49. Dollinger: Suspension und Stützpunkte künstlicher Glieder. 42. Chir. Kongr. 1913.

46—48. Die Arbeiten eignen sich weder zu kurzem Referat, noch gehören sie ins orthopädische Gebiet. Sie seien nur der Vollständigkeit wegen angeführt.

49. Die Prothese soll die Fortsetzung des Stumpfes sein, deshalb muss sie demselben gut anmodelliert werden. Um dies besser zu erreichen, modelliert Dollinger an das Gipsmodell des Stumpfes bestimmte Stütz- und Druckpunkte.

Anhang.

Bücher über Verbände und portative Apparate, die in Bd. XII. dieses Archivs bereits referiert sind.

50. Lewy: Die ärztliche Gipstechnik. Seite 193.

51. Steinmann: Die Nagelexension der Knochenbrüche. Seite 195.

52. Riedel: Eine einfache Extensionsmethode zur Behandlung der Beinbrüche im Geh-Verband. Seite 195.

III. Bücher.

Treves-Keith, Chirurgische Anatomie. Nach der sechsten englischen Ausgabe übersetzt von Dr. A. Mülberger. Mit 152 Textabbildungen. 478 S. Verlag von Julius Springer, Berlin 1914. Preis gebunden M. 12.—.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass selbst die geringfügigste wissenschaftliche Einzelheit einmal unerwartet Bedeutung gewinnen kann, so gibt es doch gerade in der Anatomie eine grosse Menge von Tatsachen, welche der Mediziner leicht, gern und meistens auch ungestraft vergisst. Was das Studium der systematischen Anatomie als der Grundlage aller Heilkunst so trocken macht, ist ja der Umstand, dass der Lernende nicht absehen kann, was er später brauchen wird, was als toter Ballast über Bord geworfen werden kann. Wenn die topographische oder die chirurgische Anatomie sich grösserer Beliebtheit erfreuen, so liegt dies daran, dass hier die Brücke von der Wissenschaft zum Leben, vom blossen Erkennen zum Verstehen und ärztlichen Handeln geschlagen wird. Wir haben in Deutschland keinen Mangel an guten Werken über chirurgisch-topographische Anatomie. Dennoch dürfte das englische Buch bei uns Eroberungen machen, und zwar gerade wegen der Eigenschaften, welche es von unseren deutschen Werken unterscheidet. Der Engländer ist eben, wie Payr in der Vorrede hervorhebt, auch in seiner Wissenschaft der geborene Praktiker. Er lernt nicht wie wir Anatomie, um diese später auf das ihm zunächst noch fremde Gebiet der Praxis zu übertragen, sondern aus den Notwendigkeiten der ärztlichen Praxis heraus kommt er zum geistigen Erfassen der theoretischen Probleme. Das vorliegende Buch wurde geschrieben, um vor allem dem Studierenden eine Vorstellung von dem verhältnismässigen Wert des anatomischen Tatsachenmaterials zu geben, dann aber auch, um die anatomischen Kenntnisse des in der Berufsarbeit stehenden Arztes aufzufrischen und neu zu beleben. Bei dieser Betonung praktischer Ziele muss die englische Besonderheit als ein entschiedener Vorzug des Werkes angesprochen werden. Unbeschadet deutscher Gründlichkeit wird auch bei uns die Art des englischen Autors, das Wesentliche zu unterstreichen, das Unwesentliche fortzulassen und das Ganze knapp auf die Bedürfnisse des ärztlichen Handelns zuzuschneiden, lebhaften Anklang finden, und es dürfte nichts schaden, wenn es auch etwas Schule machen würde. Dass die Beschränkung des Stoffes nicht zu

oberflächlichem Halbwissen verleite, dafür bürgt der ausgezeichnete wissenschaftliche Geist des Verf., welcher die Erscheinungen mit Sinn und Interesse umgibt. In der Tat bietet die Lektüre des Buches neben reicher Belehrung auch einen ausgewählten Genuss. Durch ganz vorzügliche Abbildungen wird die Anschaulichkeit der Darstellung gefördert. Auch der trefflichen Übersetzung von Dr. A. Mülberger sowie den Illustrationen von Dr. Kleinschmidt und Dr. Hörhammer aus der Payr'schen Klinik ist ein gutes Teil am Gelingen des verdienstvollen Werkes zu danken.

Künne (Steglitz).

Gocht, Handbuch der Röntgen-Lehre, IV. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Stuttgart 1914, bei Ferd. Enke. M. 13.80.

Drei Jahre nach der letzten Auflage wurde eine neue nötig: bei dem Überfluss an Röntgen-Lehrbüchern wahrlich ein gutes Zeichen! Die neue Auflage ist den neuesten Fortschritten entsprechend namentlich in den Abschnitten über Röntgeninstrumentarium und Röntgenröhre erweitert worden; auch die Kapitel über Anatomie und Physiologie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Untersuchung des Magen-Darmtrakts, endlich die Röntgentherapie, besonders die Tiefentherapie haben eine besondere Ausgestaltung erfahren.

Text und Abbildungen mussten trotz aller Kürze und Knappheit etwas vermehrt werden, um die Höhe moderner Wissenschaft zu erreichen.

W. Becker (Bremen).

Wetterer, Handbuch der Röntgentherapie. Zweite umgearbeitete und erweiterte Auflage. 2 Bände. Leipzig 1914, bei Otto Nemnich. Preis in Leinwand Bd. 1 M. 18,—, Bd. 2 M. 26,—.

Von dem grossen Handbuch Wetterers, dessen erste Auflage bereits in Bd. VII dieses Archivs eingehend gewürdigt wurde, liegt jetzt eine neue Auflage vor. Ihre völlig neue Durcharbeitung und wesentliche Vermehrung kommt äusserlich dadurch zum Ausdruck, dass sie in 2 getrennten Bänden erschienen ist, von denen der erste den allgemeinen, der zweite den speziellen Teil der Röntgentherapie enthält.

Neu bearbeitet sind vor allem 3 verschiedene Abschnitte der früheren Auflage: die Röntgentechnik, die Tiefenbestrahlung und die Radiumtherapie. Der technische Teil enthält die neuesten Forschungen über das Wesen der rätselhaften Strahlen und gibt gleichzeitig eine Übersicht über alle Verbesserungen und Neukonstruktionen, die in den letzten 5 Jahren erschienen sind.

Die Tiefenbestrahlung steckte damals noch in den Windeln. Daher galt es hier eine reiche Arbeit zu bewältigen, um im allgemeinen und speziellen Teil den verschiedenen Anforderungen, die das neue Verfahren an Technik, Praxis und klinische Erfahrung stellt, gerecht zu werden.

