Verf. befreit sich einer strengen Objektivität und sucht sich von einseitiger Überschätzung der hydrotherapeutischen Massnahmen möglichst frei zu halten, dabei immer bestrebt, auch dem Nichtspezialisten das Studium der Hydrotherapie näher zu rücken. Das Buch ist in allen Teilen klar und übersichtlich geschrieben, besonders die Technik ist anschaulich geschildert, so dass dasselbe wohl geeignet ist, in weiteren Kreisen die Anwendung des Wasserheilverfahrens zu fördern. Ref. kann dasselbe als ein sehr handliches, praktisches Lehrbuch auf das beste empfehlen.

Krukenberg (Liegnitz).

J. v. Mikulicz und V. Tomaszewski. Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen. II. Aufl. 1904. **Gust. Fischer**, Jena.

Das schnelle Erscheinen einer zweiten Auflage nach kaum Jahresfrist beweist, wie gerechtfertigt die günstige Beurteilung des Werkes durch den Ref. (cf. dieses Arch., Bd. I, Heft 1) war. Das was von der ersten Auflage galt, trifft auch für die neue durch einzelne Übungen am Barren bereicherte zu. Dieselbe wird wie die erste eine schnelle Verbreitung finden.

Krukenberg (Liegnitz).

Journalliteratur.

1. Orthopädie.

Schiffmacher. Senile Osteomalacie. (Münch. medicin. Wochenschr. 1904, Nr. 13.)

Bei einer 67jährigen Patientin hatten sich im Verlauf von 10 Jahren hochgradige Difformitäten des Skelettes, starke Verbiegung des Sternums und der Rippen, Kyphoskoliose, starke Erweichung des Schädels und der langen Röhrenknochen entwickelt. Am rechten Oberschenkel entstand eine Spontanfraktur. Die Kranke war im letzten Jahre ihres Lebens völlig ans Bett gefesselt und von heftigen Schmerzen geplagt. Bei der Sektion erwiesen sich die kranken Knochen ungemein weich, mit dem Messer leicht schneidbar. Mikroskopisch fand sich, dass die Knochenkörperchen ihre scharfen Konturen und ihre Ausläufer eingebüsst hatten oder völlig verschwunden waren. Die ihres Kalkes beraubte osteoide Substanz war vielfach zugrunde gegangen, an ihrer Stelle fand sich eine faserige Grundsubstanz mit kleinen länglichen mehr oder minder spindelförmigen Zellen. Verfasser führt aus, dass es sich um eine richtige senile Osteomalacie handelt, die nur angenommen werden darf bei ausgesprochener Erweichung und Deformation der Knochen, und bei stärkerer Entwicklung kalkfreien osteoiden Gewebes.

Krecke (München).

Wagenknecht (Freiburg). Altes und Neues zur Behandlung von Knochenhöhlen mit Einführung der antiseptischen Wundbehandlung. (Bruns Beitr. 1904, Bd. 42, Heft 3.)

Der historische Überblick beginnt etwa mit der antiseptischen Tamponade mit Jodoform, wie sie von Mosetig-Moorhof in die Chirurgie eingeführt wurde. In den 80er Jahren führte Schede seine Behandlung unter dem feuchten Blutschorfe ein, die bereits vor ihm schon von Neuber versucht worden war. Ihm erwuchsen in v. Bergmann, Bramann, Kraske u. a. heftige Gegner, die die grosse Infektionsgefahr geronnenen Blutes hervorhoben.

Eine neue Methode war die 1893 von Dreesmann eingeführte Plombierung der Knochenhöhlen. Man kann hier zwei prinzipielle Unterschiede machen, indem zur Plombierung benutzt wurde entweder

- a) anorganisches, nicht resorbierbares Material, z. B. Gips (Dreesmann), Kupferamalgam (Mayer) oder Gips und Guttapercha (Martin) — oder

- b) resorbierbare Knochenplomben, von denen die bekannteste die Jodoformknochenplombe von Mosetig-Moorhof ist; ähnlich die von Fantino-Valan.

Der resorbierbaren Knochenplombe im Prinzip sehr nahestehend war die resorbierbare Tamponade mit Schwammstückchen, Jodoformgaze, oder Catgutfäden.

Eine ganz neue Therapie gab Ollier in den 50er Jahren in der Osteoplastik an, die durch seine und Jul. Wolffs Arbeiten bekannt wurde. Sie erfuhr eine ganz neue Beleuchtung durch Barth, der die Lehre vom Fortbestand der Vitalität des transplantierten Knochens umstieß und zeigte, dass es sich dabei mit wenigen Ausnahmen um nekrotisierendes Material handle. So kam Senn auf den Gedanken, dekalzinierten Knochen zu verwenden, der später resorbiert und durch natürlichen Knochen substituiert würde.

