowie von Bandagistenapparaten verfüge.)

Man dürfte von etwaigen Sonderturnkursen wenigstens nichts bisher Unmögliches erwarten lassen und rühmen. Was wir bestenfalls leisten können mit ihnen, ist Kräftigung rückenschwacher Kinder und einige Besserung schlaffer, schwankender Haltungen, aber doch kaum von ausgebildeten Skoliosen.

S. 1—34 bringt B l e n k e die Anatomie, dann die Erkennung der Skoliose, und hierbei gedenkt er der bei der Untersuchung, zumal von Nichtfachleuten, häufig gemachten Fehler. Er erörtert die Häufigkeit des Leidens, die Ätiologie, bezüglich deren mit Unrecht der Schule eine große Rolle (Hoffas Lehrbuch) zugeschrieben zu werden pflegte. Diese haben aber die Arbeiten von Schanz, Kirsch, Herz und anderen als sehr gering erwiesen. So sagt Spitzzy, auf Grund seiner während 10 Jahren an einer Schule vorgenommenen Untersuchungen, daß der allergrößte Teil der Skoliosen in die Schule schon mitgebracht sei. (Dieses ergeben auch meine am Hamburger Krankenhause 1884 und 1885 gemachten Aufzeichnungen, sowie die vielen Tausende von Messungen, die ich zuerst am Hamburger Zander-Institut von 1886—89 und dann bis 1905 in meiner orthopädischen Anstalt in Frankfurt a. M. gemacht und aufbewahrt habe.)

Bei der Besprechung der Ursachen der Skoliosen, S. 69, ist natürlich in erster Linie B o e h m genannt, welcher ja im Röntgenbilde, als eine ganz neue Veranlassung der Schiefheit einen Entwicklungsfehler an der Wirbelsäule entdeckt hat. Auch die Rhachitis, als eine dem oberflächlich Untersuchenden sehr häufig unbemerkt bleibende Ursache des Schiefwuchses, wird etwas mehr Beachtung verdienen.

Den breitesten Raum des Buches nehmen naturgemäß die Erörterungen über die Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte des orthopädischen Turnens ein — eine unglaubliche Geschichte der wortreichen Selbsttäuschungen und der dreisten Eitelkeiten (S. 85 bis 158). Dann ist noch von der Auswahl der allenfalls in der Schule von dem Schularzte auszuwählenden Kindern die Rede, ein Kapitel, das niemand besser als Schmidt (Bonn) abgegrenzt hat, indem er sagte: „Die Schule ist kein Heilinstitut und am allerwenigsten eine Stätte für therapeutische Experimente in den Händen von Laien.“ Das 10. Kapitel, S. 165, handelt von der zweckmäßigen Einrichtung der Schulsonderturnkurse, natürlich nur für Rückenschwächlinge, es berichtet auch über die Sonderkurse in Magdeburg.

Das Kapitel 11 gibt einige Beispiele von Übungen (wie man sie nun und nimmer von Skoliotischen machen ließe); es spricht von der gewiß auch empfehlenswerten Idee von Klapp, dem Kriechen (in

etwas doch Fischer redivivus), und von der Überschätzung dieser etwas einseitigen Behandlung.

Im 12. Kapitel wird dann der wahre Erfolg der Sonderturnkurse, bzw. ihr Unwert zur Bekämpfung eines — vielfach — Knochenleidens besprochen. Es genügt wohl, wenn Verfasser das entscheidende Wort von Professor Biesalski (Berlin) anführt, daß von dem Turnen eigentlich zu wenig oder gar nichts bei Skoliosen zu erwarten sei, weil eben alles unerläßliche Individualisieren dabei fehle.

Dr. H. Nebel (Koblenz).

2.

Dr. C. Marcus, leitender Arzt der Posener Anstalt für Unfallverletzte, Ratgeber zur Technik der Begutachtung Unfallverletzter, mit besonderer Berücksichtigung der Verletzungen der Gliedmaßen, für praktische Ärzte. Verlag von F. Enke, Stuttgart.

In einem Vorwort zu dem 123 Seiten starken Leitfaden sagt Prof. Thiem, daß am Ende ein solcher Ratgeber einen von den Praktikern empfundenen Bedürfnisse entspreche. Man kann dieses in der Tat annehmen, da die größeren Werke von Thiem und v. Kaufmann für die praktischen Ärzte zu umfangreich und auch zu teuer sind. Verfasser spricht nach einer Einleitung zunächst von den allgemeinen Gesichtspunkten für die Abfassung des Gutachtens, dann kommt er zu der Krankengeschichte (Beisp. 1—3), zu der Untersuchung, und zwar I. dem Allgemeinzustand (Beisp. 4 u. 5) und II. den Verletzungsfolgen (Beisp. 6 u. 7). Dann folgt das Gutachten mit I. der Aufzählung der Unfallfolgen (Beisp. 6 u. 7), II. den sonstigen Krankheitserscheinungen (Beisp. 8—12), wobei die grundsätzliche Wichtigkeit und Genauigkeit des Zeugnisses des erstbehandelnden Arztes und des Zeitpunktes der ersten Begutachtung — der leider vom Gesetze offen gelassen wurde — betont wird; auch ist von den Folgen der unberechtigten und unzweckmäßigen Schonung die Rede. III. Übereinstimmung der Angaben des Verletzten mit dem Befunde (Beisp. 2, 13—15). IV. Die Bewertung der Unfallfolgen, die der Arzt nicht verpflichtet ist, nach Prozentsätzen anzugeben! A. Deformitäten der Knochen (Beisp. 16—24). B. Versteifung und Beweglichkeitsbeschränkung der Gelenke. I. Versteifung, II. Beweglichkeitsbeschränkung der Gelenke, III. abnorme Beweglichkeit, IV. Störungen der Gelenkfunktion durch Lähmungen (Beisp. 72—74), V. durch arthritische Prozesse (Beisp. 75—79).

