
I.

Ueber Verrenkungen des Oberschenkels
und über den ausgezeichnet praktischen
Werth der v. Wattmann'schen Me-
thode *), den verrenkten Oberschenkel
einzurichten.

Vom

Herrn Joseph Hinterberger,

kk. Professor der Geburtshilfe, Operateur u. Augenarzte
zu Linz.

Obwohl ich mehre Jahre theils als Praktikant, theils
als Sekundarchirurg im Wiener allgemeinen Kranken-
hause angestellt war, so hatte ich doch nur ein Mal
eine Verrenkung des Oberschenkels zu sehen Gelegen-
heit. — Diese Verrenkung ward sehr leicht einge-
richtet, sie machte zwar in diagnostischer Hinsicht auf
mich einen tiefen Eindruck; gegen die Einrichtung
selbst war ich ziemlich gleichgültig, weil ich von die-
sem Falle aus dachte, wenn dich auch einst ein sol-
cher Fall trifft, so ist er nicht schwer einzurichten.

*) Ueber Verrenkung am Hüftgelenke und ihre Einrichtung.
Wien bei Friedrich Volke 1826.

Einer ganz andern Meinung wurde ich aber später, als ich von Linz aus zu zwei Fällen gerufen ward, von welcher der erstere sich immer wieder ausrenkte und der zweite nicht einmal mit dem Flaschenzuge eingerichtet werden konnte. —

Zum ersten Falle wurde ich vom Herrn Wundarzt *Wildauer* in Aschach eingeladen. Wir versuchten die Einrichtung zuerst auf die einfache Art, und da es mit dieser nicht gelang, mit dem Flaschenzuge. Durch letztern glaubte ich den Schenkel bestimmt eingerichtet zu haben, wie gross war aber mein Erstaunen, als nach einiger Zeit Herr *Wildauer* mir schrieb, dass der Schenkel nicht eingerichtet sei. Der Kranke ward später nach Linz gebracht, und hier fanden Herr *Knörlein* und ich richtig noch die Verrenkung des Oberschenkelkopfes, der sich durch eine höchst einfache Manipulation leicht zurückbringen liess. bei der ersten Bewegung aber wieder aus dem Gelenke gleitete.

Zum zweiten Falle wurde ich vom Wundarzt Herrn *Gläs* in Gallneukirchen gerufen, welcher bei einer sehr ausgebreiteten Praxis selbst schon mehre solche Verrenkungen einzurichten Gelegenheit hätte. Wir versuchten bei dem Kranken mehre Einrichtungsmethoden, leider aber nicht genau die *Wattmann'sche*, und konnten den Schenkelkopf nicht von seiner Stelle verrücken.

Schon geschreckt durch diese zwei Fälle bekam ich aus Freystadt ein Schreiben mit dem Ersuchen, mich so schnell als möglich zu einem Tagelöhner auf den Weg zu machen, welcher vor 8 Tagen vom Erdreiche verschüttet wurde und eine Verrenkung des Oberschenkels erlitten hatte, die Trotz dem, dass 10 starke Männer am Kranken gezogen, nicht eingerichtet werden konnte.

Da ich von Linz nicht abkommen konnte, so schrieb ich, man möchte den Kranken zu mir bringen, erhielt aber keine Antwort und erfuhr späterhin zufällig, dass Patient sich in dem Spital der Barmherzigen zu Linz befände. Der Oberarzt dieses Spitals, Herr *Herzig*, hatte die Güte mir mitzuthemen, dass er nach der *Wattmann'schen* Methode den Schenkel einzurichten versucht, dass dieses jedoch nicht gelungen und dass erst dann, nachdem alle mögliche Mühe vergebens angewandt worden war, der Kranke erklärt, dass er an der Verrenkung schon längere Zeit leide und ihrerwegen vom Militär entlassen würde. Bei dieser Gelegenheit erzählte mir auch Herr *Herzig*, dass er nach *Wattmann*, seinem Lehrer, schon 3 verrenkte Oberschenkel behandelt, und dass die Einrichtung immer gut gelungen sei. Der Zufall wollte, dass späterhin in Linz 3 Verrenkungen des Oberschenkels vorkamen, die erste bei einem Manne, welcher über eine Stiege fiel, und die anderen bei zwei Tagelöhnern, welche von einem einstürzenden Dache zusammengeschlagen wurden; alle wurden in das Spital der Barmherzigen gebracht und Herr *Herzig* gab mir Gelegenheit, bei diesen Kranken die genannte Einrichtungsart zu beobachten. Ja noch mehr! Herr *Herzig* hatte sogar die Güte, mich selbst beim letzten Falle die Einrichtung vornehmen zu lassen, die mir ebensfalls gut gelang.

Nach dem, was ich bei dieser Gelegenheit selbst sah, leistet die *Wattmann'sche* Methode Alles, was man nur erwarten kann, ja! wenn es anders möglich wäre, nach 3 Fällen schon ein allgemeines Urtheil aufstellen zu können, so würde ich sagen, dass die *Wattmann'sche* Methode in Hinsicht des Oberschenkels das leistet, was die *Moth'sche* Methode beim Oberarme.

Der Umstand, dass eine so seltene Sache, wie die

Verrenkungen des Oberschenkels, nicht oft genug wieder erzählt werden könne, insbesondere aber um den ausgezeichnet praktischen Werth der *Wattmann'schen* Methode durch Vergleichung hervorzuheben, bestimmten mich zur Ausarbeitung des vorliegenden Aufsatzes.

Zuerst werde ich 6 Fälle von Verrenkungen des Oberschenkels mittheilen, aus diesen dann die wichtigsten Resultate für die Diagnose der fraglichen Luxation hervorheben und zuletzt endlich die *Wattmann'sche* Einrichtungsmethode, wie ich sie vom Herrn *Herzic* verrichten sah und bei einem Falle selbst ausübte, beschreiben.

Erster Fall. Eine Verrenkung des rechten Oberschenkels nach hinten und aufwärts.

Amalia Westermayer, 18 Jahr alt, ein gutgenährtes Stubenmädchen, von kräftigem Körperbaue, war, einigen Unregelmässigkeiten bei ihrer Reinigung ausgenommen, immer gesund. Den 24. Mai 1817 war sie bei der Holzarbeit beschäftigt, trat unversehens in einen kleinen Graben, wobei ihr der rechte Schenkel unter den linken kam, und worauf sie hinfiel. In dem Augenblicke, als sie zur Erde stürzte, fühlte sie durch den ganzen Körper eine heftige Erschütterung und gleichzeitig einen Knall, worauf sie auf einige Augenblicke fast alle Besinnung verlor. Nachdem sie sich wieder erholt hatte, konnte sie nicht aufstehen, und eine zweite Magd, welche ihr bei der Arbeit half, liess sie auch längere Zeit liegen, weil sie glaubte, die Kranke treibe nur Scherz. Als man sich jedoch von der wirklichen Verletzung überzeugte, wurde alle Hilfe geleistet und die Kranke schon nach einer Stunde in die erste chirurgische Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Wien gebracht. Als Secundarchirurg hatte ich Gelegenheit, die Patientinn gleich anfangs zu sehen.

Sie klagte über Schmerz in der Hüfte und dass sie auf dem rechten Fusse nicht stehen könne. Der ganze rechte Schenkel war nach einwärts verdreht, am Kniegelenke gebogen und dem Augenmasse nach kürzer als der linke; auch sah man, dass die rechte Hinterbacke halbkugelförmig und auffallend grösser als die linke war. Bei genauer Untersuchung liess sich der rechte Schenkel nur mit Gewalt strecken und dennoch stand er höher als der linke, und das Knie blieb nach einwärts verdreht; beim Befühlen war im rechten Schenkel die Stelle des grossen Trochanters leer und weich, was man deutlich fühlen konnte, weil gegenüber der linke Trochanter sehr gut zu unterscheiden war. Beim starken Abdrücken der Hinterbacke fühlten wir in der Tiefe derselben deutlich zwei harte knochenartige Erhabenheiten. Die erste befand sich in der Gegend der Pfanne und war länglich: mehr rückwärts, etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll wagerecht von dieser entfernt befand sich die zweite, diese war kürzer, rund, tief in den Weichtheilen zu fühlen und veränderte beim angebrachten Drucke ihre Stelle nicht. An der inneren Fläche des Schenkelgelenkes, am Sitz- und Schambeine, fand sich nichts Auffallendes, die Patientinn war hier sehr fett und Alles weich. Drehungen des Schenkels, so wie auch mässige Ausdehnungen desselben, bewirkten nicht die mindeste Ortsveränderung in den zwei knöchernen Erhabenheiten in der rechten Hinterbacke; Druck auf dieselben verursachte aber allemal Schmerz; in besonders heftige Schmerzäusserungen brach aber die Kranke aus, wenn die hintere runde Erhabenheit gedrückt wurde. Wir versuchten auch die Patientinn aufstehen zu lassen, dieses verursachte derselben heftige Schmerzen, sie stützte sich etwas auf den kranken Fuss, beschrieb anfangs beim Vorwärtsschreiten etwa $\frac{1}{2}$ Zirkel, als wir aber das Gehen fortsetzten, schleppte

sie unter Aechzen und Wehklagen den rechten Schenkel gerade hinter sich nach.