Während sich die bisher angeführten Methoden nur für kleinere Knochenhöhlen eignen, ist die Knochenimplantation von Lücke und von af Schultén (1896) auch für grosse Höhlen geeignet. Es handelt sich dabei um eine subperiostale Verschiebung, um eine Implantation temporär resezierter Knochenstücke. Dagegen stellt ein ähnliches Verfahren, die von Bier 1891 angegebene osteoplastische Nekrotomie, keine osteoplastische Ausfüllung, sondern nur eine Verdeckung der Knochenhöhle dar. An Stelle des Knochens wurden gestielte Hautperiostlappen von Lücke, v. Mangoldt, Müller u. a. implantiert. Riedel modifizierte das Verfahren dadurch, dass er durch ausgiebige Aufmeisselung die Knochenhöhle beseitigt und nur eine mehr-weniger dünne Knochen-sperre zurücklässt, an die sich die Haut leicht anschmiegt.

Ein noch einfacheres Verfahren gab Goldmann an, welcher gestielte Hautlappen aus der Nachbarschaft in die Höhle einschlägt und so den ganzen Defekt deckt. Die transplantierte Fläche heilt verschieblich auf; sie wird bis zur Erreichung des übrigen Hautniveaus allmählich emporgehoben und lässt sich dann in Falten hochheben. Und zwar stellen die nach der Oberfläche emporspriessenden Blutgefässe die treibende Kraft dar, so dass also in dem Emporsteigen des Hautlappens die Energie der regenerativen Wundheilungsvorgängen zum Ausdruck kommt.

Für die Brauchbarkeit dieser Methode werden zwei eigene Beobachtungen angeführt. Als Vorteile vor den beiden hiermit konkurrierenden Methoden, nämlich der Jodoformknochenplombe Mosetig-Moorhoffs und der Osteoplastik Lückes, wird hervorgehoben 1. die verbreitete Anwendbarkeit; 2. das leicht zu beschaffende Hautmaterial; 3. die weit geringeren Gefahren beim Misslingen der Überdeckung und namentlich der leichte Ersatz durch neue Haut; 4. die geringere Schwere des Eingriffs und 5. die leichtere Technik.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist der interessanten Arbeit beigelegt.

W. Becker (Bremen).

E. Rindfleisch. Über Bildung und Rückbildung gichtischer Tophi. (Virchows Archiv für patholog. Anatom. und Physiol. und für Medizin, Bd. 171, Hft. 3.)

Verfasser teilt uns in Kürze seine eigene Leidensgeschichte mit. Einen Tophus, der ihn besonders belästigte, liess er sich operativ entfernen und verwandte denselben zur eingehenden Untersuchung über die Entstehung desselben. Das Auftreten der Harnsäure in kristallinischer Form in der Bursa mucosa ist der Anfang dieser pathologischen Bildung. Mikroskopisch präsentiert sich die Harnsäure in feinen Nadeln, welche grösstenteils rundliche Ballen mit garbenförmiger Anordnung bilden. Seltener sind Radiärbüschel. Als Reaktion hierauf produziert die Wand des Schleimbeutels junges Bindegewebe, das die Harnsäure in grösseren und kleineren Portionen umwächst. Jene erinnert in fertiger, lamellöser Formation an die Struktur der Hornhaut. Über das Werden dieses idealen Bindegewebes konnte

Verfasser keine Aufklärung erhalten. Die spontane Verkleinerung der Tophi geschieht nach des Autors Ansicht durch Fresszellen, resp. Riesenzellen an der Grenze des Bindegewebes.

Kandetzki (Vohburg a. D.).

J. Baer. Über akute Polymyositis. (Münch. medicin. Wochenschr. 1904, Nr. 4.)

Ein 35-jähriger Patient erkrankte plötzlich mit Schüttelfrost und Fieber. Es bildete sich eine starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit an Muskeln der rechten Schulter aus. Ausserdem bestand mässige Druckempfindlichkeit des Plexus brachialis und der Nervenstämmen ohne Sensibilitätsstörungen.

Verfasser glaubt, dass die Fälle mit ähnlichem Krankheitsbild, also ohne Hauterscheinungen, als besondere Gruppe anzusehen sind.

Krecke (München).

Czish (Moskau). Überpflanzung eines Muskels zur Deckung von Defekten in der Bauchwand. (Münch. Medizin. Wochenschr. 1904, Nr. 14.)

Czish verwandte zur Deckung eines grossen Bauchwanddefektes den M. sartorius und erzielte einen völligen Erfolg. Man muss bei einer derartigen Operation nur beachten, dass man den Muskel versorgenden und von hinten herantretenden Nerven nicht verletzt. Das vermeidet man sicher, wenn man den Muskel mindestens 30 cm von der Spina anterior superior entfernt durchtrennt.

Krecke (München).

Aronheim. Ein Fall von linksseitigem vollständigen kongenitalen Defekt des Musculus cucullaris und kongenitaler Skoliose bei einem 30-jährigen Manne. (Monatsschr. für Unfallh. u. Invalidenwesen 1904, Nr. 3.)

Die Kasuistik eines vollständigen Defekts des Cucullaris ist noch sehr gering. Bisher sind in der Literatur nur vier derartige Fälle bekannt. Die Ätiologie war jedoch in allen diesen Fällen unklar. In dem vorliegenden, also dem fünften bisher veröffentlichten Fall, nimmt Verfasser eine kongenitale Ursache an, da gleichzeitig angeborene Skoliose und angeborene Formveränderungen am Schulterblatt, am Schlüsselbein und an den Rippen bestanden. Spinale und myopathische Muskelatrophie schliesst Aronheim für seinen Fall aus, ebenso auch sonstige Affektionen des Zentralnervensystems, da sich hierfür keine Anhaltspunkte fanden.