Dasselbe gilt von der Radiumtherapie; auch hier ist im Laufe der letzten Jahre so viel geschrieben worden, dass es keine geringe Mühe bedeutet, die verschiedenen Forschungen bei der Neubearbeitung zusammenfassend darzustellen. Denn soviel steht längst fest: mag auch die Radium- und Mesothoriumbestrahlung nur einen kleinen Teil all der Hoffnungen, die man im vorigen Jahre davon erwartete, erfüllt haben, als Ergänzung der Röntgentherapie ist sie bereits heute wichtig und unentbehrlich.

Im übrigen gilt von der neuen Auflage das bereits früher Gesagte: der Fleiss und die Gründlichkeit, mit der das grosse Material bewältigt wurde, verdienen dieselbe Anerkennung wie die äussere Ausstattung. War die erste Auflage schon reichlich mit Abbildungen versehen worden, so ist bei der zweiten die Zahl der Textfiguren und der Tafeln in Mehrfarbendruck und in Schwarzdruck mehr als verdoppelt worden! Auch sei auf das ausführliche Literaturverzeichnis am Schlusse hingewiesen, das nicht weniger als 138 Seiten beansprucht. Wir wünschen der neuen Auflage einen zahlreichen Leserkreis.

W. Becker (Bremen).

Universität Zürich, Einweihung 1914. Festgabe der Medizinischen Fakultät. Zürich 1914. Schulthess & Co. 286 Seiten, mit Abbildungen. Ungeb. 4,—.

Die Festschrift enthält folgende Arbeiten:

Eichhorst, Infektionskrankheiten und Volkswohlfahrt.

Der Aufsatz behandelt nach kurzen allgemeinen Ausführungen die diesbezüglichen Verhältnisse der Stadt Zürich. Die Pest ist seit langen Zeiten unbekannt, die letzte Choleraepidemie war 1867, der letzte vereinzelte Fall 1892. Die Erkrankungen an Pocken haben sich seit Abschaffung des Impfwanges im Jahre 1883 merkwürdigerweise nicht wesentlich vermehrt, was damit erklärt wird, dass ein sehr grosser Teil der Bevölkerung sich freiwillig impfen lässt. Seit die städtische Wasserleitung gründlich verbessert ist, kommt Typhus fast nur bei Zugereisten vor. Nackenstarre und Kinderlähmung blieben selten, Flecktyphus oder Febris recurrens fehlten gänzlich. Zürich ist arm an Diphtherie, die Scharlach- und Masernerkrankungen schwanken.

Gaule, Der Wärmehaushalt.

Die tierische Wärme in ihrer Bedeutung für das Lebensproblem und die individuellen Lebensäusserungen, die Einhaltung des Wärmeoptimums durch das regulierende Wärmezentrum, die reaktive oder künstliche Steigerung der Temperatur als Kampfmittel gegen eindringende Schädlichkeiten.

Haab, Das Brillentragen.

Bekämpft alte Vorurteile. Ein richtiges Augenglas ist nicht schädlich, sondern schont und erhält den guten Zustand des Auges, es ergänzt physiologische oder pathologische Mängel unseres Sehapparates.

Wyder, Der Geburtenrückgang.

Erschwerung des Daseinskampfes und steigende Genusssucht sind die Ursachen der gewollten, Geschlechtskrankheiten die der unfreiwilligen Unfruchtbarkeit.

Ruge, Vom Bau des menschlichen Körpers.

Betrachtungen über die durch den aufrechten Gang bewirkten Umformungen der einzelnen Organe.

Bleuler, Die Ambivalenz.

Cloette, Über Angewöhnung an Medikamente und Gifte.

Die Giftimmunität kann eine angeborene sein, eine durch Krankheit bedingte oder eine systematisch erworbene. Die der Gewöhnung zugrunde liegenden Vorgänge sind bei den einzelnen Stoffen zum Teil ganz verschiedenartige.

Silberschmidt, Infektionskrankheiten und Disposition.

Verf. bezeichnet als eine der wichtigsten Aufgaben der Zukunft neben der Erforschung der Krankheitserreger die wissenschaftliche Ergründung der Disposition. Die individuelle Disposition beträgt bei Masern 90%, bei der epidemischen Genickstarre ist sie sehr gering. Wie Mischinfektionen die Disposition erhöhen, können sie diese auch, z. B. beim Milzbrand, herabsetzen.

Sauerbruch, Die Behandlung chirurgischer Erkrankungen mit künstlicher Bestrahlung.

Verf. warnt vor der Überschätzung der natürlichen oder künstlichen Strahlenbehandlung. Die Heliotherapie leiste Beachtenswertes, doch sei sie kostspielig und langwierig. Heruntergekommene Tuberkulose finden auch häufig bei einfacher Krankenhausbehandlung Besserung und Heilung. Das Wesentliche sei wohl die gründliche Änderung des Stoffwechsels. Ebensowenig wie das natürliche Sonnenlicht seien Röntgen- und Radiumstrahlen bisher als sicher wirkende Heilmittel zu

betrachten. Bei bösartigen Neubildungen gebühre noch immer dem Messer der unbedingte Vorrang. Jedem neuen Heilmittel gegenüber sei objektive Prüfung am Platze. Der Kliniker, welcher voreilig Hoffnungen erweckt, die zu Enttäuschungen führen, schädigt das Ansehen des ärztlichen Standes.

Busse, Krebsforschung und Krebsbekämpfung.

Zangger, Über allgemein notwendige Kenntnisse und zu wenig bekannte Ursachen der Kohlenoxydvergiftung.

Der Aufsatz gipfelt in der Forderung staatlicher Bekämpfung der zahlreichen Kohlenoxyd Gefahren.

Feer, Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang.

v. Monakow, Betrachtungen über enger begrenzte „Sprachzentren“ im Cortex.

Felix, Die Missbildungen der Müller'schen Gänge und ihrer Abkömmlinge.

Müller, Die Arteriosklerose und ihre Behandlung.

Sommer, Balneologische Skizzen.

Schulthess, Die Anstalt Balgrist.

Die Anstalt besteht aus dem sogenannten Haupthause und der Poliklinik. Sie ist bestimmt „für Kinder, in beschränkter Anzahl auch für Erwachsene, welche mit Leiden behaftet sind, die orthopädisch behandelt werden können“. Sie verfügt demgemäss über Einrichtungen zur ärztlichen Behandlung, zur Erziehung und Schulung, sowie zur Vorbereitung für einen Beruf. Die Anstalt hat Platz für 85 Kranke, in der Poliklinik werden täglich 80—90 Personen behandelt. Wohltätig berührt die Vermeidung des Wortes „Krüppelheim“. **Künne** (Steglitz).