Die Kranke ward auf ein festes Bett gebracht, an die innere Seite des rechten Oberschenkelgelenkes nach untergelegter Comprime ein Handtuch angelegt, welches über Brust und Bauch nach aufwärts ging, und über dem Kopfe an einer mit einer Handhabe versehenen Schraube befestiget wurde. Ausserdem wurden noch Gehilfen zur Befestigung der Kranken angestellt.

Der Herr Primarius legte nun seine Hand auf den ausgewichenen Schenkelkopf, und liess von 3 Gehilfen, die ihre Hände an den Oberschenkel anlegten, die Ausdehnung der Richtung des verrenkten Schenkels gemäss machen. Beim ersten Versuche, während eines stärkeren Zuges, geschah plötzlich ein Allen vernehmbarer Knall, und die normale Form des Schenkels war hergestellt. Der Herr Primarius versicherte, dass er im Augenblicke des Knalles ein plötzliches Entfliehen des Schenkelkopfes unter seiner Hand gefühlt habe.

Die Kranke ward auf ihr Bett gebracht, und angemessen antiphlogistisch behandelt, insbesondere wurden fleissig kalte Ueberschläge auf die Hüfte angewandt. Den 2ten und 3ten Tag nach der Einrenkung klagte die Kranke öfters über Schmerzen im Hüftgelenke. Nach einigen Tagen schien es, dass der Fuss etwas länger werde, was dann später immer deutlicher hervortrat, so dass man bestimmt sah, dass der rechte Schenkel gegen den linken um einen Zoll länger war. Unter dem fortgesetzten Gebrauche der antiphlogistischen Mittel verloren sich jedoch bald wieder diese Entzündungszufälle, der kranke Schenkel wurde dem gesunden an Länge gleich, und die Verletzte ward, nachdem sie nicht über die mindeste Beschwerde im Hüftgelenke klagte, den 13 Juni geheilt entlassen.

Zweiter Fall. Eine Verrenkung des rechten Oberschenkels nach hinten und aufwärts.

Peter M^yerhofer, 46 Jahre alt, Bauer auf dem Sengergute in der Ortschaft Hainbach, ein ziemlich grosser starker Mann, erlitt einige mehr oder minder bedeutende Krankheiten, welche aber keine Folgen zurückliessen, und einmal eine heftige Pnlegnone auf rechten Kniegelenke.

Bei sehr tiefem Schnee führte *Mayerhofer* einen Schlitten voll Hausgeräth, hielt bei einer abhängigen Stelle den Schlitten an, konnte ihn aber nicht mehr erhalten, und wurde selbst zu Boden geworfen. Patient hatte im Augenblicke des Falles folgende Stellung: Mit dem linken Fusse stand er höher, mit dem rechten tiefer, bis auf das Knie im Schnee. Als der Schlitten fiel, ward der Patient so zu Boden geschlagen, dass er auf das Angesicht fiel, und im Augenblicke des Falles empfand er, dass das Knie gewaltsam gebogen werde; er fühlte Schmerz im ganzen Schenkel, verlor jedoch das Bewusstsein nicht. Da die Gefährten voraus waren, so wurde der Verunglückte nicht bemerkt, und musste $1\frac{1}{2}$ Stunde in der beschriebenen Lage zubringen, bis Jemand, der den entgegengesetzten Weg machte, dazu kam. Dieser rief nun Leute, und brachte den Patienten nach Hause. Ich kam bei dem Kranken 26 Stunden nach der Verletzung an, und fand Folgendes: Patient, ein grosser, zwar nicht fetter, aber stark muskulöser Bauer, lag ächzend auf dem Rücken im Bette: als wir ihn abdeckten, sah ich den rechten Schenkel im Knie gebogen, der Fuss stand einwärts, die Zehen lagen über die Knöchel des linken Fusses, und die mindeste Bewegung verursachte dem Patienten ausserordentliche Schmerzen. Als ich den Unglücklichen seitwärts wenden liess, um das rechte Hüftgelenk besser sehen zu können, fiel mir sogleich in die Augen, dass dasselbe so-

wohl im Schenkelbuge, als an der äussern Fläche angeschwollen war. Patient jammerte nun laut auf, und es verging längere Zeit, bis er so gewendet war, dass ich die rechte Hinterbacke genau untersuchen konnte; diese war rund, um die Hälfte grösser als die linke, und ganz so gestaltet, wie die eines Kranken, welcher an Coxalgie im dritten Stadium leidet. Beim Befühlen fand ich die Stelle des grossen Trochanter weich, während am linken Schenkel der Trochanter an seiner normalen Stelle genau zu unterscheiden war; in der Mitte der Hinterbacke fand ich nur eine längliche harte Erhabenheit, welche ich der Form nach für den Trochanter hielt. Von einer runden Erhabenheit, vom Schenkelkopfe fühlte ich keine Spur, obwohl ich deswegen die Hinterbacke mehre Male sehr aufmerksam untersuchte. Das Ausdehnen des Fusses war nicht möglich. Ich liess nun den Patienten aufstehen, die Hüfte hatte das Aussehen wie bei der horizontalen Lage, der Schenkel war im Knie gebogen, dieses und der Fuss waren nach einwärts gekehrt, der Schenkel verkürzt, und die grosse Zehe berührte nur den Boden. Als ich den Kranken ersuchte, vorwärts zu schreiten, so setzte er sehr furchtsam und langsam, von 2 Männern, über deren Schultern er seine Arme legte, unterstützt; die rechte grosse Zehe auf den Boden, und hob den gesunden Fuss etwas, machte einen hinkenden Schritt vorwärts und schleifte den luxirten Fuss nach. Da ich ihn das zweite Mal ermahnte, auf den verrenkten Schenkel zu treten, so setzte er zwar wieder die rechte grosse Zehe auf den Boden, schleppte aber bei dem folgenden Schritte den Fuss wieder nach.

Nachdem der Herr Ordinarius und ich uns über die Diagnose vereinigt hatten, machten wir noch Versuche, auf die einfache Art mittels Gehilfen den Schenkel einzurichten. Diese einfachen Versuche liefen je-

doch fruchtlos ab; nun erst schritten wir zur Anwendung des *Knörlein'schen* Flaschenzuges. Er besteht erstens aus einem Brette, auf welchem ein tourniquetartiges Schraubwerk befestigt ist; zweitens aus einem Gurte über das Kniegelenk, mit einer Schraube versehen, um die Handquehlen sehr gut befestigen zu können, und endlich aus einer gehörigen Anzahl Gurtbändern.

Zur Einrichtung des Schenkels legten wir den Kranken mit dem Rücken auf eine starke Treppe, befestigten auf derselben mittels Schrauben den Flaschenzug, legten in den Schenkelbug Compressen, liessen ein zusammengelegtes Handtuch über dieselben weg über Bauch und Brust nach aufwärts gehen, und befestigten dasselbe mittels eines Strickes so stark als möglich über dem Kopfe; legten über das Kniegelenk die Gurte mit der Schraube an, befestigten durch dieselbe die Gurtbänder zur Ausdehnung, und stellten zum gesunden Schenkel und zu den Armen Gehülfen an, um den Kranken gehörig zu befestigen.

Nachdem auf diese Art Alles vorbereitet war, legte ich die Gurte in den Flaschenzug ein, und spannte langsam alle Theile an, dann machte ich sachte die Ausdehnung, bis Patient zu klagen anfang, hielt einige Zeit inne und verstärkte immer mehr und mehr die Ausdehnung. Dabei schrie der Kranke laut auf, der Trochanter begab sich abwärts und stand an der äussern Fläche des Fusses fast etwas tiefer als der gesunde. Als die Ausdehnung den höchsten Grad erreicht hatte, rief der Patient: »jetzt brennt es inwendig!« und zeigte auf den Schenkelbug. Ich ergriff nun den verrenkten Schenkel, bewegte das Knie und die Zehen sanft einwärts, und liess den Patienten noch einige Zeit in der gespannten Lage, ehe ich die Bänder lüftete. Als ich nun die Walze nachliess, fing der Fuss sich zurückzuziehen an, und die Hinterbacke

wurde wieder grösser, so dass ich schon glaubte, der Versuch sei misslungen. Nachdem ich jedoch den Fuss ganz los gemacht hatte, war die Verkürzung unbedeutend, die grosse Zehe und das Knie standen aber noch immer etwas nach einwärts.