Bettmann (Leipzig).

Aronheim. Ein Fall von vollständigem erworbenen Schwund des linken Musculus cucullaris und pathologischer Skoliose bei einer 26-jährigen Frau. (Monatsschr. für Unfallh. und Invalidenwesen 1904, Nr. 6.)

In Nr. 3 derselben Monatsschrift hat Aronheim einen Fall von angeborenem Defekt des Cucullaris beschrieben, in dem vorliegenden Fall handelt es um eine erworbene Affektion. Da eine Beteiligung des Zentralnervensystems mangels hierfür sprechender Anhaltspunkte auszuschliessen ist, so nimmt Verfasser in dem Falle als Ursache eine Dystrophie muscularis (Erb) an, einen im Muskel selbst sich abspielenden Prozess.

Die gleichzeitig bestehende Skoliose ist nach Verfasser sekundär entstanden, und er fasst sie als eine pathologische Skoliose auf, verursacht durch die stärkere Inanspruchnahme der Muskulatur der gesunden Schulter. **Bettmann** (Leipzig).

Marcus. Zur Ätiologie der Entspannungsskoliose. (Monatsschr. f. Unfallheilkunde u. Invalidenw. 1904, Nr. 6.)

Veröffentlichung zweier Fälle, bei denen neben einer Skoliose auf der der schmerzhaften Hüfte entgegengesetzten Seite zugleich Kyphose im Lendentheil und Lordose im Brustteil bestand. Beide Fälle waren dem Verf. als Skoliosis ischiadica

zugeschickt worden, es stellte sich aber bald heraus, dass bei denselben ein Trauma — Verletzung der unteren Extremitäten, resp. des linken Gesässes — vorlag. Erst längere Zeit nach dem Unfall traten die Erscheinungen so recht zutage, und es war auffallend, dass die Skoliose durch Suspension und auch durch den Willen des Patienten zum Verschwinden gebracht wurde, während die Kyphose bestehen blieb.

Während nun Verf. die Skoliose als Entspannungsskoliose in den vorliegenden Fällen ansieht, glaubt er an eine Entspannungskyphose hierbei nicht, nimmt vielmehr an, dass 2 Prozesse nebeneinander einhergegangen sind. Die Schmerzen in der einen Extremität resp. im Gesäss haben die Skoliose bedingt, während die schmerzhafteste, die Beugung des Rumpfes nach hinten behindernde Kyphose durch eine wirkliche Verletzung (Quetschung der Bandscheiben) verursacht worden ist.

An der Hand eines 3. Falles bespricht Marcus noch die Symptome einer reinen Entspannungsskoliose, gleichzeitig als Beleg für die Wahrscheinlichkeit seiner Ansicht.

Bettmann (Leipzig).

R. Hadlich. Eine vierfingerige rechte Hand als kongenitale Missbildung. (Virchows Archiv für patholog. Anatomie u. Physiol. u. für klinische Medizin, Bd. 174.)

Verfasser beschreibt unter Beigabe einer Skizze, einer Illustration und eines Skiagramms den immerhin seltenen Fall einer vierfingerigen Hand ohne gleichzeitige sonstige Extremitätenmissbildungen und bespricht unter kurzem Eingehen auf die einschlägige Literatur die Erklärungsmöglichkeiten des Phänomens.

Kandetzki (Vohburg a. D.).

Braun (Berlin). Zur unblutigen Therapie der Luxatio coxae cong. (Langenbecks Archiv 1904, Bd. 74, H. 3.)

Verf. berichtet über die in der Bergmannschen Poliklinik von Lexer erzielten Erfolge bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation.

Zur Statistik kommen 90 Kinder mit 117 Gelenken, von denen bei 60 (= 72 Gelenken) völlige funktionelle Heilungen erzielt wurden, also in $\frac{2}{3}$ aller Fälle! Von diesen war bei 47 Kindern (= 57 Gelenken) mit dem funktionellen Erfolg auch ein anatomisches Idealresultat verbunden; aber auch bei den übrigen 13 Kindern war der Erfolg derartig, dass dieselben ohne jedes Hinken bei einem in allen Bewegungen völlig freien Gelenk umherlaufen. Unter den Misserfolgen war in 3 Fällen das anatomische Resultat vollkommen, doch bestanden mehr oder weniger hochgradige Gelenkversteifungen. (Hier vermisst Ref. die Auskunft darüber, warum nicht durch eine Art von Brisement forcé der Versuch gemacht wurde, die freie Beweglichkeit des Gelenkes zu erzwingen.)