Ludwig Jehle, Die Albuminurie. Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der orthostatisch-lardotischen und der nephritischen Albuminurie. Mit 35 Abbildungen im Text und 2 Abb. auf einer Tafel. Berlin, Julius Springer, 1914. Preis M. 4,—.

„Wir müssen dem Autor für seine hochinteressante Arbeit dankbar sein und wünschen, dass sie zum Nutzen der erkrankten Menschheit noch zu weiteren diesbezüglichen Arbeiten Anlass geben werde.“

(Aus der Besprechung der Arbeit Jehles von Scholder und Weith, siehe dieses Heft S. 334).

IV. Journalliteratur.

Rudolf Selig, Vorschlag zur extraperitonealen Resektion des Nervus obturatorius bei Spasmen der Adduktoren. Zeitschr. f. angewandte Anatomie und Konstitutionslehre. Bd. 1, Heft 2, 1913.

Verf. hat an 30 Leichen die extraperitoneale Resektion des Nervus obturatorius ausgeführt. Das Verfahren wird als technisch leicht bezeichnet. Bei doppelseitiger Affektion gestaltet sich der Eingriff folgendermassen: hoher Blasenschnitt, Zurückschieben des Bauchfells, stumpfes Vordringen nach der seitlichen Beckenwand. Der ziemlich dicke Nerv wird dann am unteren Rande des Schambeins gefunden, von der Arteria und Vena obturatoria isoliert und durchschnitten.

Künne (Steglitz).

Rudolf Selig, Heidelberg, Die intrapelvine extraperitoneale Resektion des Nervus obturatorius und anatomische Studien über

die Topographie dieses Nerven. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 103, Heft 4.

Verf. kommt bei einer kritischen Betrachtung der bisher üblichen Behandlungsmethoden zu einer absoluten Verwerfung der subkutanen Tenomyotomie der Adduktoren. Nach Leichenversuchen stellt diese Operation sich dar als eine rohe, völlig unkontrollierbare Durchschneidung von Muskeln und Sehnen sämtlicher Adduktoren, des Nervus obturatorius bzw. seiner Äste und fast aller zur Ernährung der Adduktoren nötigen Blutgefässe. An Stelle des Spasmus tritt somit die ischämische Kontraktur. Misserfolge und Rezidive nach Sehnendurchschneidung sind denn auch mehrfach berichtet worden. Stoffel selbst sah nach seiner Obturatoriusresektion niemals Rezidive, und er erklärt die von anderer Seite beobachteten damit, dass wahrscheinlich der Ramus profundus oder accessorius übersehen wurde, oder dass sonst eine Anomalie vorlag. Jedenfalls hat auch die Stoffel'sche Operation den Nachteil, dass sie ein grosses Wundbett schafft und zu regressiven Veränderungen Veranlassung gibt. Selig schlägt deshalb vor, den ungeteilten Obturatoriusstamm durch Bauchschnitt am Rande des Rectus im Becken aufzusuchen. Die Fascia transversa und das Peritoneum werden seitlich weggeschoben. Der Nerv verläuft an der lateralen Seite des Beckens, ganz wenig unterhalb der Linea innominata. Als Vorzüge seines Verfahrens gibt der Verf. an: die leichte Auffindbarkeit des Nerven, die Möglichkeit der Dosierung sowie die Schonung der Gefässe, die weite Entfernung des Operationsschnittes von dem spastischen Gebiete, das Unversehrthbleiben der Adduktorenmuskulatur, die rasche Wundheilung und die damit verbundene schnelle Herstellung der Gehfähigkeit.

Künne (Steglitz).

Hans Virchow, Der Zustand der Rückenmuskulatur bei Skoliose und Kyphoskoliose. Zeitschr. f. orthop. Chirurgie, Bd. 34, 1914.

Die ausserordentlich gründliche Untersuchung wurde an zwei rein skoliotischen und einem kyphoskoliotischen Rücken, den gleichen, deren Rumpfskelette Verf. nach Form zusammengesetzt und beschrieben hat, vorgenommen. Drei gute Abbildungen veranschaulichen den reichhaltigen und ungemein lehrreichen Text. Allerdings sind die Ergebnisse, zu denen Verf. durch seine mühselige Arbeit geführt wird, derart, dass der Orthopäde sie weder im positiven noch im negativen Sinne, weder für seine Anschauung noch für sein Handeln irgendwie unmittelbar ausbeuten könnte. Bei schwerer Skoliose zeigen sich die oberflächlichen Rückenmuskeln wenig verschieden von normalen, an den tiefen Rückenmuskeln wird eine gewisse Dürftigkeit konstatiert, die Degeneration steht aber in gar keinem Verhältnis zu dem Grade der Deformität. Hatte doch bei vorliegender Untersuchung die schwerste Skoliose die gesündesten Rückenmuskeln! Degeneration kam sowohl an verkürzten wie an unverkürzten Muskelpartien ohne erkennbare Beziehungen vor, und zwar gibt sich die Entartung als bindegewebige oder als fettige zu erkennen. Virchow schliesst mit Bestimmtheit, dass die Muskelveränderungen sekundär durch den Zustand des Skeletts hervorgerufen sind. Allerdings soll auch diese sekundäre Insuffizienz der Muskulatur ihrerseits wieder die Skelettdeformität steigern. Nirgends zeigt sich die Spur einer nützlichen und zweckmässigen Anpassung. Wir lernen aus Virchows Ausführungen, dass die Muskel- und Knochenverhältnisse bei der Skoliose noch viel komplizierter sind als wir uns vorzustellen pflegen, und dass wir im besonderen von der korrektiven Wirkung gymnastischer Methoden nicht viel erwarten dürfen.

Künne (Steglitz).

W. Lovett, The history of scoliosis. American journal of orthopedic surgery. Juli 1913.

Die Geschichte der Skoliose reicht bis zu den Anfängen der Medizin zurück. Hippocrates gab der Krankheit den Namen, hatte jedoch von ihrem Wesen

nur sehr unzureichende Vorstellungen. Die endgültige Abgrenzung der seitlichen Verbiegungen von den spondylitischen Kyphosen wurde erst durch Pott's Beschreibung der letzteren im Jahre 1779 bewirkt. Eine wirkliche Skoliosenbehandlung durch Redressement existiert erst seit 1875. Die Anfänge der gymnastischen Behandlung sind schon bei Hippocrates zu finden. Künne (Steglitz).