Ich verliess den Kranken in der Ueberzeugung, dass die Einrichtung gelungen wäre, erhielt aber nach einigen Wochen vom Ordinarius die Nachricht von dem Gegentheil. Einige Monate darauf sah ich den Kranken selbst, und überzeugte mich leider selbst von dem Misslingen der Einrichtungsversuche. Ohne mit dem Kranken etwas vorzunehmen, erbat ich mir den Rath des Herrn Kreiswundarztes *Knörlein*, welcher in einer langen Reihe von Jahren mehre solche Verrenkungen glücklich behandelt. Nachdem sich Herr *Knörlein* von der Verrenkung überzeugt hatte, liess er den Kranken auf das Ruhebett legen, und versuchte ganz allein die Einrichtung, indem er den Schenkel von der Mitte aus stark nach auswärts zog und schnell streckte. Der Erfolg dieses einfachen Handgriffes war die Einrichtung. War meine Verlegenheit anfangs gross, so war sie jetzt desto grösser. Als wir dem Patienten sagten, dass der Fuss jetzt eingerichtet ist, nahm er es jedoch ganz gleichgiltig auf und sagte: »Das nützt nichts, Sie werden sehen, wenn ich aufstehe und einige Schritte mache, so gleitet der Fuss wieder heraus;« wovon wir uns beide bei einem Versuche wirklich überzeugten. Alle ubrigen Versuche blieben ebenso erfolglos.

Dritter Fall. Eine Verrenkung des rechten Oberschenkels nach vor- und abwärts.

Anton Ossberger, 46 Jahre alt, ein grosser starker Ziegelschläger in der Pfarre Gallneukirchen, erlitt in seinem ganzen Leben nie eine bedeutende Krankheit. Den 28. December 1832 fielte *Ossberger* einen

Baum und wurde von demselben zu Boden geschlagen; er wollte nämlich ein kleines Fässchen mit Obstmost schnell wegnehmen, weil er sah, dass dasselbe vom Baume zerschmettert werde, wurde jedoch selbst auf den Kopf getroffen, stürzte einwärts hinüber, und bekam jetzt noch einen zweiten Schlag. Der Verletzte konnte nicht mehr aufstehen, und wurde nach Hause gebracht.

Man rief den Herrn Wundarzt *Glas*; dieser fand eine Verrenkung des rechten Oberschenkels nach vor- und abwärts, versuchte denselben einzurichten; war dies jedoch nicht im Stande, obwohl er in einer langen und sehr reichhaltigen Praxis schon mehrere Verrenkungen des Oberschenkels behandelt. — Herr *Glas* sandte zu mir, ich konnte aber leider erst den 31. eintreffen; inzwischen wurde ein streng antiphlogistisches Verfahren in Anwendung gebracht. Bei meinem Besuche fand ich den Kranken auf der rechten Seite liegend und zusammengekrümmt. Nachdem wir ihn auf den Rücken gelegt hatten, war der rechte Schenkel im Kniegelenke gebogen und lag nach auswärts, der ganze Oberschenkel war geschwollen, hatte aber dennoch von der Hüfte aus gegen den grossen Trochanter eine Grube — der Schenkel war hier wie ausgeschweifft — die Hinterbacke war wie abgedacht, sie war nämlich flacher und länger, beim Betasten fanden wir dieselbe weich, und in der Gegend der Pfanne eine leere Stelle, eine Art Grube; die Schenkelschlagader klopfte im Schenkelbuge stark, und war nach abwärts geschoben; die Muskeln an der innern Fläche, im Schenkelbuge, waren stark gespannt, und vom Sitzbeinhöcker aufwärts war eine harte unbewegliche Geschwulst, an der ich keine runde Form unterscheiden konnte, sondern es war vom Sitzbeinhöcker an nach aufwärts bis zum quergehenden Aste des Schambeins,

als wenn Alles ein Knochen wäre. Als wir bei einer Einrichtungsvorprobe nach *Cooper* den Schenkel mit Gewalt bewegten und streckten, sah ich, dass der kranke Fuss um 4 quere Finger länger wurde, als der gesunde; der Schenkelkopf konnte auch jetzt nicht deutlich unterschieden werden, an der innern untern Gegend des Schenkelbuges war auch jetzt noch immer Alles voll von einem unförmlichen Knochen. Die rechte Hinterbacke war in diesem Momente noch deutlicher abgedacht, also noch flacher. Die beschriebenen Erscheinungen konnten am deutlichsten bemerkt werden, wenn der Kranke auf dem Rücken lag, bei der Seitenlage waren sie schwerer zu bemerken; auffallend war jedoch bei derselben Folgendes: Wenn der Kranke auf der linken gesunden Seite lag, so stand der rechte Schenkel weit vom linken ab.

Wir versuchten mehre Einrichtungsmethoden, jedoch ohne Erfolg; dann gingen wir zum Flaschenzuge über, den ich ganz so wie bei dem *Mayerhofer* anwandte, aber auch ohne Erfolg; endlich machten wir einen ergiebigen Aderlass und wandten noch einmal den Flaschenzug an, welches aber eben so wenig mit Erfolg gekrönt war, wie die früheren Versuche. Nun erklärte der Patient ganz entschieden, er wolle keinen Versuch mehr an sich vornehmen lassen. Bei dieser Erklärung blieb er auch in den nächstfolgenden Tagen stehen, weswegen von einer neuen Vorbereitungskur, die wir verabredeten, gar keine Rede mehr sein konnte.

Der Verlauf bot, wie ich erfuhr, in späterer Zeit nichts Besonderes dar. Die Schmerzen dauerten wohl einige Zeit an, verloren sich aber nach und nach gänzlich; Patient machte Versuche, auf dem Fusse zu stehen, fing allmählig an zu gehen und kleine Geschäfte zu verrichten. Im Sommer 1834 erhielt ich über den Kranken die letzte Nachricht, welche folgendermassen

lautete: »Das Hüftgelenk ist jetzt einwärts gekehrt und um einen Zoll im Umfange breiter, der Patient kann jedoch mit einem Stocke versehen leicht gehen, und auch sein Geschäft (das Ziegelschlagen) ohne Anstand fortführen.«

Vierter Fall. Eine Verrenkung des linken Oberschenkels nach vorn.

Philipp Ploier. 55 Jahre alt, ein Auszügler aus der Pfarre St. Peter, Ortschaft Zizlau, No. 28, erlitt in seiner frühern Jugend mehre hartnäckige Wechselfieberanfalle, von welchen der letzte Wassersucht zur Folge hatte, und mehre Male Anfälle von Kolik, von denen er jedoch wieder genas. Den 11. November 1833 kam *Ploier* berauscht nach Hause, stieg über eine steile Treppe auf den Boden, um sich zu Bette zu legen, wollte aber noch zuvor am Rande der Stiege Urin lassen; dabei geschah es nun, dass er fehltrat, über die Stiege hinabstürzte, und mit dem linken Fusse zwischen Stiege und Geländer hängen blieb. Der Patient wurde aus der beschriebenen Lage befreit, konnte nicht mehr stehen, klagte über Schmerz in der Hüfte, und wurde den 12. in das Spital der Barmherzigen nach Linz gebracht, wo Herr *Herzig* eine Verrenkung des Oberschenkels fand, zu deren Einrichtung er mich einladen zu lassen die Güte hatte.

Der Patient, ein Mann von mittlerer Grösse, ziemlich kümmerlich ernährt, lag, als ich ihn sah, ohne Schmerzáusserung auf dem Rücken. Bei genauer Untersuchung fand sich am linken verrenkten Gliede Folgendes: Beim ersten Anblicke bot der Schenkel ein Bild dar, wie beim Bruche des Schenkelhalses; der Schenkel war gestreckt, etwas kürzer, und lag nach auswärts; als ich aber den Schenkel ausdehnen wollte, was beim Bruche so leicht geschieht, schrie der Patient, und das Glied liess sich auch mit bedeutender

Gewalt von seiner normwidrigen Stelle nicht verrücken. Im Schenkelbuge in der Nähe des Schambeins fiel mir eine der Haut gleichfarbige Geschwulst auf, durch welche diese ganze Gegend ausgefüllt war. Diese Geschwulst war beim starken Betasten hart, hatte deutlich die Gestalt des Schenkelkopfes, und stärkerer Druck auf dieselbe verursachte dem Kranken Schmerz. Die Hinterbacke war nicht auffallend flacher oder abgedacht; den grossen Trochanter fand ich gar nicht. Wir liessen den Kranken aufstehen, er setzte den linken Fuss nach auswärts und stützte sich auch etwas auf denselben. Als wir dem Kranken sagten, er möchte vorwärts schreiten, so bemühte er sich mit dem Oberkörper vorwärts zu kommen, neigte sich auch so viel er konnte nach vorwärts, kam aber nicht von der Stelle. Als wir den Patienten, an den Armen unterstützt, vorwärts zogen, machte er mit dem gesunden Fusse einen Schritt, stützte sich dabei etwas auf den kranken, schleifte ihn aber dann hinter sich nach.