Von den weiteren Ausführungen interessiert namentlich die genaue Beschreibung der Einrenkungsmanöver. Besonders bemerkenswert ist die möglichste Schonung der Adduktoren, welche nach gelungener Reposition die Retention durch den starken Muskelspasmus nicht unerheblich sichert. Sie erhöht aber natürlich die Schwierigkeiten während der Reposition und dürfte wohl auch deren Gefahren steigern. Nach der Reposition fand sich in 22 % eine federnde Fixation des Kopfes in seiner neuen Stellung, in allen übrigen Fällen bestand ein mehr oder weniger labiler Retentionszustand. Mit Recht wird hervorgehoben, dass das Röntgenbild kein sicheres Urteil über die Retentionsprognose gestattet. Um während der Anlegung des Gipsverbandes die genaue Innehaltung der anfangs gegebenen Stellung zu garantieren, wird ein besonderer Lagerungsapparat beschrieben und abgebildet. Der Verband selbst wurde nur in seltenen Fällen, wenn das Röntgenbild neben starker Anteversion deutliche Verkürzung des Schenkelhalses zeigte, in Innenrotation angelegt; sonst wurde die Frage der Rotationsstellung ganz vernachlässigt und der Verband, um eine funktionelle Belastung zu ermöglichen, nur bis zum Knie angelegt. Fand sich nach der Verbandabnahme eine Stellungsveränderung des Kopfes, so wurde stets

ein neuer Repositionsversuch gemacht; so gelang eine vollkommene Heilung noch nach 3—4 Repositionen.

Der I. Verband blieb 3—3½ Monate, jeder folgende nur 6—8 Wochen liegen; die ganze Fixationsperiode schwankte zwischen 4 Monaten und 2¾ Jahren.

Die Unfallstatistik betrug nur 3 Fälle: 1 schwere doppelseitige Kruralis- und Ischiadikusparese, 1 Schenkelhalsfraktur und 1 Epiphysenlösung am unteren Femurende (waren in diesem Falle auch die Adduktoren beim Repositionsversuch geschont worden? Ref.).

W. Becker (Bremen).

B. Lange (Strassburg). Die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Münch. Mediz. Wochenschr. 1904, Nr. 20.)

Einseitige Luxationen 24. Davon funktionell geheilt 23, anatomisch 13, Misserfolg 1.

Doppelseitige Luxationen 7 mit 13 behandelten Gelenken. Funktionell geheilt 11, anatomisch 4, Misserfolge 2.

Krecke (München).

S. Ehrmann. Über Herpes progenitalis und Schmerzen in der Regio pubica bei Plattfuss. (Wiener klinische Wochenschrift 1903, Nr. 34.)

In der Annahme, dass der Herpes progenitalis eine Irritation trophischer und vasomotorischer Nerven darstelle, legt sich Verfasser die Frage vor, welche Nervenläsionen die Ursache des Herpes seien, und auf welche Weise dies durch den Plattfuss bedingt werde. Es komme nur der Nervus pudendus communis in Betracht, welcher mit der Arteria pudenda communis das Foramen ischiad. maj. unterhalb des Muscul. pyriformis verlässt und durch das For. isch. min. wieder in die Beckenhöhle zurückkehrt. Nun abduziere der Plattfüssige den Oberschenkel und rotiere ihn leicht nach innen, dadurch werde sowohl das Lig. pubofemorale angespannt und jener Schmerz in der Regio pubica hervorgerufen, als auch das Lig. spinosacrum. Dieses Band nun muss der Nervus pudend. com. kreuzen, um wieder ins Becken zurückzugelangen. Und das ist der Ort der Irritation des Nerven und somit die Ursache der Provokation des Herpes progenitalis.

Kandetzki (Vohburg a. D.).

2. Mechanotherapie.

Bier. Über einige Verbesserungen hyperämisierender Apparate. (Münch. mediz. Wochenschr. 1904, Nr. 6).

Mit den gläsernen Saugapparaten kann man im allgemeinen die Wirkungen erzielen, welche Verfasser der Hyperämie zugeschrieben hat. Die Apparate eignen sich zur Behandlung sowohl der Gelenktuberkulose als aller möglichen Gelenksteifigkeiten und sind sehr bequem und wenig angreifend für den Allgemeinzustand. Die Apparate waren bisher technisch unvollkommen, sind aber jetzt durch Eschbaum derart verbessert worden, dass sie in den Handel gebracht werden können. Besondere Sorgfalt ist auf die Gummimanschette verwendet, das Glas ist 8 mm dick. Vornehmlich gut ausgebildet ist der Apparat für das Handgelenk, der auch Einrichtungen besitzt, um Bewegungen der versteiften Hand- und Fingergelenke vornehmen zu können.

Die Heissluftapparate hat Bier mit grossem Erfolg gegen Trigeminusneuralgie in der Weise verwandt, dass er den Heissluftstrom unmittelbar aus dem Schornstein auf die schmerzhaften Stellen strömen liess. Dieser Apparat trägt vorne ein hölzernes Mundstück und ist durch ein Hohlkugelgelenk beweglich gemacht, so dass der Kranke es leicht hin und her bewegen kann. Der Apparat übertrifft alle ähnlichen Apparate durch seine Billigkeit und die Intensität seiner Wirkung. Man kann die entströmende Luft leicht auf 200° erwärmen.

Krecke (München).

Luxembourg. Über Biersche Stauung. (Münch. Mediz. Wochenschr. 1904, Nr. 10.)

Bei 23 mit Stauung behandelten Fällen von meist sehr schwerer Gelenktuberkulose trat 7 mal völlige Heilung ein, 8 mal wesentliche Besserung.

Von acht gonorrhöischen Gelenkentzündungen wurden zwei völlig geheilt, drei wesentlich gebessert, zwei blieben unbeeinflusst, eine ist noch in Beobachtung.