Lovett, The treatment of scoliosis. Boston medical and surgical journal, Bd. 169, Nr. 18, 30. Oktober 1913.

Was wir Skoliose nennen, umfasst zwei ganz verschiedene Zustandsänderungen, welche im Interesse wissenschaftlicher Verständigung, Prognosestellung und Behandlung streng auseinandergehalten werden sollten. Wir müssen grundsätzlich unterscheiden zwischen der funktionellen und der strukturellen Skoliose. Bei der funktionellen Skoliose, auch Haltungsskoliose, schlechte Haltung, totale Skoliose oder wie Verf. vorschlägt, auch falsche Skoliose genannt, besitzt der Patient eine normal gebaute Wirbelsäule, das Röntgenbild zeigt keine Veränderungen der einzelnen Bausteine, die Seitenausbiegung verschwindet beim Liegen. Ganz anders bei der strukturellen oder organischen Skoliose, welche der Verf. im Gegensatz zur ersteren auch als wahre Skoliose bezeichnet wissen will. Hier ist die Wirbelsäule in ihren Gliederungen primär verändert, das Röntgenbild zeigt diese Abweichungen, und die Kurve verschwindet nicht beim Niederlegen des Patienten. Die diagnostischen Merkzeichen der falschen Skoliose sind also 1. eine einzige Kurve, meist linkskonvex, 2. Höherstehen der konvexseitigen Schulter, Rückwärtsdrehung der konvexseitigen Schulter gegen das Becken, geringes Höherstehen der konkaven Seite bei Vorwärtsbeugung (sogenannte Konkavtorsion). Die wahre Skoliose wird daran erkannt, dass die Wirbelkörper nach der konvexen Seite der Krümmung gedreht sind, und dass bei Vorwärtsbeugung die der konvexen Krümmung entsprechende hinter Thoraxpartie stark hervorspringt. Die falsche Skoliose ist ein Muskelproblem, sie wird daher mit Gymnastik behandelt und geheilt. Die wahre Skoliose ist aber kein Muskelproblem! Folglich ist Gymnastik nicht nur unnütz, sondern möglicherweise schädlich. Erstere kommt zustande unter dem Einfluss fehlerhaften Stehens und Sitzens, geringfügiger anatomischer Unregelmäßigkeiten an Beinen, Becken, Kopf, Wirbelsäule, durch ungleiche Ausbildung des Gesichts- oder Gehörssinnes, durch Beschäftigungshaltungen. Letztere zählt unter ihre Ursachen: angeborene Missbildungen der Wirbelsäule oder ihrer Anhangsgebilde, Empyem, Kinderlähmung, Rachitis. In gewissen Fällen schwerer struktureller Skoliose muss man eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Knochen gegen Deformierungen annehmen. Ein zu kurzes Bein kann bei normalem Knochensystem nicht die Ursache einer schweren Skoliose sein, wohl aber kann eine solche Beinverkürzung bei vorhandener abnormer Knochenschwäche eine wahre Skoliose höheren Grades hervorrufen.

Die einzig rationelle Therapie der wahren Skoliose ist das Redressement. Dass Muskelkontraktionen deforme Wirbelsäulen aufrichten oder korrigiert erhalten, kann bei der Skoliose ebensowenig angenommen werden, wie wir solche Wirkungen beim Klumpfuß oder beim Bein erwarten. Verf. bespricht sodann die einzelnen Methoden des Redressements unter vertikaler und horizontaler Suspension, bei maximaler Extension, die überkrümmenden Verfahren bei Kyphose der Wirbelsäule in Bauch-, Rücken- und Seitenlage sowie die Methode der Drehung nach Forbes, über die sämtlich das Urteil noch nicht abgeschlossen ist. Immerhin geben alle diese Methoden so schöne Erfolge, dass schon heute die Anschauung ausgesprochen werden kann, die Zukunft der Skoliosenbehandlung beruht auf der Weiterentwicklung des forcierten Redressements. Natürlich wird die Nachbehandlung mit Massage und Gymnastik nie ihre hohe Bedeutung verlieren.

K ü n n e (Steglitz).

Schanz, Ein Besuch bei Rollier. Zeitschr. f. orthop. Chirurgie, Bd. 34, 1914.

Ein persönlicher Besuch bei Rollier hat Schanz zu einem begeisterten Anhänger und Schilderer des dort geübten Heilverfahrens gemacht. Er gibt gern zu, dass seine schon nicht geringen Erwartungen von dem Gesehenen weit übertroffen wurden. Nicht genug weiss er den prächtigen Allgemeinzustand der Patienten, die sammetartige Haut, die elastische Muskulatur, die gute Entwicklung des Brustkorbes, den frischen Glanz der Augen und das blanke Weiss der Zähne zu rühmen. Interessant ist auch, dass mit den primitivsten orthopädischen Mitteln, mit Kissen, einfachen Zügen und Matten hier die wunderbarsten Wirkungen auf Deformitäten ausgeübt werden. Die Sonnenkraft erhält selbst schwer zerstörten Gelenken die Beweglichkeit, lässt seit Jahren totkranke Glieder voll und rundlich erscheinen. Aber nicht nur der Sonne sind diese Erfolge zuzuschreiben, sondern in erster Linie — so meint Schanz — Rollier's Regime. Hier kommen die mit grosser Konsequenz eingehaltene Ruhelage, die vorzugsweise vegetarische Diät, die Höhenlage, schliesslich Rollier's ganze ärztliche Persönlichkeit als mächtig unterstützende Faktoren in Betracht. Wenn wir Rollier's klinischen Grundsätzen nacheifern, so lässt sich auch in unseren weniger freundlichen Himmelsstrichen ohne die Sonne Leysins Erfreuliches erreichen. Künné (Steglitz).

Gaugele und Schüssler, Unsere Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 17.

An 34 Kindern, die hauptsächlich an Knochentuberkulose litten, wurden ausgeführt: 6 intramuskuläre Seruminjektionen (Nr. 1 grün), 26 Simultaninjektionen (Nr. II blau intravenös + Nr. III gelb intramuskulär), 2 Injektionen mit Serum III. Ein Kind starb an Miliartuberkulose, der Exitus schien hier, wenn nicht direkt verursacht, so doch beschleunigt durch die Injektion. Die Allgemeinerscheinungen waren unmittelbar nach der Injektion vielfach schwerster Art. In 21 Fällen trat starke Abszessbildung auf, die auf die Unreinheit des Präparates zurückgeführt wird. Nach Abschluss der Eiterung wurde allerdings eine Besserung des Allgemeinbefindens wahrgenommen. Die Pirquet'sche Probe blieb bei allen Patienten positiv, die Röntgenbilder ergaben keine Besserungen der Knochen- und Gelenkverhältnisse. Künné (Steglitz).