Behufs der vorzunehmenden Einrichtung nach *Wattmann* ward der Kranke in ein festes gewöhnliches Bett gebracht, in welchem unter der Matratze ein Brett lag. Um die Mitte des verrenkten linken Oberschenkels wurde eine Compresse gewunden, mit einer einfachen Binde befestigt und der Schenkelriemen angelegt. Um den Unterschenkel gleich unter der Wade wurden Handquehlen befestigt. Der Kranke ward auf den Rücken gelegt und gleich gerichtet, unter dem rechten gesunden Fusse ein mit einem Tuche umwundener Holzpflock gelegt, damit sich der Kranke an demselben stützen konnte; an diesen gestreckten Schenkel wurde ein Gehilfe gestellt, welcher das Knie fest in das Bett hineindrücken musste, damit sich der Schenkel nicht beuge. An die rechte Seite des Bettes wurde eine viereckige Stange — eine Staffel — ange-

halten und an dieselbe ein durch das Becken gezogenes Handtuch durch 2 Knoten gebunden, um die Hüfte zu befestigen. Ein Gehilfe ergriff nun den linken Unterschenkel, legte eine Hand unter die Ferse, die andere über den Rücken des Fusses und machte in der krankhaften Richtung des Schenkels eine gelinde Ausdehnung. Zwei Gehilfen ergriffen an jeder Seite die Handgelenke, welche sie etwas spannten; endlich wurde eine Person zu dem Kopfe des Patienten gestellt, um demselben Muth zuzusprechen und im Nothfalle die Hände zu halten. Nachdem auf diese Art Alles vorbereitet war, stellte sich der operirende Wundarzt an den verrenkten Schenkel (an die linke Seite), ergriff mit der linken Hand den Riemen, mit der rechten stämmte er sich an die linke Hüfte, liess von allen Gehilfen zugleich die Ausdehnung machen, und sagte zu demjenigen, welcher den Fuss umfasste, er möchte den Schenkel etwas heben. In diesem Augenblicke stämmte sich der Wundarzt fest an die Hüfte, und zog mit dem Riemen den Schenkel stark nach auswärts. Ich stand an der Seite des Herrn *Herzig* und hörte in diesem Momente ein leichtes Gelenkkrachen, was aber von ersterem nicht gehört wurde. Herr *Herzig* liess die Ausdehnung noch immer steigern, weil sich die plötzliche Veränderung des Gelenkes und das auffallende Geräusch oder der Knall, den er bei den frühern Einrichtungen immer gehört hatte, nicht einstellten. Nach einigen Minuten rief Herr *Herzig*: »Setzen wir ein wenig aus, ich muss mich erholen, ich kann die Anstrengung nicht mehr aushalten.« Als die Gehilfen nachliessen, bemerkten sowohl diese, als wir, dass der Schenkel eine andere Richtung angenommen habe. Wir befühlten gleich den Schenkel, fanden den rösen Trochanter an seiner normalern Stelle, der linke Schenkelbug war zwar noch geschwoll-

len und beim Drucke empfindlich, die runde harte Geschwulst war aber verschwunden; der linke Schenkel war dem rechten an Länge gleich, ja fast etwas länger, und liess sich im Hüftgelenke leicht und ohne besondere Schmerzbewirkung nach allen Richtungen bewegen. Noch immer zweifelhaft über die gelungene Einrichtung liessen wir den Kranken aufstehen; er konnte allein stehen, die Hüfte hatte die normale Gestalt, und als wir den Kranken vorwärts schreiten hieszen, ging er, nur an einem Arme leicht unterstützt, ohne Anstand den halben Weg zu seinem eigentlichen Bette. Nun waren alle Zweifel gehoben, und Patient selbst versicherte, er befinde sich jetzt ganz wohl.

Der weitere Verlauf der Krankheit war ganz einfach; der Patient verlor unter dem Gebrauche kalter Umschläge die Schmerzen, und ward den 23. November gesund entlassen. Ich liess mich um sein jetziges Befinden erkundigen, und hörte, dass er seit der Zeit nicht den mindesten Fehler in seinem Hüftgelenke empfinde.

Fünfter Fall. Eine Verrenkung des rechten Oberschenkel nach vor- und abwärts.

Franz Weixelbamer, 58 Jahre alt, ein hagerer verabschiedeter Landwehrmann, mittlerer Grösse, war nie bedeutend krank, und fristete sich sein Leben immer sehr mühsam als Gehilfe bei Maurern und Zimmerleuten. *Weixelbamer* erzählte, dass ihn die Sparrenhölzer von der linken Seite trafen, worauf er auf die rechte Seite stürzte und halb das Bewusstsein verlor. Als er sich wieder erholte, steckte er mit dem rechten Schenkel und der rechten Hüfte zwischen 2 Balken, und sah seinen Kameraden unter sich ganz von einem Baume bedeckt. So lange er sich in dieser Lage befand, fühlte er nirgends bedeutende Schmerzen, nachdem man ihn aber aus dem Holzwerke hervorge-

vorgezogen hatte, konnte er nicht stehen und empfand sehr heftige Schmerzen in der rechten Hüfte, und zwar am meisten rückwärts in der Hinterbacke und vorn im Schenkelbuge. Patient ward nun in das Spital überbracht, wo ich ihn um 5 Uhr Abends zu beobachten Gelegenheit hatte. Er lag auf dem Rücken, klagte über Schmerz in der rechten Hüfte, insbesondere in der Nähe der Scham, und versicherte, nicht auf dem Fusse stehen zu können.

Der rechte Schenkel stand vom linken sehr entfernt, war leicht gebogen und lag etwas nach auswärts. Beim ersten Anblicke fiel mir als die auffallendste Erscheinung die äussere Fläche des Oberschenkels auf; diese war nämlich in der Gegend des grossen Trochanters gleichsam eingebogen, wodurch der Schenkel ein ausgeschweiftes Ansehen bekam. Die rechte Hinterbacke war auffallend flacher als die linke, und beim starken Befühlen bemerkte man ziemlich weit nach rückwärts — fast in der Mitte der Hinterbacke — einen harten unförmlichen Knochen, in Gestalt des grossen Trochanters; vom runden Schenkelkopfe war hier keine Spur zu finden. Beim fortgesetzten Untersuchen fand sich die auffallendste Erscheinung an der innern Fläche des Oberschenkels. Hier waren an der Scham die Sehnen ausserordentlich gespannt, die ganze Gegend, vom Sitzbeinhöcker an, war hart, gleichsam, als wenn von der letzt genannten Stelle alles, bis aufwärts zum Anfange des Schamberges, ein Knochen wäre. Bei der genauesten Untersuchung fand ich nirgends die Gestalt des Oberschenkelkopfes, sondern erst, wie schon gesagt, den runden Sitzbeinhöcker und von da aufwärts, unter den gespannten Sehnen und Muskeln, einen harten Körper, der gleichsam eine Masse mit dem Becken zu bilden schien. Bewegungen mit diesem Schenkel waren sehr schwer, derselbe

war steif, wie hölzern, und jene bewirkten keine Veränderung in der harten Masse am Sitz und Schambeine. Beides, nämlich die Bewegungen und das Untersuchen, verursachte aber dem Patienten bedeutende Schmerzen. Der gesunde linke Schenkel liess sich dagegen leicht bewegen, vom Sitzbeinhöcker an nach aufwärts, bis zum Schamberge, konnte man tief in die weichen Theile hineindrücken, und dies verursachte dem Kranken nicht den mindesten Schmerz. Der Verletzte konnte den rechten Schenkel etwas bewegen, denselben jedoch nur bis auf etwa $1\frac{1}{2}$ Schuh zum gesunden hinziehen. Als ich die Füsse gleichlegen wollte, um sie in Hinsicht der Länge zu messen, fing der Kranke vor Schmerz zu schreien an, und als ich den gesunden Fuss anziehen wollte, bewegte sich das ganze Becken nach der entgegengesetzten Seite und der verrenkte Schenkel kam über den Rand des Bettes herab, weswegen ich die gegenseitige Länge gar nicht ausmitteln konnte. Als wir den Schenkel wieder in die Mitte des Bettes rückten, sah ich, dass er mehr eine Richtung nach einwärts nahm, in dieser Richtung stehen blieb und nicht mehr nach auswärts fiel. Ein Band zum Abmessen hatte ich nicht bei der Hand. Bei der Lage auf der gesunden Seite waren die Erscheinungen am verletzten Hüftgelenke undeutlicher, die Hinterbacke wurde voller; man fühlte in derselben einen harten unförmlichen Knochen, die Bewegung des Schenkels war leichter, verursachte aber dem Patienten starken Schmerz in der Schamgegend und im Schenkelbuge. Bei diesen Bewegungen hörte ich einmal ein deutliches Knacken, das sich wie das Geräusch von einem gebrochenen Knochen anhören und fühlen liess, weswegen ich mit dem Oberschenkelknochen verschiedene Bewegungen machte, aber nirgends ein Merkmal eines Knochenbruchs fand. Den Ver-

sach, um den Kranken stehen und gehen zu lassen, machten wir gar nicht, weil die vorhandenen Erscheinungen zu auffallend für die Verrenkung sprachen, sondern es ward gleich zur Einrichtung geschritten.