Auch bei Gelenkversteifungen infolge von Arthritis, Frakturen, langliegenden Verbänden war die Stauung recht erfolgreich. **Krecke** (München).

Oswald Moritz. Der Blutdruck bei Körperarbeit gesunder und herzkranker Individuen. (Deutsches Archiv für klinische Medizin. XIV.)

Verfasser mass den Blutdruck während der Arbeit verschiedener Muskelgruppen an sechs gesunden und 23 mit Herzfehlern behafteten Männern mittelst des Riva-Roccischen Apparates. Die Resultate der Untersuchungen an den sechs gesunden Personen stellen sich, wie folgt, dar: 1. der Blutdruck ändert sich nicht bei relativ sehr leichter Arbeit, 2. der Blutdruck steigt bei mässiger Arbeitsleistung mit dem Beginn der Arbeit, bleibt während derselben gleichmässig und fällt mit dem Schluss der Arbeit, 3. der Blutdruck steigt bei sehr ermüdender Arbeit ständig, 4. Übergangsformen und Kombinationen der Typen zwei und drei kommen häufig vor. Verfasser hält sich des ferneren zu dem Schlusse berechtigt, dass die Blutdrucksteigerung bei Körperarbeit hauptsächlich durch psychische Einflüsse bedingt ist.

Die Experimente an den Herzkranken ergaben in der Hauptsache: 1. Bei Myodegeneratio cordis steigt der Blutdruck zwar an, sinkt jedoch häufig schon während der Arbeit. 2. Bei Klappenfehlern normaler Blutdruck bei der Arbeit, wenn der Defekt ein geringer ist, sonst Typus 1. 3. Bei sämtlichen Herzkranken eventuelles Sinken des Blutdruckes nach der Arbeit bis unter die Norm. 4. Kompensationsstörung wird nicht immer durch Blutdrucksinken bei der Arbeit offenbar.

Kandetzki (Vohburg a. D.).

Alfred Neumann und Fritz Frick. Bauchmassage bei Herzkranken. (Therapeutische Monatshefte Dezember 1903.)

An 24 Fällen von Herz- und Gefässerkrankungen stellten Neumann und Frick Versuche über die Blutdruck- und Pulserkrankungen bei Massage in Form von Knetung, Kolonstreichung, Klopfung und Hackung an und kamen zu dem Resultate, dass die Bauchmassage für Herzkranken ohne schwere Kompensationsstörungen nicht nur erlaubt, sondern manchmal sogar, als Nebenwirkung, von Nutzen sei.

Kandetzki (Vohburg a. D.).

3. Unfallchirurgie.

Bödiker. Die Fortschritte der Deutschen Arbeiterversicherung 1889 bis 1904. (Monatsschr. für Unfallh. u. Invalidenwesen 1904, Nr. 9. Nach Kompass 1904/7.)

In diesem in der Vereinigung für staatswissenschaftliche Fortbildung am 12. II. 04 gehaltenen Vortrag bespricht Bödiker die Leistungen und die Weiterentwicklung der sozialen Fürsorgegesetze. Bei allen ist seit obiger Zeit eine erhöhte Leistung dem Versicherten gegenüber und Ausdehnung auf weitere Kreise eingetreten, und noch befinden wir uns auf aufwärts strebender Bahn. Schon klopft als vierte die Witwen- und Waisenversicherung an die Tür, und man spricht schon von einer Arbeitslosenversicherung. Auf Einzelheiten kann nicht eingegangen werden, es muss in dieser Beziehung auf den Vortrag selbst verwiesen werden. Bis Ende 1903 sind vier Milliarden an Entschädigungen ausgezahlt worden an Personen der Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung. 300 Mill. sind von

der Invalidenversicherung für gemeinnützige Zwecke (Lungenheilstätten etc.) aufgewandt worden.

Bezüglich der Lösung der Ärztefrage erkennt Bödiker die Berechtigung erhöhter Honorarforderungen an, jedoch müssten die Ärzte berücksichtigen, dass die Mittel der Krankenkassen zu $\frac{2}{3}$ von den Arbeitern aufgebracht werden und beschränkt sind, und ferner auch durch die Krankenversicherung die lohnende Tätigkeit des Arztes gestiegen sei. Auf der anderen Seite dürften die Kassen ihre Stellung als „Arbeitgeber“ den Ärzten gegenüber nicht auf die Spitze treiben, nicht in ungehöriger Form Ärzte gegen Ärzte ausspielen und zur Sache nicht gehörige politische Gesichtspunkte bei der Auswahl der Ärzte massgebend sein lassen. Beide Teile sind unlöslich aufeinander angewiesen.

Es ist erfreulich, dass Bödiker im Zusammenhang mit den vorliegenden Materialien auch die Ärztefrage bespricht und es ausspricht, dass diese mit all ihren Schwierigkeiten noch einer befriedigenden Lösung harret.

Aus dem Munde einer Autorität wie es Bödiker ist, klingt dies doch wie eine leise Hoffnung einer baldigst notwendigen gesetzlichen Regelung der Ärztefrage.

Bettmann (Leipzig).

