

IV. Aus der chirurgischen Abtheilung des israelitischen Spitals in Odessa.

(Dirig. Arzt: Dr. Jusephowitsch.)

Fractura patellae obliqua.

Von Dr. S. Kofmann.

Da die Kniescheibenfracturen bekanntlich zu den nicht gar zu häufigen Verletzungen gehören, so erachte ich jede Vermehrung der casuistischen Mittheilungen, die zur Aufklärung mancher noch nicht feststehenden Einzelheiten in dieser Frage beizutragen imstande wären, am Platze.

Am 6. April wurde in das hiesige israelitische Spital vom Bahnhof ein Verunglückter gebracht. Der Kranke, Iwan Konowalow, 28 Jahre alt, Schmied in der Eisenbahnwerkstatt, von hohem Wuchse und kräftigem Bau, klagt über Schmerz im rechten Knie. Nach seiner Angabe sollte der grosse Hammer, der durch Dampfkraft in Bewegung gesetzt wird, ausgefahren sein, und ihm dabei einen so starken Schlag in das rechte Bein versetzt haben, dass er sofort besinnungslos umfiel. Die nähere Untersuchung des verletzten Beines ergab starke Röthung und Schwellung der Kniegelenkgegend, die Contouren der Gelenktheile sind völlig verwischt; die Schwellung lokalisiert sich hauptsächlich an der Kniescheibe, wo die Betastung besonders schmerzhaft ist, darum von der genaueren Diagnosenstellung Abstand genommen wurde. Vorläufig lautet es: Haematoma praepatellaris dextra. Eisbeutel auf das Knie und Immobilisation.

9. April. Die Schwellung und Röthung nehmen allmählich ab, doch ist die Berührung noch sehr schmerzhaft.

15. April. Die Schwellung hat bedeutend abgenommen, die Gegend der Patella sieht abgeflacht und verbreitert aus, palpiert man dieselbe, so fühlt man die ballotirende Kniescheibe in ihrem queren Durchmesser etwa um $1\frac{1}{2}$ cm verbreitert und aus zwei Bruchstücken, einem äusseren kleineren und einem inneren grösseren bestehend. Die Bruchlinie verläuft nicht quer, sondern mehr senkrecht, und zwar zuerst geradlinig, von unten nach oben steigend, biegt sie dann bogenförmig nach innen um. Die vordere Knochenhaut ist, soweit es durchzufühlen gelingt, nicht getrennt, sondern bloss die hintere, weshalb der Bruchspalt, vorn schmaler und hinten breiter, ein Dreieck bildet. Uebt man einen leichten Druck auf die Patella aus, so gehen die Bruchstücke mit den hinteren Bruchrändern mehr auseinander, der Knochenspalt flacht sich ab, und die ganze Patellargegend verbreitert sich noch mehr. Versucht man durch Seitendruck die Bruchstücke auseinander zu bringen, so gelingt es leicht, wobei man das Gefühl einer weichen Crepitation bekommt (Bluterguss). Der Kranke führt die Flexion im Kniegelenk ohne Anstrengung bis 120° , die Extension ist vollständig. Der Gang ist möglich, aber schmerzhaft. Verordnung: Massage.

Am 28. April verlässt der Kranke das Spital; die Knochenstücke sind nicht angeheilt, der Bluterguss ist fast vollständig verschwunden. Der Kranke kann gehen, sich auf einen Stock stützend.

Was an diesem Krankenbericht besonders zu vermerken ist, ist der Verlauf der Fracturrichtung und die verhältnissmässig ausserordentlich geringe Functionsstörung. Wenn, wie schon oben angedeutet, die Kniescheibenbrüche zu den nicht gar zu oft beobachteten Fracturen gehören (nach Bruns $1,3\%$ aller Brüche), so muss man von den nicht queren Fracturen sagen, dass sie geradezu zu den Raritäten gehören; so meint z. B. Duploy¹⁾ und seine Mitverfasser in ihrem Manuel de Diagnostic chirurgical: „Les fractures verticales de la rotule sont tellement rares que nous ne croyons pas devoir y insister“. Aehnlich auch andere Autoren, die der Thatsache wohl Erwähnung thun, aber sich nicht näher damit beschäftigen. So konnte ich aus der mir zugänglichen Litteratur nur die zwei von Bähr beobachteten und von ihm in seiner Monographie über „Patellarfracturen“ kurz gestreiften Fälle ausfindig machen. Merkwürdigerweise gelang es mir, in der älteren Litteratur einen genau beschriebenen Fall von Tresoret (Gaz. des hôpit. No. 12, 1881 cit. nach Virchow's Archiv 1881, S. 335 II) „Fracture de la rotule n'ayant point empêché la marche“, der sich auffallend gut an den meinigen anreicht, aufzufinden. Derselbe ist durch seine Torpidität so ausgezeichnet, dass es lohnend scheint, ihn kurz zu referiren.

Ein 45-jähriger Mann fiel auf das gebeugte Knie, der heftige Schmerz nöthigte ihn, eine zeitlang in liegender Stellung zu verharren. Dann stand er auf und legte 2 km zurück, wobei er das Bein gestreckt hielt. Den nächsten Tag ging er schon leichter und konnte 15 km zurücklegen. Erst nach drei Wochen bemerkte er zufällig eine Anschwellung an der vorderen Fläche der Patella und die Patellarfractur. Nach zehn Wochen wandte er sich wegen Zunahme der Anschwellung an den Verfasser, der nach Punction des Hygroma eine etwas schräg verlaufende Fractur der Patella, die durch schmalen fibrösen Callus geheilt war, fand.

Wie ersichtlich, handelte es sich in beiden Fällen um direkte Fracturen, wobei in dem meinigen die Fracturrichtung senkrecht und dann etwas umbiegend verlief, bei dem Tresoret'schen etwas schief. Dementsprechend war auch in beiden Fällen die Function wenig gestört; während in dem von mir geschilderten Falle das Gehen sehr bald möglich,

wenn auch mit Schmerz verbunden wurde, bemerkte der Tresoret'sche Patient die Verletzung garnicht und konnte bis zum Sichtbarwerden der Schwellung grosse Strecken zurücklegen.

Meinem geehrten Chef, Herrn Dr. Jusephowitsch, gebe ich für die Zuverfügungstellung dieses Falles meinen verbindlichsten Dank zum Ausdruck.

¹⁾ Duploy, E. Rochard et A. Demoulin. Paris 1897.