Nachdem die nöthigen Vorbereitungen getroffen waren, wurde der Kranke auf das Bett gebracht und gehörig befestiget. Herr *Herzig* stellte sich an die rechte Seite des Kranken, ergriff mit der rechten Hand den mit der Schnalle versehenen Gurt, brachte ihn in die Mitte des Oberschenkels auf die Compressse, spannte ihm leicht an und legte die linke Hand an die Hüfte des Kranken. Nun liess er den Kranken gehörig befestigen und von den Gehilfen die Ausdehnung nach auswärts in derselben Richtung machen, welche der Fuss an sich schon hatte; er selbst stützte sich fest an die Hüfte und zog den Fuss nach Auswärts. Während des stärksten Zuges fing der Kranke zu schreien an: »mein gesunder Fuss, sie fügen mir hier einen Schaden zu.« Ueber dieses Geschrei wurde nachgelassen, und man sah, dass der gesunde Fuss mit der Ferse etwas unter dem Holzpflock gekommen war. In diesem Augenblicke machte Herr *Herzig* mit dem Riemen noch einen Zug, worauf sowohl er, als auch die extendirenden Gehilfen riefen: jetzt ist der Fuss darinnen. Ich hörte aber dieses Knacken nicht, obwohl ich an der Seite des Herrn *Herzig* stand. Verhielt sich dies etwa so wie bei Knochenbrüchen, wo man das Geräusch gleichsam durch die Finger fühlt, wenn man den gebrochenen Knochen in der Hand hat? Nach jenem Ausrufe sah ich, dass der Fuss gerade lag, er liess sich leicht nach allen Seiten, insbesondere nach auf- und abwärts bewegen, und der Kranke war ganz vom Schmerze befreit. Bei genauer Besichtigung sah ich nun, dass der Schenkel dem andern an Länge gleich war, er hatte

in der Gegend des Trochanters die Einbiegung verloren, die Hinterbacke war wieder voll, die Spannung der Muskel am Schenkelbuge war verschwunden, und vom Sitzbeine aufwärts fühlte ich keinen Knochen mehr, sondern konnte tief in die weichen Theile hineindrücken.

Der Patient ward nun wieder in sein Bett gebracht, und seinem Zustande gemäss behandelt.

Unter dem Gebrauche kalter Umschläge war der Verlauf äusserst günstig; der Kranke wurde den 21. Juni geheilt entlassen. Absichtlich suchte ich den Kranken auf, und fand ihn den 27. Juli ganz wohl; die rechte Hüfte war ganz normal, als wenn gar nie etwas geschehen wäre. Im linken Knie, wo er während der Einrichtung den heftigsten Schmerz empfand, klagte er auch jetzt noch über Schmerz, und das Gelenk war an der innern Seite geschwollen; *Weixelbamer* verrichtete aber schon wieder seit längerer Zeit alle Arbeiten.

Sechster Fall. Eine Verrenkung des linken Oberschenkels nach vor- und abwärts.

Johann Mayer, 45 Jahre alt, ein ziemlich grosser, starker Mann, suchte sich in letzterer Zeit durch Tagelöhnerarbeit fortzuhelfen, wodurch er sich, weil er nebstbei eine Pension genoss, ein ziemlich sorgenfreies Leben verschaffte.

Mayer wollte sich vor ein zusammenstürzendes Dach flüchten, fing zu laufen an, wurde zu Boden geschlagen und verlor gleich das Bewusstsein. Als er zu sich kam, lag er auf dem Angesicht und wurde von einem Baume so in die Erde hineingepresst, dass er kaum Athem holen konnte und dem Ersticken nahe war. Es eilten bald Leute herbei, welche den Baum, unter welchem er lag, aufhoben, worauf er sich so schnell als möglich umdrehte, um nur Luft zu bekommen. Er fühlte wenig Schmerzen und wurde noch halb betäubt in das Spi-

tal gebracht. Hier fand man ausser der Verrenkung noch folgende Verletzung.

Eine starke Blutunterlaufung um das linke Auge; der Kranke klagte über Beklommenheit auf der Brust; tiefes Einathmen war nicht möglich, und der rechte Vorderfuss war so stark gequetscht, dass man im ersten Augenblicke nicht gewiss war, ob nicht auch ein Fusswurzel oder Mittelfussknochen gebrochen sei. In Hinsicht der Erscheinungen der Verrenkung beobachtete ich folgendes: Pat. lag, als ich ihn ansah, auf der gesunden rechten Seite, beide Schenkel waren in dem Kniegelenke gebogen und lagen genau auf einander. Wie er so dalag, hätte man unmöglich eine Verrenkung des Hüftgelenkes erkennen können, die Hinterbacke war ziemlich gross und die Schenkel durchaus an Länge gleich. Nachdem wir aber den Kranken auf den Rücken gelegt hatten, hatte der linke Schenkel eine ähnliche Form wie der luxirte Oberschenkel des ersten Kranken. Der ganze linke Schenkel bekam jetzt eine Stellung nach auswärts, an der Gegend, wo sonst der Trochanter stand, war eine Grube, und hier war es, als wenn der Schenkel gebogen, ausgeschweift wäre: Die Grube war weich und leer, vom Trochanter nichts zu fühlen, die Hinterbacke flacher, in der Mitte derselben fühlte man eine harte und eigenthümliche Erhabenheit in Gestalt des grossen Trochanters, an der innern Fläche, an der Scham und im Schenkelbuge waren die Sehnen und Muskeln stark gespannt, vom Sitzbeinhöcker aufwärts war ein harter Theil zu fühlen, gleichsam als wenn hier das Becken bis zum Schambeuge eine Knochenmasse wäre. Als ich zum Vergleiche den rechten unverletzten Schenkel an diese Stelle abdrückte, konnte ich über dem Sitzbeinhöcker in die weichen Theile gegen das eiförmige Loch tief die Finger hineindrücken. Die Bewegungen mit dem

verletzten Schenkel waren bei diesem Kranken leichter, er selbst konnte den Fuss etwas heben und dazu den gesunden hinziehen, das künstliche Bewegen verursachte ihm Schmerzen, insbesondere in der Gegend der Scham, ich fand jedoch während des Bewegens keine Veränderung in der harten Masse über dem Sitzbeinhöcker und in der Schamgegend. Auch bei diesem Kranken konnte ich die Länge nicht beurtheilen, weil der verletzte Fuss im Kniegelenke etwas gebogen war und sich nicht strecken liess. Die Versuche, den Patienten stehen und gehen zu lassen, waren gar nicht möglich wegen der gleichzeitigen Verletzung des rechten Vorderfüsses. Da an der Verrenkung ohnehin nicht zu zweifeln war, so schritten wir gleich zur Einrichtung.

Herr *Herzig* hatte die Güte mir die Einrichtung anzubieten, welches ich sehr gern übernahm. Der Kranke wurde vorbereitet wie der *Franz*; ich stellte mich an die linke Seite desselben, legte meine rechte Hand an die Hüfte, ergriff den Gurt um den Oberschenkel, spannte ihn etwas an und ersuchte nun die Gehülften mit der Ausdehnung zu beginnen, während ich gleichzeitig mit dem Gurte den Schenkel nach auswärts zog, wobei ich mich mit der andern Hand fest an die Hüfte stemmte. Nachdem schon eine bedeutende Ausdehnung geschehen war, geriethen wir in Zweifel, ob der Schenkelkopf schon von seiner Stelle weiche. Herr *Herzig* untersuchte die Stelle am Schambeine, wo wir den Kopf vermutheten, er getraute sich aber nicht zu bestimmen, ob hier eine Ortsveränderung des Knochens geschehen sei. Wir kamen nun überein, noch einmal eine Ausdehnung machen zu lassen, mit der besondern Bestimmung, dass die Gehülften den ersten Zug mehr nach auswärts, in der Richtung, in welcher der Schenkel abstand, ma-

chen, dass sie sich dann nach einwärts wenden sollten, in welchem Augenblicke ich den Oberschenkel mit der Gurte auswärts zu ziehen beschloss. Dieses wurde ausgeführt; wir liessen alle dann nach, waren aber ganz im Zweifel, ob die Einrichtung gelungen sei weil wir kein Geräusch hörten. Der Schenkel wurde nun von den Gehülften ganz los gelassen und neben den gesunden gelegt, wobei sich auffallend zeigte, dass er eine ganz andere Gestalt habe: er war jetzt gestreckt, lag in normaler Richtung nahe an dem gesunden, war diesem an Länge gleich, und liess sich leicht, ohne besondere Schmerzempfindung für den Kranken, bewegen, insbesondere stark beugen. Die Hinterbacke war nun voll, den grossen Trochanter fühlten wir an seinen normalen Stellen, und oberhalb des Sitzbeinhockers konnte ich tief in die weichen Theile hineindrücken. Endlich machte der Patient selbst einige Bewegungsversuche mit dem Schenkel, die ziemlich leicht geschahen. Wir erklärten nun den Schenkel für eingerichtet; und brachten den Kranken wieder auf sein voriges Lager.

Dieser Patient hatte längere Zeit zu thun, bis er sich wieder erholte. Wegen der Brustaffection musste zur Ader gelassen werden; der rechte Vorderfuss schwoll stark auf und forderte längere Zeit die sorgsamste Behandlung. Den 12. Juli wurde Patient aus dem Spitale entlassen, und den 20. besuchte er mich in meiner Wohnung. Er war im Allgemeinen wohl, das linke Hüftgelenk war ganz frei und Mayer vertrat leicht den stärksten Druck auf dem grossen Trochanter, bei gleichzeitiger Bewegung des rechten Schenkels. Der rechte Vorderfuss war noch geschwollen und Patient war nicht im Stande seiner Arbeit nachzukommen.