Aronheim. Beitrag zur Behandlung granulierender Wunden. (Monatsschr. f. Unfallh. u. Invalidenwesen 1904, Nr. 9.)

Aronheim konnte sich bei einem Fall einer grossen granulierenden Fussverletzung von dem vorzüglichen Erfolg der von Wagner inaugurierten, offenen Wundbehandlung überzeugen. Er tut dar, dass sich das Verfahren auch für poliklinische Behandlung ausführen lässt. In dem betreffenden Fall hatte er von dem Vater des Kindes ein Brett mit gepolsterter Stütze für den Unterschenkel und einer Überdachung mit Fliegendraht anfertigen lassen. Man wird mit derartigen, dem jeweiligen Fall anzupassenden Hilfsmitteln in der Tat die ambulante offene Wundbehandlung gut durchführen können, wovon sich auch Referent überzeugt hat.

Bettmann (Leipzig).

Hans Rubritius. Über Pfählungsverletzungen. (Prager medizinische Wochenschrift, XXVIII, Nr. 47—48, 1903.)

Verfasser fügt nach einem historischen Rückblick zu den in der Literatur bekannten 51 Fällen von Pfählungsverletzungen mit Läsion des Peritoneums noch einen 52. aus der Wölflerschen Klinik. Ein Knabe war aus einer Höhe von 3 m auf den Ast eines Hollunderstrauches aufgefallen. Der Ast war im Bereich des Skrotums eingedrungen und im Abdomen stecken geblieben. Das 20 cm lange Holzstück, welches bis an die Unterfläche der Leber vorgedrungen war, wurde operativ entfernt.

Aus den in der Literatur zusammengestellten Fällen, sowie aus dem oben skizzierten folgert Verfasser, dass von sämtlichen therapeutischen Massnahmen bei Pfählungsverletzungen mit Perforation des Peritoneums der Laparotomie die weitaus grösste Bedeutung zukomme.

Kandetzki (Vohburg a. D.).

Hertle (Graz). Über ein differentialdiagnostisches Symptom zwischen Hernia cruralis und Varix der Vena Saphena magna. (Bruns Beitr. 1904, Bd. 43, Heft 2.)

Albert schildert die Differentialdiagnose folgendermassen: Varicen der Saphena oder Kruralis verschwinden auf leisesten Druck ohne Gurren, füllen sich sofort wieder, haben oft bläuliche Farbe und kommen oft in Verbindung mit anderen Varicen vor. Dem Anfänger imponiert der Umstand, dass sie beim Schreien und Husten sich vergrössern. Zum exakten Beweis wird man in liegender Stellung die Gegend oberhalb der kleinen Geschwulst komprimieren; dann kann man von unten her durch kräftiges Streichen den Inhalt der Vene in den Varix entleeren, wobei dieser anschwillt.

Trotzdem kommen oft diagnostische Irrtümer vor. Hertle gibt deshalb ein neues Varixsymptom an, das bereits den Franzosen bekannt war, welches sich ihm in vier Fällen gut bewährt hat: Drückt man mit zwei Fingern in die Geschwulst ein und lässt darauf rasch nach, ohne jedoch die Finger von dem Oberflächenkontakt zu entfernen, so fühlt man ein deutliches Schwirren, ähnlich wie es bei manchen Herzfehlern über der Thoraxwand zu finden ist.

W. Becker (Bremen).

Marckwald. Ruptur eines Aneurysma (?) und Unfallrente. (Münch. Mediz. Wochenschr. 1904, Nr. 1.)

Die gerichtliche Sektion einer unter dem Zeichen der Hämoptoë bei der Arbeit gestorbenen Zimmermanns ergab eine grosse Blutung, welche die Luftröhrenäste und das Gewebe des rechten Mittel- und Unterlappens einnahm. Der Ausgangspunkt war im Protokoll nicht erwähnt, als solcher kann nur der Hauptast der rechten Lungenarterie in Frage kommen, als Ursache nur ein Aneurysma oder eine entzündliche Einschmelzung.

Der betreffende Arbeiter hatte drei Minuten vor dem Tode einen schweren Balken gehoben. Marckwald verneint die Frage, ob es sich um einen Unfall gehandelt habe. Die tägliche gewerbsmässige Beschäftigung eines Menschen kann nie als Unfall angesehen werden. Der Umstand, dass ein schwerkranker Mann zufällig bei der Arbeit stirbt, kann keinen Rentenanspruch bedingen. Verfasser warnt mit Recht dringend davor, in der Bejahung eines Zusammenhanges zwischen Unfall und Erkrankung, besonders Tumoren, zu weit zu gehen.

Krecke (München).

Erb. Über Dysbasia angiosclerotica (intermittierendes Hinken). (Münch. Medizin. Wochenschr. 1904, 21.)

Nach seiner ausführlichen Arbeit über die genannte Krankheit hat Erb weitere 45 Fälle beobachten können. Das Symptomenbild war immer das gleiche charakteristische: beim Gehen eintretende Schmerzen und Parästhesien in den Füßen; Spannung, Schmerz. Steifigkeit in den Waden oder höher hinauf; Kälte, Blässe oder Cyanose, manchmal auch Hitze oder hellere Rötung in den Füßen, schliesslich Erschwerung des Gehens, Nötigung nach immer kürzerer Frist stehen zu bleiben; nach kurzer Ruhe Erholung, bei Fortsetzung des Gehens Wiederholung derselben Szene. Objektiv: Fehlen des Pulses an allen oder mehreren Fussarterien, sklerotische Veränderungen an den Gefässen und vasomotorische Störungen. In atypischen Fällen sind die Symptome nur undeutlich ausgesprochen.