Es folgen C. die Muskelabmagerung (Beisp. 80—83), D. Verlust von Gliedern (Beisp. 84—86), E. Zirkulationsstörungen (Beisp. 87 bis 92), F. Narben (Beisp. 93—100), G. Hautempfindlichkeit (Beisp. 101 u. 102), H. Störungen der elektrischen Reaktion (Beisp. 103 u. 104).

Dann wird V. die Frage der weiteren Behandlung, VI. der weiteren Besserung und VII. des Termins der Nachuntersuchung besprochen. S. 72—123 kommen dann die Beispiele von Krankengeschichten.

Dr. H. Nebel (Koblenz).

3.

Dr. Murk Jansen, Das Wesen und das Werden der Achondroplasie (Zwergwuchs). Verlag von F. Enke, Stuttgart.

In dieser schön und reich, mit 55 Abbildungen auf 114 Seiten, geschmückten Studie unternimmt der holländische Dozent in geistvoller Weise den Versuch, Ordnung in das Chaos der orthopädischen Pathologie des Zwergwuchses zu bringen. Der klinischen Betrachtung gilt, daß neben dem Zwergwuchse der Knorpelknochen (= Achondroplasie) noch weitere charakteristische Symptome, zum Teil bisher übersehene, mechanische Deformitäten des Fötus zu beachten sind. Den Teratologen gibt Verfasser zu erwägen, daß abnorm starker Amniondruck imstande sei, Ernährung und Wachstum eines Teiles des Fötus zu stören; auch das Gesetz der Verletzlichkeit schnell wachsender Zellen sei zu bedenken. — Das Wesen der Achondroplasie wird S. 1—52 sehr eingehend dargestellt. Die Zwergerscheinungen sind trophische Störungen des Wachstums, = zu kurz geratene Extremitäten vorzugsweise, in zu weit erscheinender Haut, die ja weniger im Wachstum behindert war. Der Grad der Wachstumsbehinderung an den verschiedenen Skeletteilen ist von der Zeit der Anlage ihres Skleroblastems abhängig, indem die frühesten Bildungen am schwersten betroffen werden, die spätesten am geringsten. Ungenügende Verknöcherung des Knorpels ist eine Teilerscheinung des Zwergwuchses, = eine Hypoplasie. Die Zwerge sind meistens frühreif und von übergroßem Geschlechtstrieb. Die Formstörungen sind aufzufassen als die Folge mechanischer Kräfte, welche die Form des Fötus verändern, d. h. als Verlagerungen von Teilen des Fötus, = Mißbildungen rein mechanischen Ursprungs. Der Schädel ist meist am wenigsten betroffen, doch oft vergrößert in der Quere, aber verkürzt in der Längsrichtung. Verengerung der Choanen ist ein ständiges Symptom, mechanisch durch Aufrollung. Der achondroplastische Schädel ist während seiner fötalen Entwicklung einem Drucke vorn gegen das Gesicht und von hinten gegen das Occiput ausgesetzt, und zwar wirkt derselbe zwischen der 2. und bis zur 8. Woche des Fötallebens. Auch die Wirbelsäule wird deformiert; sie zeigt, statt der normalen lumbalen Lordose, eine dorso-lumbale Kyphose.

Im 2. Teile des Buches, S. 52, kommt Jansen auf das Werden der Achondroplasie. Er gibt zunächst die Literatur und

ihre Kritik. Während die meisten Autoren eine hereditäre Infektion oder Intoxikation annahmen, sieht der Verfasser in dem Amnion die Ursache der Aufrollung des Fötus, a) Hydroamnion, b) Enge des Amnions, das nicht vor der 3. bis zur 6. Woche die Fähigkeit erlangt, den Embryo aufzurollen. Er erkennt auch in dem Amnion die Ursache der Zwergerscheinungen, indem der Druck das Wachstum tiefliegender Teile hemme. Enge des Amnions sei die Krankheit, an der manche Familien verborgen leiden; ihre Folgen träten je nachdem in die Erscheinung mit Anencephalie, Achondrophasie und Kakomelie. Zum Schlusse ist die Rede von den nicht gerade charakteristischen Symptomen, in ihrer Beziehung zum direkten oder indirekten Amniondruck: a) Hasenscharte, Mikrognathie und Agnathie, Myxödem, Hydrocephalus; b) Gasblasen in den inneren Organen; c) subkutanen Fettmassen; d) die häufigen Störungen der Hypophysis cerebri und ihres Wachstumseinflusses auf das Geschlechtsleben der Achondroplasten.

Dr. H. Nebel (Koblenz).