

überzogen, extrahiert. Der Knabe wußte von einem Trauma nichts auszusagen, als daß er in den letzten 4 Jahren bisweilen mit dem betreffenden Knie umgeknickt sei. Diese Angabe berechtigt doch wohl mehr zu der Annahme, daß eine Schwäche des Kniegelenks seit der Zeit bestand, die auf einen krankhaften Prozeß hindeutet, als zu dem Schluß, daß „Knorpelknochenabspaltungen am Kniegelenk durch verhältnismäßig geringfügige Trauma zustande kommen können“. Ähnliche anamnestiche Angaben finden sich in vielen in der Literatur verzeichneten Fällen, die als Beweis für die Möglichkeit der Entstehung von Gelenkmäusen durch indirekte Traumen angeführt werden.

Äußere Umstände haben es leider nicht ermöglichen lassen, den vorliegenden Fall nach der Entlassung aus dem Dienst weiter zu beobachten und mit Röntgenstrahlen zu untersuchen, so wünschenswert es auch gewesen wäre.

Sein Zustand bei der Entlassung war ein befriedigender. Beim gewöhnlichen Gehen hinkte er kaum merklich, nur stellte sich, wie erwähnt, bald eine gewisse Ermüdung ein.

Vielleicht erscheint der Fall gelegentlich in einer späteren Statistik der Gelenkmäuse unter Rubrik „durch indirekte Traumen entstanden“, wenn der jetzt noch feste Körper sich vollends gelöst hat und charakteristische Maussymptome verursacht.

XIX.

Aus der königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.

Bemerkungen über diagnostische Irrtümer bei Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen nebst Beitrag zur Kenntnis der Fibulafrakturen.

Von

Dr. F. Bering,

Assistent an der königl. Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten zu Kiel.

In Heft I des 72. Bandes des „Archiv für klinische Chirurgie“ beschreibt Dr. Suter 2 Fälle von Fibulafrakturen, sowohl als vollständig neue Beobachtungen, als auch in der Absicht, vor diagnostischen Irrtümern bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen zu warnen. Er erwähnt nur, daß Helferich auf Tafel VI der 6. Auflage seines Atlases: „Die Abbildung einer analogen Fraktur gibt als Beispiel für die Unzuverlässigkeit der radiographischen Durchleuchtung“ ohne Aufschluß über den Mechanismus der Fraktur. Mitte 1903 habe ich auf Veranlassung von Herrn Geheimrat Helferich in meiner Dissertation¹⁾ „Supramalleolare Längsfrakturen der Fibula“ 12 Fibulabrüche beschrieben, deren Art mit den von Suter mitgeteilten vollständig übereinstimmt. Sie kamen alle innerhalb der letzten 2½ Jahre zur Beobachtung, so daß Geheimrat Helferich ihnen eine typische Bedeutung zusprach.

Bei den geringen Erscheinungen, welche diese Frakturen fast alle

1) Dissertation. Kiel 1903, mit Abbildungen.

machten, war die Diagnose nicht immer mit Bestimmtheit zu stellen; die Röntgenaufnahmen von vorn fielen negativ aus, und erst als auf Veranlassung von Herrn Geheimrat Helferich seitliche Aufnahmen gemacht wurden, war die Diagnose Längsfraktur klar. Ich machte in meiner Dissertation ausdrücklich auf die Wichtigkeit dieser seitlichen Aufnahmen aufmerksam. Die Bezeichnung „supramalleolare Frakturen“ ist nicht genau, weil die Brüche sich in den Knöchel hinein bis in den Bereich des Gelenkendes erstrecken; doch beschreibt Malgaigne als erster ähnliche Brüche unter derselben Benennung und wurde aus diesem Grunde der Verständlichkeit halber die Bezeichnung beibehalten.

Die Bruchlinie zieht von hinten oben nach vorn unten. Die Suterschen Photographien sind den meiner Dissertation beigelegten Abbildungen täuschend ähnlich, allerdings ist der zweite Fall Suters noch von einer Fraktur des Malleolus internus begleitet.

Die Symptome der supramalleolaren Längsfrakturen sind oft sehr geringe; es ist möglich, daß die Patienten noch tagelang ihre Arbeit verrichten können. Da die Bruchenden fast immer sehr nahe aneinander liegen, ist abnorme Beweglichkeit und Krepitation selten; wohl ist dagegen Druckschmerz und ein größerer oder geringerer Bluterguß vorhanden. Man muß deshalb mit ziemlicher Bestimmtheit eine Fraktur vermuten, wird aber vollkommen getäuscht durch die Röntgenaufnahme von vorn. Die Tatsache, daß der jüngere Mediziner, wie Suter sehr richtig hervorhebt, dem Röntgenapparate zur Verfügung stehen, sich mehr auf die photographische Aufnahme verläßt, als auf das Gefühl seiner Fingerspitzen, dient in solchen Fällen sicher nicht dem Patienten zum Vorteil. Die seitliche Aufnahme ist deshalb von größter Wichtigkeit.

Die Entstehungsursache ist bei Suter eine andere, wie in den von mir mitgeteilten Fällen. Bei Suter handelt es sich beide Male um eine Absprengung; im ersten Falle wurde die beim auf den Fußboden aufschlagenden Falle des Fußes auf die Ferse einwirkende Kraft auf das Fibulaende übertragen, in dem andern Falle sprengte der obere Teil des Calcaneus das untere Fibulaende ab. Ich habe in meiner Dissertation die Ansicht ausgesprochen, daß es sich meist um Rißfrakturen handelt. Die normalerweise im Talo-tarsal-Gelenk vor sich gehende Supination des Fußes wird infolge einer Einwirkung von außen in das Sprunggelenk verlegt. Bei hinreichender Gewalt kommt es zum Abreißen des Knochens an der schwächsten Stelle, das ist oberhalb des Knöchels, da die Bandmassen äußerst fest sind. So kommt es zu einer Längsfraktur, die ihrer Entstehung nach zu vergleichen ist der typischen Radiusfraktur. In 9 von meinen 12 Fällen ließ sich durch die Anamnese eine derartige Ursache ermitteln. In zwei war die Entstehungsursache nicht zu eruieren. In dem einen Falle scheint durch den nach außen luxierten Talus, welcher allerdings durch Kameraden des Patienten durch Zug am Fuß gleich nach dem Unfall reponiert wurde, der Malleolus externus abgesprengt zu sein.

Auch Suter hebt die verhältnismäßig günstige Prognose der Längsfrakturen hervor.