Lovett und Fish, The outdoor treatment of surgical tuberculosis. Boston medical and surgical journal, Bd. 169, S. 145—151, 31. Juli 1913.

Die Freiluftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose ist, von der Heliotherapie abgesehen, noch nicht in ihrer eigentümlichen Bedeutung voll gewürdigt worden. Im Massachusetts-Hospital für verkrüppelte Kinder verbringen die Insassen Tag und Nacht, Sommer und Winter, auch die Zeit des Unterrichts im Freien, bzw. in Räumen, welche durch ihre Bauart und Lüftungsvorrichtungen alle Vorteile der freien Luft darbieten. Die Wirkungen auf Allgemeinbefinden, Ernährungszustand, Blutbeschaffenheit und örtliche Erkrankung sind ganz vorzügliche. Erkältungskrankheiten sowie Infektionen sind seltener als bei anderen Schulkindern. Man hat die Erfahrung gemacht, dass man Kinder unter 3 Jahren und Patienten nach Operationen nicht niederen Temperaturen aussetzen darf. Die Verf. betonen den hohen Wert des dauernden Freiluftlebens auch für die gesunde Schuljugend. Künné (Steglitz).

Lovett, Principles of the treatment of infantile paralysis. The journal of the American medical association, 24. Jan. 1914, Vol. 62, pp. 251 bis 254.

Der Nutzen des Hexamethylentetramins bei frischer Poliomyelitis ist noch nicht sicher erwiesen, dennoch kann es für verdächtige Fälle empfohlen werden. Leichtere Fälle bedürfen zwei bis drei Wochen der Ruhe, schwerere so lange, bis alle

Empfindlichkeit verschwunden ist. Schwerere Attacken sind meist von schwereren Lähmungen gefolgt und umgekehrt, doch ist diese Regel nicht ohne Ausnahmen. Der Ausgang der Krankheit ist daher selbst bei frühzeitiger sachgemässer Behandlung nicht vorher zu bestimmen. Das Rekonvaleszenzstadium teilt Lovett aus praktischen Gründen in die noch empfindliche Phase und in die Phase nach Verschwinden der Empfindlichkeit. Für die erste Phase ist nichts weiter nötig als Ruhe, wenn möglich im Freien, Lagewechsel, vorsichtiges Aufsetzen, warme Bäder, Verhütung der Spitzfusskontraktur. Erst in der zweiten Phase, die nach zwei bis drei Monaten gewöhnlich beginnt, treten Massage, Elektrizität und Übungsbehandlung in ihre Rechte. Vor Ablauf von 4 Wochen sollte die physikalische Behandlung jedenfalls nicht angewandt werden. So früh wie möglich ist der Patient sodann durch Apparate gehfähig zu machen. Gerade der frühe Gebrauch der Apparate schützt den Kranken am besten vor späterer dauernder Abhängigkeit von mechanischen Hilfsmitteln. Muskelatrophie ist nicht zu fürchten, denn die Fortbewegung, selbst im Schienenapparat, ist die beste Muskelübung. Für die operative Behandlung fordert Lovett, dass zwei bis drei Jahre seit dem Anfall vergangen seien, eine Forderung, von der Ref. glaubt, dass sie sich auch bei uns durchsetzen wird, denn die endliche Wiedererlangung der Funktion geschieht auf Grund von dreierlei verschiedenen Vorgängen, nämlich durch Wiedergesamwerden der erkrankten Nervensubstanz, durch Benutzung benachbarter Nervenfaserbahnen, durch die kompensierende Tätigkeit gesund gebliebener Muskeln. Der Fussarthrodese zieht Lovett die partielle Fixierung durch künstliche Seidenligamente vor, da schwere sekundäre Deformierungen zuweilen die Folgen der Versteifung sind. Wenn Lovett die Kniearthrodese wegen der zu fürchtenden Wachstumsstörung ablehnt, so wird das Vorliegen dieser Gefahr durch die zahlreichen Erfahrungen der Biesalski'schen Klinik nicht bestätigt. Andererseits sprechen sicher praktische, ästhetische und psychische Gründe gegen die künstliche Versteifung des Kniegelenks. Künne (Steglitz).

Schanz, Zur Ätiologie und Therapie der Arthritis deformans. Zeitschr. f. orthop. Chirurgie, Bd. 34, 1914.

Schanz ist der Überzeugung, dass die Arthritis deformans eine Verbrauchs-krankheit darstelle. Dabei versteht er unter Verbrauchs-krankheit eine solche, welche ohne abnorme Einwirkung lediglich durch den normalen Gebrauch früher oder später bei jedem Menschen zur Ausbildung kommt. So erkläre es ich, dass die Arthritis deformans bei Menschen, die viel auf den Beinen seien, so häufig vorkomme. Bei der Arthritis der Tabiker wird die schnellere Abnutzung aus den Sensibilitätsstörungen und dem stampfenden Gange verständlich. Die entzündlichen Erscheinungen sind Reaktionserscheinungen, die Wucherungen Heilbestrebungen des Organismus. Abnorme Gelenkstellungen, ferner Gelenkflächeninkongruenzen bedingen, schief eingestellten Maschinenteilen vergleichbar, ebenfalls schnelleren Verbrauch und damit Arthritis. Die Therapie hat demnach die Aufgabe, den übermässigen Verbrauch einzuschränken, in erster Linie geschieht dies durch Entlastung. Die Stoffwechselvorzüge sind durch Priessnitzumschläge, sanfte Massage und Elektrisation anzuregen, dagegen soll jede Reizung des Gelenkes, etwa durch direkte Massage oder Heissluftbehandlung vermieden werden. —

Gaugele, Über die sogenannte Entbindungslähmung des Armes. Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. 34, 1914.

Verf. bringt 4 Fälle mit Röntgenbildern. In allen 4 Fällen wurden Epiphysenverletzungen konstatiert. Gaugele schliesst sich der Anschauung Lange's an, dass bei dem Krankheitsbild der Entbindungslähmung meist keine echte Lähmung vorliege, sondern dass es sich hauptsächlich um Verletzungen der Kapsel

handele, die später dann zu Schrumpfung und Kontrakturbildung führen können. Epiphysenverletzungen kommen meist vor, doch sind sie ebenso wie etwaige Knochenverletzungen nur als komplizierende Begleiterscheinungen anzusehen. Die Prognose ist in frischen Fällen gut, in alten besser als früher. Für die ersteren sind Abduktionsstellung von 90° bei starker Auswärtsdrehung, später Massage und passive Übungen zu empfehlen; in veralteten Fällen kommen Redressement, Durchschneidung des Pectoralis major und Osteotomie des Humerus in Betracht.