Erb hat das Leiden fast nur bei Kranken der höheren Stände beobachtet. Es kommt fast ausschliesslich bei Männern vor. 37 Kranke standen jenseits des 40. Jahres. 10 Kranke hatten hinten eine syphilitische Infektion durchgemacht, 15 waren enorm starke Raucher. Auch die Kälte scheint von Bedeutung für die Entstehung der Krankheit zu sein.

Krecke (München).

Klaus (Schw. Gmünd). Zur Kasuistik der Knochenbrüche, mit besonderer Berücksichtigung der Rentenverhältnisse. (Bruns Beitr. 1904, Bd. 43, H. 2.)

Die Arbeit berichtet über das Resultat der in den Jahren 1896—1903 behandelten Knochenbrüchen, namentlich vom Standpunkt der Unfallgesetzgebung, deren moralische Nachteile für den Unfallkranken, nämlich die Jagd nach einer möglichst hohen Rente, an manchen sehr treffenden Beispielen erläutert werden. Von speziell orthopädischem Interesse ist die Beschreibung der Gehverbände und portativen Apparate bei der Behandlung der Frakturen der unteren Extremität, deren Erfolge im allgemeinen recht zufriedenstellende sind.

Im übrigen enthält die Arbeit viele interessante Einzelheiten, die im kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können, sondern im Original nachgelesen werden müssen.

W. Becker (Bremen).

Klauber (Prag). Über komplizierte Frakturen der Extremitäten. (Bruns Beitr. 1903, Bd. 43, Heft 2.)

Verfasser berichtet über die in der Wölflerschen Klinik bei der Behandlung komplizierter Frakturen in den letzten 9 Jahren erzielten Erfolge. Nach einer genauen Statistik über Sitz und Art der Frakturen, sowie über Geschlecht, Alter und Beruf der Patienten, endlich über die Ätiologie der Frakturen bespricht Verfasser eingehend die Therapie. Hierbei unterscheidet er:

1. Die Behandlung der Abreissungen ganzer Extremitäten oder Teile derselben, da dieselben in gewissem Sinne ja auch eine komplizierte Fraktur darstellen; von 137 Fällen wurde dies 24 mal beobachtet. Hiervon starb einer an Pneumonie, zwei mussten wegen Sepsis reamputiert werden.

2. Primär-Amputationen; unter 14 Fällen starben 2, und zwar beide an Delirium, nicht an Wundinfektion; der durchschnittliche Spitalsaufenthalt betrug 43 Tage.

3. Primäres Débridement, d. h. ausgiebige Reinigung der Wunde, Entfernung aller nekrotischen Teile und Knochensplitter, breite Eröffnung aller Buchten der Wunde durch Gegeninzisionen; unter 15 Fällen starben 3 = 20 % (1 an Sepsis, 1 an Pneumonie, 1 an Marasmus). Sekundär amputiert werden mussten 4 = 26,7 %, von denen wiederum 2 starben. Durchschnittlicher Spitalsaufenthalt = 103 Tage.

4. Primär konservativ behandelt wurden 84 Patienten, hiervon starben 5 = 5,9 %, alle an Sepsis. Bei dreien von diesen wurde die Amputation verweigert oder zu spät ausgeführt. 15 Fälle = 17,9 % wurden sekundär amputiert, unter diesen starben 4 = 4,8 %. Durchschnittlicher Spitalsaufenthalt = 57 Tage.

In völliger Übereinstimmung mit anderen Veröffentlichungen zeigt diese Statistik, dass bei den streng konservativ behandelten Fällen die Endausgänge sowohl bezüglich der Erhaltung der Extremität als jener des Lebens durchwegs günstigere gewesen sind als bei den primär debridierten, wie denn auch die Zahl der ersteren von Jahr zu Jahr zunimmt.

W. Becker (Bremen).

Mohr. Die unvollständigen Abrissbrüche der Tuberositas tibiae. (Monatsschr. für Unfallheilkunde u. Invalidenw. 1904, Nr. 8.)

Die vollständigen Abreissungen des Tibiastachels sind seit langem bekannt, die unvollständigen werden weniger beachtet. Sie kommen meist in der Pubertätszeit bei muskelstarken Individuen vor, was sich entwicklungsgeschichtlich durch die Entstehung des Stachels aus dem Epiphysenknorpel erklärt. Der Entstehungsmodus ist wohl derselbe wie bei vollständigen Abreissungen: forcierte Beugung in Streckstellung des Gelenkes oder stärkste Beugung des letzteren. Die Traumen können sich mehrfach wiederholen. Einfache Lockerung oder Lossreissung kleiner Splitter ist häufiger als Abreißen des ganzen Fortsatzes. Typisch ist der zirkumskripte Druckschmerz und später die Verdickung der Stelle. Schmerzen im Kniegelenk können fehlen, sind aber oft auch intensiv. Die Beteiligung der Bursa praepatellaris ist selten. Sicherer Aufschluss gibt erst das Röntgenbild, ein solches aber vermisst Referent in dem Falle Mohrs um so mehr, als Mohr hierbei — es handelt sich hier um einen Erwachsenen mit ähnlichen Erscheinungen — die genannte Verletzung nur aus den Symptomen annimmt. Die Behandlung besteht in Ruhe und Fixation des Gelenkes.

