VII.

Teilweise Abschälung der Kopfkappe des Femur.

Von

Ferd. Bähr in Hannover.

Mit 2 Abbildungen.

v. S. Wilhelm, Arbeiter, 41 Jahre alt, wurde am 9. VII. 14 beim Zusammenbrechen einer Holzbaracke von Teilen derselben getroffen. Der erst behandelnde Arzt richtete am folgenden Tage in Chloroformnarkose „den nach hinten luxierten Gelenkkopf ohne besondere Schwierigkeiten“ ein. Derselbe attestiert am 19. IX. Objektiv nichts Krankhaftes. Keine Funktionsbeschränkung im Gelenk. „Ich halte die Beschwerden, wenn nicht simuliert, doch für stark übertrieben.“ Am 19. X. wurde mir Pat. zur Begutachtung überwiesen.

Klagt über Schmerzen beim Gehen.

Status: Ausserordentlich muskulöser Mann. Die Schmerzen werden dicht neben dem Trochanter maior links lokalisiert, nach der Mittellinie zu vorne und hinten am oberen Rande. Wegen der straffen Muskulatur ist nichts durchzufühlen. Keine Verkürzung. Beweglichkeit in jeder Richtung fast frei. Keine Muskelabmagerung.

Das Röntgenbild erklärt die Beschwerden. Die Herkunft des kleinen Knochenschattens oberhalb des Trochanter maior ist nicht sicher zu erklären. Vielleicht handelt es sich um eine kleine Absprengung von dem Bruchstück der Kopfkappe. Unterhalb des Pfannendaches wird der Schenkelhals von einer 4—5 cm langen Knochenspanne überlagert, welche sich gegen den Schenkelhals abgrenzen lässt und in seiner Form der Oberfläche des Caput femoris entspricht. An ihrem inneren Ende unten befindet sich eine kleine Lücke, beziehungsweise lichtere Partie oberhalb des Schenkelhalses und etwa in der Achse desselben. Der Schenkelkopf steht in normaler Stellung in der Pfanne.

Wie der Entstehungsmechanismus der Verletzung war, darüber lässt sich auch nicht die entfernteste Vermutung aufstellen. Aber eine eigenartige Verletzung ist es gewiss, besonders, wenn man den kräftigen Körperbau des Verletzten berücksichtigt. Wertvoll ist der Fall für die Beurteilung von Verletzungen des Femur besonders im Hinblick auf die Entstehung der trauma-

Ferd. Bähr,

Fig. 1.

Fig. 2.

tischen Coxa vara. Denn erstlich wird damit die Aussicht auf intraartikuläre Verletzungen eröffnet, von deren Vorkommen wir bisher nicht allzuviel wissen. Zweitens wird man nicht vergessen dürfen, dass auch das Röntgenbild uns nicht immer — gerade am Hüftgelenk — einen einwandfrei zu deutenden Befund liefert.

Auffallend an dem Fall ist die geringe Funktionsstörung, die in gar keinem Verhältnis zu dem steht, was man sonst bei intraartikulären Frakturen zu sehen gewohnt ist.

Zweifel, grosse Zweifel habe ich an der ersten Diagnose einer retroglenoidalen Luxation. Hüftgelenksluxationen sind nicht immer leicht zu reponieren, wenn es sich um glatte Verhältnisse handelt. Hier müsste schon ein ganz besonders günstiger Zufall die Reposition ermöglicht haben. Da dieselbe aber so leicht gelang, erscheint es mir völlig ausgeschlossen, dass die Knochenverletzungen bei der „Reposition“ erfolgt sind.