Siebenter Fall. Eine Einrichtungsart, welche der *Wattmann'schen* ähnlich ist, erzählte mir mein

Schwager, Herr Jeronek, Stiftsarzt zu St. Florian, welcher durch die ausserordentlichen Erscheinungen einer Verrenkung fast unwillkührlich auf den ähnlichen Gedanken kam und den Schenkel glücklich einrichtete.

Der Fall ist so interessant, dass ich eine Entschuldigung zu verdienen glaube, wenn ich ihn hier ebenfalls mittheile.

Ein starker 50jähriger Müller führte nach einem Ort Bretter, sprach, als er mit seiner Arbeit fertig war, dem Marzbiere etwas stark zu und machte sich, bedeutend berauscht, nach Hause auf den Weg. Da der Wagen kein Ladenbrett hatte, wie es hier bei uns beim sogenannten Ladenführen Sitte ist, so setzte sich unser Müller auf die vordere Achse. Um sich jedoch einige Gemächlichkeit zu verschaffen, machte er sich aus der Kette, mit welcher er die Bretter zusammengeringelt hatte, zwei Schlingen, in welchen er, wie in Steighügeln stand, und seinen Weg fortfuhr. Er kam in einen schlechten einsamen Weg, in einen sogenannten Bauernweg, welcher so voll Gruben war, dass der Wagen oft bis auf die Achse hineinfiel. Wäre es unter diesen Verhältnissen für einen Nüchternen schon schwer gewesen, das Gleichgewicht zu erhalten, so war es desto schwerer für den mit Bier betäubten Müller. Bei einer solchen Grube geschah es nun, dass er mit dem rechten Schenkel in die Radspeichen kam, und sich gleichzeitig mit dem linken in die Kette verwickelte; da die Pferde fortgingen, so wurde er immer weiter auseinander gezogen, bis sich endlich das Rad sperrte. Ein riesenstarker Bauer, welcher ebenfalls eine tüchtige Portion Bier aufgeladen hatte, begleitete den Wagen, und war nur zurückgeblieben, um Urin abzusetzen. Dieser hörte das furchtbare Hilfeschrei, eilte nach, und fand den Unglücklichen dem **Berissenwerden nahe; die Schenkel waren bis zum**

Zerrißsen auseinander gezogen, und das lederte Bein-
kleid von vorn bis rückwärts in der Mitte entzwei-
gesprungen. Der Bauer brachte die Pferde zum Ste-
hen, befreite den Müller aus seiner so furchtbaren Lage,
brachte ihn nach Hause, und es wurde gleich nach
Herrn Jeroneck geschickt, mit dem Bedeuten, daß
sich der Müller den Fuß gebrochen habe. Ganz in
Gedanken, einen Beinbruch vor sich zu haben; trat
derselbe in die Stube und fand den Kranken auf einem
sogenannten Mühlbette, einem nur aus Brettern zusam-
mengesetzten Bette, auf der linken Seite liegend, wäh-
rend der rechte Schenkel weit weg in die Höhe stand.
In der Meinung, daß sich der Patient den Schenkel
gebrochen habe, an sehr starken Schmerzen leide, und
deswegen den rechten Schenkel vom linken weghalte,
fragte der Herr Ordinarius des Kranken vor Allem,
warum er den rechten Schenkel so sehr in die Höhe
halte. Dieser rief aus: »Ich kann nicht anders, das
ist ja der wehe Fuß.« Unwillkürlich machte erste-
rer auf den Schenkel einen Druck, und fand denselben
ganz starr und unbeweglich. Der Kranke ward nun
entkleidet, und es fanden sich folgende Erscheinungen:

Der rechte Schenkel stand weit nach auswärts
von dem linken entfernt, war gestreckt, ganz starr,
liess sich bei angebrachtem Drucke im Hüftgelenke
nicht im mindesten bewegen, und war bedeutend län-
ger als der linke; denn als der Kranke vom Bette her-
abstieg, stützte er sich noch mit dem linken gesunden
Fusse auf einen Schemel, während der rechte schon
den Boden erreichte. Die Hinterbacken hatten eine
fast konische Gestalt: die linke war gross und rund,
die rechte lang und flach, gleichsam als wenn es Backen
von zwei verschiedenen Menschen wären; bei genauer
Untersuchung endlich fand sich vorn neben dem Ho-
densack deutlich der runde Schenkelkopf. Dass bei

diesen Erscheinungen an einer Verrenkung des Oberschenkels nicht mehr zu zweifeln war, liegt wohl in der Natur der Sache. Die ausserordentliche Verunstaltung, insbesondere die so sonderbare Stellung des Schenkels, veranlassten Herrn *Jeroneck*, nach folgender Idee die Einrichtung vorzunehmen, welche, wie ich schon oben sagte, Aehnlichkeit mit der *Wattmann'schen* hat.

Er liess den Kranken auf ein festes Lager bringen, fixirte das Hüftgelenk durch ein Handtuch, welches er durch den Schenkelbug nach aufwärts gehen liess, legte Handquehlen über dem Kniegelenke an, und stellte einen Gehilfen zur Ausdehnung an das Fussgelenk. Nach dem Alles gehörig vorbereitet war, liess *Jeroneck* der abnormen Richtung des Schenkels gemäss die Ausdehnung machen, er selbst umfasste mit beiden Händen den verrenkten Oberschenkel in der Mitte, und setzte das linke Knie fest an die Hüfte an. Als die Gehilfen die Ausdehnung immer stärker machten, zog er mit beiden Händen den Schenkel nach aufwärts, wobei er plötzlich ein Knacken hörte, als wenn Jemand mit der Zunge sehr stark schmalzte; gleichzeitig machte aber auch der Schenkel einen Schneller. Ehe noch *Jeroneck* einen Gedanken fassen konnte, was jetzt vorgegangen sei, rief schon der Kranke: »der Fuss ist schon darin!« — *Jeroneck* sah nun den Schenkel an und fand denselben fast so normal als den linken gestaltet. Nun wollte er den Kranken mit aller Umsicht in sein gewöhnliches Bett bringen und sagte zu den Gehilfen, sie sollten zusammen helfen, um den Patienten in das Bett zu tragen. Als dieser aber von Tragen hörte, rief er aus: »Was! ich mich tragen lassen?« fing an, die heftigsten Bewegungen mit dem Schenkel nach allen Seiten zu machen, stand auf und ging zu seinem Bette.

Jeroneck, in Angst, was bei diesem unfolgsamen Pa-

hätten die Krankheit für einen Verlauf nehmen werde, eilte des andern Tages so früh als möglich zu demselben; fand diesen aber in einem andern Zimmer am Tische stehend, gerade als er sich Rolltaback schnitt; ähnlich ging es auch den zweiten Tag her, den dritten kam der Kranke dem Herrn Ordinarius schön auf dem Felde ohne Stock entgegen, erlitt später keine widrigen Zufälle mehr und genas vollkommen.

Nach der Mittheilung dieser Fälle will ich nur einige Worte über die wichtigsten Resultate für die Erkenntniß der Verrenkung des Oberschenkels hervorheben.

Im Durchschnitte werden bekanntlich vier Arten von Verrenkung des Oberschenkels angenommen, nämlich: erstens die Verrenkung des Schenkelkopfes nach vor und abwärts gegen und auf das eiförmige Loch; zweitens nach vor- und aufwärts auf den queren Ast des Schambeines; drittens nach hinten und unten am Rande des grossen Hüftausschnittes; und viertens nach hinten und aufwärts auf die äussere Fläche des Hüftbeins. Nach dem, was ich zu beobachten Gelegenheit hatte, ist es am Krankenbette zuweilen gar nicht leicht, mit Bestimmtheit diese verschiedenen Arten anzugeben. Die Hauptarten nach den Hauptgegenden, wohin der Schenkelkopf abgewichen ist, nämlich nach vorn oder nach hinten sind leicht zu erkennen, die zwei Unterarten von jeder derselben sind aber schwer zu bestimmen. Die erzählten 7 Fälle gehörten zu folgenden Arten.

Zwei Verrenkungen, nämlich der erste und zweite Fall, geschahen nach hinten, die 5 folgenden nach vorn.