Künne (Steglitz).

Gaugele, Über die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chirurgie, Bd. 34, 1914.

Die Rückkehr des Gliedes aus der Repositionsstellung in die Normalstellung darf nicht dem Patienten überlassen bleiben, sondern stellt den wichtigsten Teil der Nachbehandlung dar. Durch die genaue Befolgung dieses Grundsatzes, der schon von Schanz und Hoeftmann vertreten wurde, hat Verf. es auf eine Heilungsziffer von 100% gebracht. Er verwendet nach drei Gipsverbänden von je 5 Wochen Dauer eine Luxationsbandage, welche im wesentlichen aus einem Beckenkorb und darin befindlicher, verstellbarer und feststellbarer Oberschenkel-schiene besteht. Der erste Verband wird in Lorenz'scher Primärstellung von 90° Abduktion, 90° Flexion, 0° Rotation, der zweite in leichter Einwärtsrotation und geringer Verminderung der Abduktion, der dritte je nach dem Röntgenbefunde in vermehrter oder verminderter Abduktion angelegt. Die Nachbehandlung mit der Luxationsbandage dauert 10—15 Wochen. Die Einrenkung hat stets so schonend wie möglich zu geschehen; in diesem Falle scheinen schwerere Kopf- und Halsdeformitäten nicht zur Entwicklung zu kommen. Der Antetorsion misst Gaugele keine so hohe Bedeutung für den Enderfolg bei.

Künne (Steglitz).

Wegner, Über die Luxation des Fußes im Talokruralgelenk nach oben. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 88, Heft 2, 1913.

Den wenigen bisher beschriebenen Fällen fügt Verf. einen Fall hinzu, welcher als erster auch röntgenologischer Betrachtung unterzogen wurde. Der kräftige und sonst gesunde Mann fiel seitlich um, während sein rechter Fuß zwischen die Sprossen einer Leiter gequetscht wurde. Die Symptome bestanden in kolossaler Verbreiterung des Fußgelenks, starkem Vorspringen des medialen Knöchels, Auswärtrotation und Abduktion des Fußes. Die Reposition gelang leicht durch Zug nach unten, die Heilung war eine vollständige. Das Röntgenbild zeigt das Sprunggelenk zwischen Tibia und Fibula eingeklemt, jedoch ist nur die Tibia, von deren unterem Ende ein Stück abgesprengt ist, aus ihrer Lage verschoben, während die Fibula an ihrer Stelle geblieben ist. Die Prognose der seltenen Verletzung wird als günstig bezeichnet.

Künne (Steglitz).

Muskat, Berlin, Fusserkrankungen bei Schulkindern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, 26. Jahrgang, Nr. 10.

Von den zahlreichen Missbildungen, den tuberkulösen und den Lähmungskrankungen des Fußes beansprucht das Hauptinteresse wegen seiner Häufigkeit der Plattfuß. Er kommt vor angeboren in 4,3%, paralytisch in 3,1%, traumatisch in 4,9%, rachitisch in 3,1%, statisch in 88,9% der Fälle. Die Anschauung vom physiologischen Plattfuß aller Neugeborenen gilt als widerlegt, ebenso wie die vom Plattfuß als Rassemerkmal. Ewald fand in israelitischen Schulen nicht mehr Plattfüsse als in anderen. Der Prozentsatz der plattfüssigen Schul kinder ist ein ausserordentlich hoher, nach verschiedenen Autoren zwischen 10 und 37%. Die Zahl nimmt im allgemeinen nach den oberen Klassen zu. Da der Plattfuß Militär- und Berufstauglichkeit in hohem Masse einschränkt, sind weitgehendste prophylaktische Massnahmen, die vor allem in das Aufgaben-

gebiet des Schularztes fallen, geboten. Überanstrengungen durch Stehen und Gehen, sowie bei gewissen Turnübungen sind zu vermeiden, das Schuhwerk soll am Innenrande am längsten, die Sohle ev. etwas erhöht sein, Fusspflege durch Bänder, geeignete Muskelübungen ist zu empfehlen; in schweren Fällen hat spezialärztliche Behandlung rechtzeitig einzusetzen. Künne (Steglitz).

Kraft, Wetterer und Wiesner, Archiv für physikalische Medizin und medizinische Technik. VIII. Bd., Heft 4, Leipzig 1914 bei Otto Nemnich, Einzelpreis 3.50.

Originalien:

1. **Schmidt**, Zur Strahlenbehandlung des Krebses.

Es ist bisher noch kein Beweis dafür erbracht worden, dass Radium oder Mesothorium wirksamer seien als Röntgenstrahlen. Im graden Gegenteil sah Bumm die besten Erfolge bei Fällen, die nur mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren.

2. **Knox**, Die Radiumtherapie bei malignen Tumoren.

In den Anfangsstadien von Krebs ist unbedingt der operativen Methode der Vorzug zu geben; Radium kommt als bestes Hilfsmittel bei allen Fällen in Betracht, sowohl als Prophylaxe nach Operationen, als auch, wenn keine Operation ausgeführt war. In inoperablen Fällen kann es unter Umständen zur Operabilität führen. Es ist zu beachten, dass Röntgenstrahlen in manchen Fällen genau daselbe leisten wie Radium.

3. **Dessauer und Wetterer**, Bemerkungen zur Anwendung der harten Röntgenstrahlen.

Für die Hypertrichosis sowohl als für die Erkrankungen der Haare sind die harten Strahlen die geeignetsten, während für Ekzeme, Psoriasis, Prurigo, Pruritus, Lichen ruber etc. nur mittelweiche Strahlen in Betracht kommen.

4. **Schnée**, Die Entwicklung des elektrischen Entfettungsverfahrens und mein Degrassator.

Beschreibung des von Verf. konstruierten Apparates mit historischem Rückblick auf die elektrische Entfettungstherapie.

Zeit- und Streitfragen; Kritik; Referate.

W. Becker (Bremen).

Coakley, Byron, 1. Life without organs. Coakley's Archives, Vol. 1, April 1914, Nr. 1.

Die Versuche des Autors an Fröschen, Eidechsen, Alligatoren ergeben, dass das Leben ohne Brust- und Bauchorgane stundenlang fortbestehen kann, wenn für eine genügende Durchblutung des Gehirns Sorge getragen ist, ferner dass die Erscheinungen der Zersetzung und Fäulnis tagelang hintangehalten werden können, wenn frisch verstorbene organlose Individuen durch geeignete Vernähung ihrer Halsgefäße an den Kreislauf eines lebenden Individuums angeschlossen werden. Beim Frosch und bei der Eidechse spielt die Feuchtigkeit eine wichtige Rolle in der Erhaltung des Lebens.