Bettmann (Leipzig).

Wendt. Die Reposition des luxierten Os lunatum. (Münch. mediz. Wochenschr. 1904, Nr. 24.)

Seit der Einführung des Röntgenverfahrens ist die Luxation des Os lunatum öfter beobachtet worden, im Krankenhaus Bergmannstrost kamen neun einschlägige Fälle zur Behandlung. Die Reposition erfolgt in frischen Fällen bei starker Dorsalflexion durch Hineindrücken des Mondbeines und nachfolgende Palmarflexion. Bei Unmöglichkeit der Reposition muss die blutige Reposition oder die Exstirpation des Lunatum vorgenommen werden. Die letztere empfiehlt sich auch bei veralteten Fällen.

Krecke (München).

Wittek (Graz). Über Verletzungen der Handwurzel. (Bruns Beitr. 1904, Bd. 42, H. 3.)

Die Arbeit behandelt die Verletzungen des Os lunatum, sowohl die Luxationen, als auch die Frakturen dieses Knochens mit und ohne Nebenverletzungen der anderen Handwurzelknochen. Für die verschiedenen Entstehungsmechanismen werden die Ansichten der diesbezüglichen Autoren angeführt. Zu einem kurzen Referat ist die Arbeit nicht geeignet.

W. Becker (Bremen).

Wittek (Graz). Doppelseitige Subluxation des Metakarpus I. (Bruns Beitr. 1904, Bd. 41, H. 3.)

Verfasser berichtet über ein 17jähriges Dienstmädchen, bei dem wegen der starken Funktionsstörungen und Schmerzen das Gelenk an der Basis des I. Metakarpus freigelegt und durch drei Aluminiumbronzedrähte die Kapsel gefaltet und das Periost sowohl am Multangulum majus als am Metakarpus der Sicherheit halber mitgefasst wurde. Der Daumen wurde in extremer Abduktion verbunden. Trotzdem zwei Nähte durchgeschnitten hatten, war das funktionelle Resultat zufriedenstellend und die Patientin konnte wieder alle Arbeiten verrichten.

W. Becker (Bremen).

Küttner (Tübingen). Die Einklemmungsluxation der Patella, Luxat. patellae cuneata. (Bruns Beitr. 1904, Bd. 42, H. 3.)

K. berichtet über eine eigene Beobachtung der Brunsschen Klinik und stellt aus der Literatur noch acht Fälle dieser seltenen Verletzungen zusammen. Er macht folgende Einteilung:

I. Einklemmungsluxationen ohne Zerreißung des Kniestreckapparates.

a) Traumatische Luxationen.

b) Habituelle Luxationen.

II. Zerreißungen des Kniestreckapparates mit Einklemmung der Patella.

Ätiologisch sind die Luxationen sub Nr. I nicht eindeutig; es scheint als Vorstadium eine Luxation nach aussen stattzufinden. Die habituelle Form hat zur Voraussetzung eine abnorme Kürze des Lig. patellae, eine abnorme Länge, bezw. Dehnbarkeit der Quadricepssehne, eine abnorme Kleinheit der Patella und eine grosse Weite des Gelenkspaltes. Die Symptome sind verschieden, je nachdem die Patella ganz oder nur teilweise eingeklemmt ist. Im letzteren Falle muss eine quere, scharf vorspringende knöcherne Kante in der Höhe des Gelenkspaltes auffallen; im anderen Falle finden wir eine Vertiefung statt der normalen Wölbung an der Vorderseite des Gelenkes. Die Prognose ist funktionell immerhin dubia und insofern ungünstig, als sie meist irreponibel ist. Kommt man also mit der unblutigen Einrenkung nicht zum Ziele, so ist die Eröffnung des Gelenkes indiziert.

Interessant ist der Tübinger Fall dadurch, dass durch die Gewalt des Traumas zugleich das Gelenk eröffnet war: die bisher konstatierte einzige primär komplizierte Luxation. Das Gelenk vereiterte und Patient ging trotz Oberschenkelamputation an Sepsis zugrunde.

W. Becker (Bremen).

Füster (Graz). Über einen Fall von Luxatio pedis posterior inveterata und deren Reposition. (Bruns Beitr. 1904, Bd. 42, H. 3.)

Eine 59jährige Frau hatte sich 9 Wochen vor ihrer Spitalaufnahme eine Luxation des Fusses nach hinten zugezogen. Die Reposition gelang trotz des langen Zeitraumes in tiefer Narkose durch den Lorenzschen Osteoklasten, durch den das Gelenk zunächst vollständig mobilisiert, dann in extremste Plantarflektion übergeführt und endlich durch einfachen Zug am Calcaneus von hinten nach vorne die Reposition herbeigeführt wurde.

Das Resultat war ein funktionell durchaus gutes. **W. Becker (Bremen).**