Der erste Fall war bestimmt eine Verrenkung nach hinten und aufwärts auf die äussere Fläche des Hüftbeins, vom zweiten Falle war es zweifelhaft, zu welcher Unterart er zu zählen sei, ich hielt ihn aber

nach für eine Verrenkung nach hinten und aufwärts. Diese zwei Fälle boten folgende Erscheinungen dar.

a) Im Augenblicke der Verrenkung fühlte die *Westermayer* eine heftige Erschütterung durch den ganzen Körper und hörte einen Knall. *Mayerhofer* hingegen fühlte, dass das rechte Knie gewaltsam gebogen wurde, und dass sich über den ganzen Schenkel Schmerz verbreitete. Beide konnten nicht mehr stehen und klagten, als sie sich ihrer Gefühle wieder bewusst waren, über Schmerz in der Hüfte, die Schenkel waren nach einwärts gedreht, sichtlich kürzer und bei jedem im Knie gebogen. Beim *Mayerhofer* war die Verkürzung so auffallend, dass die Zehen nur bis zu dem innern Knöchel des gesunden Fusses reichten. Die Hinterbacke war bei jedem Falle rund und viel grösser als die der gesunden Seite, in derselben fühlte man beim starken Befühlen beim ersten Falle 2 harte Geschwülste, von denen die erste die Gestalt des grossen Trochanters, die zweite die runde Gestalt des Gelenkkopfes hatte; beim zweiten Falle war nur eine solche harte Geschwulst vorhanden, welche die Gestalt des grossen Trochanters hatte. Druck auf diese Geschwülste verursachte Schmerz; mässige Ausdehnungen des Schenkels bewirkten aber nicht die mindeste Bewegung in diesen harten Geschwülsten. Die innere Fläche des Schenkels, die Gegend des Schenkelbuges war bei beiden leer und weich, beim *Mayerhofer* war jedoch auch die innere Fläche geschwollen, die Stelle des grossen Trochanters war bei beiden weich und leer, während er im gesunden Schenkel deutlich zu unterscheiden war. Ausdehnungen des Schenkels, die beim Schenkelhalsbruche so leicht vorkommen, waren hier gar nicht möglich, man verursachte dem Kranken dadurch heftige Schmerzen und der Schenkel war steif wie hölzern. Endlich das letzte Kennzeichen zwi-

schen Schenkelhalsbruch und Verrenkung, die Möglichkeit auf dem Fusse zu stehen und zu gehen, fand sich hier auf folgende Art. Beide Kranken konnten sich etwas auf den Fuss stützen, sie konnten stehen; allein gehen konnte nur einen Schritt die erste, wobei sie mit dem Fusse einen Viertelkreis beschrieb, beim fortgesetzten Versuche zu gehen setzte sie wohl den gesunden Fuss vor, schleppte aber den kranken hinter sich nach. Der Patient des zweiten Falles konnte gar nicht vorwärtsschreiten, sondern schleppte, als man ihn im Zimmer, gut unterstützt einige Schritte führte, den verrenkten Schenkel hinter sich nach.

Die fünf Fälle von Verrenkungen nach vorn fanden bei Männern statt; die Unterarten aber, denen sie angehörten, getraue ich mir nicht zu bestimmen. Diejenigen Fälle, bei welchen man in der Nähe des Hodensackes deutlich den Schenkelkopf fühlte, würde ich zur Verrenkung nach vor- und aufwärts auf den queren Ast des Schambeines zählen; hingegen die Fälle, bei denen der Kopf nicht unterschieden werden konnte, sondern wo man vom Sitzbeinhöcker aufwärts gleichsam eine Knochenmasse fühlte, würde ich zur Verrenkung nach vor- und abwärts gegen und auf das eiförmige Loch zählen. Diese vorliegenden 5 Fälle boten folgende Erscheinungen dar. Die Empfindung im Augenblicke der Verrenkung wusste keiner genau anzugeben, indem sie fast alle durch die Verletzung mehr oder minder bewusstlos wurden; als sie aber zu sich kamen, klagten alle über Schmerz in der Hüfte, insbesondere in der Gegend der Scham und in der Hinterbacke, und konnten nicht mehr stehen. Die ferneren Erscheinungen traten undeutlicher hervor, wenn der Kranke auf einer Seite, — deutlicher, wenn er auf dem Rücken lag oder wenn er stand. Bei der Rückenlage war charakteristisch, dass der Schenkel bei Allen nach. aus-

wärts stand. Die Länge war schwer zu bestimmen, weil der Schenkel mehre Male im Knie gebogen war; er schien jedoch einige Male länger zu sein, was besonders beim letzten Falle sehr ausgezeichnet war. Auffallend war ferner bei den meisten Fällen die Gestalt der äussern Fläche des Oberschenkels. Diese hatte ein Ansehen, als wenn sie in der Gegend des grossen Trochanters eingebogen wäre, wodurch der Schenkel gleichsam ein ausgeschweiftes Ansehen bekam. Die Hinterbacke war bei den meisten flach, abgedacht und länger; die Gegend des grossen Trochanters war bei Allen weich, während man gegenüber im gesunden Schenkel den Trochanter deutlich unterscheiden konnte. Beim Untersuchen fand ich in der Hinterbacke zwei Mal einen harten Körper, wie den grossen Trochanter, zwei Mal war sie weich und leer. Auffallend war bei Allen der Zustand des Schenkels in der Nähe der Scham und im Schenkelbuge; hier waren die Muskeln und Sehnen sehr gespannt, bei 2 Fällen unterschied man deutlich neben dem Hodensacke den Schenkelkopf, bei 3 Fällen konnte ich aber trotz der wiederholten Untersuchung keine Spur vom Schenkelkopfe auffinden, sondern vom Sitzbeinhöcker aufwärts war es, als wenn Alles eine Knochenmasse wäre, welche von den gespannten Muskeln und Sehnen bedeckt war. Diese Geschwulst war beim Befühlen sehr schmerzhaft, und veränderte selbst auch bei stärkeren Ausdehnungen des Schenkels ihre Lage nicht. In der gesunden Seite hingegen war im Schenkelbuge Alles leer, weich, und man konnte vom Sitzbeinhöcker aufwärts tief hineindrücken, ohne dem Kranken Schmerz zu verursachen. Der Schenkel liess sich in der Regel nicht ausdehnen. Diese Ausdehnungsversuche verursachten aber dem Kranken allezeit heftige Schmerzen in der ganzen Hüfte, insbesondere aber um die harte

Geschwulst im Schenkelbuge. Das Stehen oder Anstützen mit dem Schenkel endlich war auch bei diesen Kranken möglich; das Gehen wurde jedoch nur bei einem versucht. Dieser Kranke stützte sich, als man ihn vorwärtsschreiten hiess, auf den verrenkten Schenkel, kam jedoch nicht von der Stelle, und als er unter den Armen vorwärts gezogen wurde, schleifte er den Fuss hinter sich nach.

Diese eben beschriebenen Erscheinungen der Verrenkung des Oberschenkels nach vorn boten einige Male auffallende Abweichungen dar. Beim 6ten Falle traten bei der Seitenlage alle Erscheinungen der Verrenkung gleichsam zurück. Als nämlich der Kranke auf der gesunden Seite lag, waren beide Schenkel im Kniegelenke gebogen, lagen genau auf einander, waren sich an Länge durchaus gleich, und die Hinterbacke war ziemlich gross; nachdem aber der Kranke auf den Rücken gelegt worden war, traten die Erscheinungen der Verrenkung auffallend hervor. In 2 Fällen stand bei der Lage auf der gesunden Seite der verrenkte Schenkel weit von dem gesunden ab und in die Höhe. Einmal war der ganze Oberschenkel geschwollen; bei einem Kranken war die Hinterbacke ziemlich voll, sie hatte nicht das lange, flache, abgedachte Aussehen; bei einem Falle liess sich der Schenkel um 4 quere Finger ausdehnen; einmal fand man die Schenkelschlagader nach auswärts gedrängt und gespannt, so dass ich bei den Einrichtungsversuchen in Sorge gerieth, ob sie nicht verletzt sein könnte; bei einem Falle liess sich der verrenkte Schenkel durch Anziehen von Gehilfen nicht ausdehnen, der Kranke konnte ihn aber selbst auf- und abwärts bewegen, jedoch nur auf $1\frac{1}{4}$ Schuh zum gesunden hinziehen. Die Stellung endlich des verrenkten Schenkels war auch nach Ausdehnungsversuchen bei den meisten nach aufwärts, bei

einem Kranken jedoch nahm nach derselben der Schenkel die Richtung nach einwärts an, und behielt sie auch.

Vergleichung der Erscheinungen der Verrenkung des Oberschenkels mit jenen des Bruches vom Schenkelbeinhalse. Fälle von Brüchen des Oberschenkelhalses hatte ich in meiner Praxis eine grössere Anzahl zu beobachten Gelegenheit. Diese Fälle unterschieden sich aber so auffallend von der Verrenkung, dass das Unterscheiden derselben nach meinem Dafürhalten gar keine schwere Aufgabe ist.