Coakley, Byron, 2. A Report of a few transplantation experiments.

Ein gravidier Uterus wurde mit Inhalt auf eine Extremität verpflanzt und blieb mehrere Stunden am Leben, ebenso fuhr ein 6monatiger Fötus, der mit seinen Nabelgefäßen an die mütterliche Ulnararterie angeschlossen war, fort zu leben und zu wachsen. Die übrigen Verpflanzungen nicht nur von Magen, Nieren, Drüsen, sondern von ganzen Köpfen, Brustkörben und Körperhälften an Hunden klingen im Bericht so abenteuerlich, dass es fast unmöglich ist, den guten Glauben zu wahren.

Coakley, Byron, 3. A preliminary report of some experimental work in fractures and dislocations, enthält die Versuche des Verf., durch Injektionen von verschiedenen Substanzen, um die Bruchenden bei Frakturen zur schnellen Vereinigung zu bringen. Künne (Steglitz).

Jaquet Albert, Zur Technik der Mastisolbehandlung. Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr. 42.

Verf. bespricht ausführlich die Anwendung des Mastisol, das er sehr warm empfiehlt und als ein Idealmittel bezeichnet, dessen Gebrauch einen wirklichen Fortschritt in der Chirurgie darstellt. Er stimmt Kausch zu; der Mastisol als ein Universalmittel für die Chirurgie bezeichnet, das Antiseptikum, Heftpflaster und Binden ersetzt. J. Riedinger.

Iselin, Hans (Basel), Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenbestrahlung. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Nr. 7—8.

Verf. fasst seine Erfahrungen folgendermassen zusammen:

„Regelmässige Gewichtsbestimmungen haben ergeben. 1. dass der Körper in der Röntgenreaktionszeit sein Gewicht in 70—80 % der Beobachtungen um etwa 1 kg nach der Bestrahlung des tuberkulösen Herdes vermehrt, 2. dass sich eine Körpergewichtszunahme fast mit jeder Sitzung wiederholt und dass mit dieser Gewichtszunahme eine Umfangsverminderung in der Gegend des Krankheitsherdes einhergeht.

Der Gewichtsverlust des tuberkulös Erkrankten wird durch Giftbildung im tuberkulösen Herd verursacht.

Die Körpergewichtszunahme, die der Röntgenbelichtung folgt, und die Abschwellung des kranken Gliedes sind als Folgen einer teilweisen Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Bestrahlung aufzufassen. Die Gewichtszunahme kommt vermutlich durch vermehrte Wasseraufnahme und Abschwellung des kranken Gliedes in der Anfangszeit wenigstens durch Verbesserung der Zirkulation zustande.

Der weitere Anstieg der Gewichtskurve und die Abnahme der entzündlichen tuberkulösen Schwellung sind ein deutlicher Ausdruck der Heilkraft der fortgesetzten Röntgenbestrahlung.

Der Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose stehen zwei Wege offen: Bei leichten Formen wird sie versuchen, durch wiederholte schwache Belichtung den Herd zu entgiften und der Resorption zugänglich zu machen.

Bei schwereren Erkrankungen wird, wenn das physiologische Verfahren nicht genügt, eine stärkere Bestrahlung einsetzen müssen; dies bezweckt nicht nur, das tuberkulöse Gewebe zum Zerfall zu bringen, sondern sie ist bestrebt, mit energischer Tiefenbestrahlung durch Gefässschädigung im tuberkulösen Herd und seiner Umgebung, die Schrumpfung des Granulationsgewebes und Narbenbildung zur Folge hat, die Abkapselung und Ausschaltung des tuberkulösen Herdes aus dem Körper zu fördern.

Bei beiden Arten der Bestrahlung zielt unser Bestreben darauf hin, natürliche Heilungsvorgänge zu unterstützen und zu beschleunigen.“

J. Riedinger.

Max Böhm, Die angeborenen Entwicklungsfehler des Rumpfskeletts. Berliner klin. Wochenschrift 1913. Nr. 42.

Verf. teilt die angeborenen Deformitäten des Rumpfskeletts ein in 5 Gruppen, nämlich 1. in Formbindungen durch intrauterinen Druck, 2. in Missbildungen durch Defekte und Fusionen, 3. in Varietäten, 4. in Störungen der bilateralen Symmetrie und 5. in fehlerhafte angeborene Wachstumsrichtung. Schulscholiosen gibt es nicht. Dagegen ist, wie Verf. schon wiederholt zu betonen Gelegenheit hatte, das grosse Heer der nicht entzündlichen und nicht paralytischen fixierten

Rumpffdeformitäten, soweit nicht Rachitis vorliegt, in der Hauptsache durch angeborenen Entwicklungsfehler des Rumpfskeletts bedingt. J. Riedinger.

Gottstein, J. F. (Reichenberg), Die Skoliose im Leben und in der ärztlichen Praxis. Prager med. Wochenschrift 1913, Nr. 11.

Verf. beklagt es, dass die Mediziner während ihrer Studienzeit sowenig über Skoliose hören, obwohl von vierzehnjährigen Kindern der vierte Teil mit dieser Erkrankung behaftet ist. Er geht näher auf die von Ärzten häufig begangenen prognostischen und therapeutischen Irrtümer hin. An Selbstheilung dürfen wir nie denken. Deshalb muss die Therapie frühzeitig eingeleitet werden. Die Wege und Mittel sind aber verschieden. Verf. verlangt, dass die Orthopädie selbstständiges Lehr- und Prüfungsfach an den Universitäten werde. Ausserdem wird die Aufstellung von Fürsorgeärzten, Praktikern, die alle gesundheitlichen Verhältnisse der Kinder und ihrer häuslichen Umgebung zu überwachen, empfohlen. Das wäre eine der Aufgabe, der sich die Krüppelfürsorge zu widmen hätte.

J. Riedinger.

Hnáték, Johann, Ischias kyphotica. Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr. 41.

Ein 38jähriger Mann, der frei von jeder nervösen Belastung war, erkrankte im Anschlusse an eine Überanstrengung an einer typischen rechtseitigen Ischias, die mit einer Kyphose von 120° einherging. Bei Nacht musste er, um die Schmerzen zu lindern, die Position à la vache einnehmen. Durch die Beugung des Körpers nach vorn wurde der Schmerz beseitigt oder wenigstens gelindert, woraus geschlossen werden muss, dass in den Rückenmuskeln, wahrscheinlich im M. sacrolumbalis, ein stärkerer sensibler Ast des N. ischiadicus verläuft; dieser Ast nahm an dem pathologischen Prozess teil und litt unter dem Druck der kontrahierten Muskelmasse.

J. Riedinger.

Franz Rost, Experimentale und klinische Untersuchungen über chronische, granulierende Entzündungen des Knochenmarkes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 125.

Ausgehend von dem Studium der noch wenig aufgeklärten, nicht tuberkulösen, chronischen Osteomyelitis, und in der Erkenntnis, dass gerade das Knochenmark sehr geeignet ist, um zu prüfen, ob ein Stoff zur Bindegewebsbildung anregt oder nicht, unternahm Verf. zahlreiche Experimente an Kaninchen und Hunden, um physikalische, chemische und bakterielle Reize auf das Knochenmark einwirken zu lassen. Zu diesem Zwecke wurden zunächst mechanisch reizende Stoffe in das Knochenmark eingespritzt. Die Veränderungen und die histologischen Befunde werden ausführlich besprochen. Besonders bemerkenswert ist, dass Wismut zur Bindegewebsbildung nicht anregt und deshalb ganz unschuldig ist an der Heilwirkung der Beck'schen Paste. Als wirksame Substanz in der Paste kann nur die amerikanische Vaseline angesehen werden.

Unter dem rein chemisch wirkenden, d. h. völlig löslichen Stoffen zeichnete sich in hervorragender Weise Rohparaffinöl durch die Fähigkeit aus, Bindegewebe hervorzurufen. Verf. hat dieses Mittel auch zu therapeutischen Zwecken bei Osteomyelitis in der chirurgischen Klinik zu Heidelberg verwendet und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Grosse Defekte nach Sequesterectomie füllen sich schnell mit Granulationen. Bei Empyemen liess schnell die Eiterung nach und die Höhlen verkleinerten sich. Die Einspritzung abgetöteter Mikrokokken bewirkte tumorartige Granulationsbildungen, wie sie ähnlich auch beim Menschen zu finden sind (Osteomyelitis und Ostitis fibrosa). Zur Feststellung des Charakters dieser Bildungen weist Verf. auf die Wichtigkeit der serologischen Untersuchung hin. Zum Belege hierfür teilt Verf. eine Reihe klinischer Beobachtungen am Schlusse seiner interessanten und wichtigen Arbeit mit. In bezug hierauf wäre noch zu er-

wähnen, dass auch ein Fall von juveniler Arthritis der Hüfte als Staphylomykose angesprochen werden konnte. J. Riedinger.

Erich Klose (Breslau), Zur Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica. Monatsschr. für Kinderheilkunde, Bd. XII, 1913.

Verf. hat im Krüppelheim Zwickau-Marienthal (Dr. Gausele) 4 Fälle von Osteopsathyrosis idiopathica beobachtet, über die er ausführlich berichtet. Die wesentlichen Züge des charakteristischen klinischen Bildes werden hervorgehoben. Besonders sorgfältig werden die Röntgenbefunde beschrieben. Ausgehend von den anatomischen Untersuchungen Loosers tritt Verf. auch der Frage näher, ob sich die verschiedenen radiologischen Befunde mit den anatomischen Untersuchungen in Übereinstimmung bringen lassen. Der 4. Fall liess diese Übereinstimmung nicht erkennen. Es fehlte hier die für die Osteopsathyrosis idiopathica pathognomonische Verschmächigung der Diaphysen. Ausserdem ergaben die Strukturverhältnisse ein wesentlich anderes Bild. Am bemerkenswertesten sind die völlige Strukturlosigkeit mit wechselnder Schattentiefe, eine hochgradig gesteigerte Strahlendurchlässigkeit und der Umstand, dass die Epiphysen geringere Veränderungen zeigen als die Diaphysen. Auch die histologischen Untersuchungen, die Prof. Risel an einem der Tibia durch Osteotomie gewonnenen Knochenstück vornahm und über die er am Schlusse der Arbeit selbst umgehend berichtet, geht hervor, dass dem Fall, der klinisch zum Krankheitsbild der idiopathischen Osteopsathyrosis zu rechnen ist, ein andersartiger pathologisch-anatomischer Prozess zugrunde liegt. Die Deutung des Befundes begegnet noch grossen Schwierigkeiten. Im allgemeinen besteht eine Ähnlichkeit mit der Ostitis fibrosa, die sich nach v. Recklinghausen auf dem Boden der chronischen Osteomalazie an einzelnen oder mehreren Abschnitten des Skeletts unter der Einwirkung chronischer Reize entwickelt. Die relativ breiten osteoiden Säume an den Knochenbälkchen deutet Risel nicht als Halisterese kalkhaltigen Knochens, sondern als Apposition von kalklosem Gewebe durch die Osteoblasten. Demnach handelt es sich um eine Anomalie des Verkalkungsprozesses, mangelhafte Kalkablagerung in der Knochensubstanz, wie sie sowohl der Rachitis als der Osteomalazie zukomme. Näheren Aufschluss wird nur das Studium der endochondralen Ossifikation bringen. J. Riedinger.

Über die Frage der Gewöhnung an Unfallfolgen sprach sich der **Präsident des bayerischen Landesversicherungsamtes** in der Kammer der Abgeordneten des bayerischen Landtages am 10. März 1914 folgendermassen aus:

Die Gewöhnung ist ein wahres Kreuz der Rechtsprechung geworden. Wir stehen jetzt auch auf dem Standpunkt, dass die Gewöhnung doch nicht in dem horrenden Masse ausfallen soll wie bisher. Bekanntlich hat es damit angefangen, dass die Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft eine Zusammenstellung von Fällen brachte, in denen trotz Verlustes einer Hand oder eines anderen Gliedes der Arbeiter später mit gleichem Lohne beschäftigt wurde. Die Ärzte sind ebenfalls nachgeschritten und so hat sich eine gewisse Latitüde in der Beurteilung der Gewöhnung herausgebildet. Wir sind z. B. so weit gegangen, dass wir sagten: Bei Frauen, bei denen der Zeigefinger eine ganz enorme Bedeutung für die Hauswirtschaft besitzt, kann man bei dessen Verlust eine Gewöhnung nicht mehr annehmen. Die 10 % müssen da bezahlt werden, nach wie vor. So haben wir schon verschiedene solche Fälle entschieden. Was dann die Gewöhnung z. B. bei ganz alten Leuten betrifft, so ist es einfach so: Wenn der Mann zur Arbeit unfähig ist, dann kann er eben auch trotz Gewöhnung nicht arbeiten.