Bei der Verrenkung ist die Stellung des Schenkels verschieden, bald steht er nach einwärts, bald nach auswärts, bald ist er gestreckt, bald gebogen; die Hinterbacke ist entweder rund und geschwollen, man fühlt in derselben harte Knochen, oder bei der Verrenkung nach vorn ist die Hinterbacke flacher, länger, meistens leer, im Schenkelbuge hingegen sind die Sehnen und Muskeln gespannt, und man fühlt hier entweder deutlich den Schenkelkopf, oder einen harten Körper, der gleich vom Sitzbeinhöcker nach aufwärts steigt, der Schenkel lässt sich nur mit Gewalt anziehen, oder verändert auch trotz des stärkeren Ziehens seine Stelle nicht, und dies verursacht dem Kranken heftige Schmerzen. Endlich kann sich der Kranke auf den verrenkten Schenkel stützen, ja sogar einen oder mehre Schritte vorwärts schreiten. Der Schenkelhalsbruch hingegen ereignet sich in der Regel nur bei alten Leuten, er kommt gar nicht selten durch unbedeutende Veranlassung vor, z. B. durch einen einfachen Fall im Zimmer, ja ich sah ihn sogar beim Umdrehen im Bette erfolgen; der Schenkel liegt immer nach auswärts, ist kürzer, die äussere Fläche des Oberschenkels und die Gegend des grossen Trochanters ist geschwollen, der Fuss lässt sich leicht ausdehnen, — dies verursacht dem Kranken Schmerzen, ja der Kranke empfindet sogar Er-

Erleichterung, wenn man den Fuss ausgedehnt erhält, wenn man aber den Fuss loslässt, so zieht er sich gleich wieder zurück, er wird kürzer und fällt nach auswärts, und endlich kann der Kranke um keinen Preis sich auf den Fuss stützen oder auf demselben stehen.

Als Abweichungen von der Regel beobachtete ich einige Fälle, wo der Fuss einwärts lag; dies rührte aber nur zufällig von der Lage des Kranken her; denn richtete man den Schenkel so, dass er frei hin- und herfallen konnte, so fiel er immer nach auswärts; einen Fall beobachtete ich jedoch als Secundairchirurg in Wien, wo sich der Schenkel nicht ausdehnen liess, was daher kam, weil gleichzeitig ein Bruch des grossen Trochanters vorhanden war. Der Fall ergab sich folgendermassen.

Andreas Retzer, 87 Jahre alt, ein Schuster, kam den 16. December 1816 zwischen zwei Wagen, die zusammenstiessen, und wurde überfahren; der Kranke konnte nicht mehr aufstehen, klagte über Schmerzen und wurde in das allgemeine Krankenhaus gebracht. Bei der Untersuchung fanden wir folgendes: Der Fuss war kürzer, lag nach auswärts, der Oberschenkel war an der äussern Fläche geschwollen, der Trochanter stand höher und der Fuss war beim Anziehen dem andern an Länge nicht gleich zu bringen. Dieser Akt verursachte dem Kranken sehr heftige Schmerzen. Der Patient starb an brandigem Aufliegen und an Altersschwäche. Bei der Section fand man den Schenkelhals gebrochen, den grossen Trochanter in 2 Stücke zerschlagen und das runde Band so zerstört, dass von demselben nur noch ein halb verfauter Klumpen vorhanden war.

Beschreibung der Einrichtung des verrenkten Oberschenkels nach der *Wattmann'schen* Methode. —

Dass die *Wattmann'sche* Methode originell ist,

Band XXVI. Heft 1.

C

darf hier wohl kaum erwähnt zu werden, insbesondere aber überraschend ist der Gedanke, welchen *Wattmann* von der Ausdehnung einer Saite aufstellt, und der mitunter eine leitende Idee seiner Einrichtungsmethode ist. Er sagt nämlich, dass eine gespannte Saite der Länge nach sich nur sehr schwer noch weiter ausdehnen lässt, während sie, von der Mitte aus angezogen, noch mehrere Linien ausweicht. Dieses Beispiel wendet er auf die gespannten Muskeln des verrenkten Schenkels an, und dadurch wird es klar, wie es geschieht, dass der verrenkte Schenkelkopf durch das Anziehen mittels eines Riemens, der in der Mitte des Oberschenkels angelegt ist, am leichtesten eingerichtet werden kann.

Herr *Herzig* machte nach *Wattmann* schon 6 Einrichtungen des verrenkten Oberschenkels, von diesen waren 5 Verrenkungen nach vorn und eine nach hinten, und bei allen verfuhr er auf ähnliche Art; er liess nämlich den Schenkel ausdehnen und zog ihn mit dem Riemen nach auswärts. Gelang die Einrichtung, so hörte er bei den meisten Fällen einen Knall. Bei den Einrichtungen, welche ich sah, benahm sich Herr *Herzig* folgendermassen: Zuerst bereitete er sehr sorgsam seinen Apparat vor, nämlich: das Bett und die Gurte sammt den nöthigen Compressen und Binden, ein schmales langes Handtuch und eine vier-eckige Stange, einen sogenannten Staffel, welcher etwas länger war als das Bett selbst. Das Bett war ein gewöhnliches festes Bettgestell des Krankenhauses, welche sogar eine ziemlich stark hervorragende obere und untere Wand hatte, — ein Beweis, dass jedes festes Bettgestell benutzt werden kann. Es stand in der Mitte des Zimmers, und in demselben befanden sich ein Strohsack, auf diesem in der Mitte des Bettes ein breites, festes, beilaufig 2 Schuh langes Brett, eine

Matratze mit einem Leintuche bedeckt und einem Kopfkissen. Statt des *Wattmann'schen* Riemens bediente sich Herr *Herzig* eines Gurtes aus Hanf bereitet, weil er die Beobachtung machte, dass die Gurte viel dauerhafter sind, während die Riemen öfters abreißen. Er hatte folgende Gurte. Erstens einen 3 Schuh langen und $1\frac{1}{4}$ Zoll breiten Gurt mit einer Schnalle versehen für den Oberschenkel. Dieser wurde nach dem Umfange des Oberschenkels so geschnallt, dass er leicht über denselben hinaufging, und der Hand zum Anfassen hinlänglich Raum gestattete. Dann hatte er zwei in der Mitte fest über einander genähte Gurte, welche an die äussere und innere Fläche des Unterschenkels angelegt wurden, und zusammengenäht beiläufig $1\frac{1}{2}$ bis 2 Schuh lang waren, endlich 2 Gurtbänder als Handquehlen.

Bei der Einrichtung wird zuerst um den Unterschenkel des verrenkten Gliedes gleich über den Knöcheln eine Comresse gewunden und durch einige Touren mittels einer starken Binde befestigt. Auf diese legt man an der äussern und innern Seite des Unterschenkels die innern einfachen Blätter der zusammengenähten Gurte nach ihrer ganzen Länge, und befestigt sie in der Mitte wieder mittels einiger Touren; dann werden beide Gurte nach abwärts geschlagen, etwas angezogen, und mit der Binde bis sie zu Ende ist, vollends befestigt. Eine zweite Comresse wird um die Mitte des verrenkten Oberschenkels gelegt und ebenfalls mit einer Binde befestigt. Nun werden durch die Gurte am Unterschenkel Handquehlen gesteckt und über den Unterschenkel hinauf der mit einer Schnalle versehene Gurt an den Oberschenkel gelegt. Für den gesunden Fuss wird zur Unterstützung ein Holzblock mit Tüchern umwickelt an die untere Wand des Bettes gelegt. An die der Verrenkung entgegen-

gesetzten Seite des Bettes wird eine dicke Stange, ein sogenannter Staffe], welcher etwas länger als das Bett war, von einem Gehilfen fest angehalten. An diese Stange wird die Hüfte des Kranken mittels eines langen Handtuches befestigt. Dieses wird nämlich in der Mitte zusammengelegt unter dem Becken durchgezogen, gegen die Stange hinübergeschlagen und fest durch zwei Knoten zusammengezogen.

Nachdem Alles so vorbereitet worden, werden die Gehilfen angestellt. Zwei Gehilfen ergreifen an jeder Seite die Ausdehnungsurte und die Handquehle, gehen rechts und links etwas auseinander und spannen die Bänder. In die Mitte tritt ein starker Gehilfe ein und umfasst den Vorderfuss so, dass eine Hand um die Ferse, die andere auf dem Rücken des Fusses liegt. Ein anderer Gehilfe wird an den gesunden Schenkel gestellt, welchen er mit einer Hand in der Mitte des Oberschenkels, mit der andern in der Mitte des Unterschenkels festhält und in das Bett hineindrückt, damit sich das Knie nicht beuge. Endlich werden Gehilfen an den Armen und an dem obern Theile des Körpers gestellt um den Kranken zu beruhigen, und im Falle er sehr unruhig wäre, fest zu halten. Der Operateur stellt sich nun an die Seite des Kranken und stützt sich bei der Verrenkung des rechten Oberschenkels mit der linken Hand am Rande der Hüfte, mit der rechten ergreift er den Gurt um den Oberschenkel; bei der Verrenkung des linken Schenkels hingegen stützt er sich mit der rechten Hand an die Hüfte und ergreift mit der linken Hand den Gurt. Ist dies geschehen, so beginnen die Gehilfen mit der Ausdehnung, und zwar in der Richtung, welche der Schenkel in Folge der Verrenkung angenommen hatte. Dabei wird der Gehilfe, welcher den Unterschenkel an der Ferse und am Rücken des Fusses umfasst hatte,

gleichsam der Steuermann, und nach diesem müssen sich die andern Gehilfen richten. Ist die Ausdehnung schon ziemlich stark geschehen, so zieht der Operateur mittels des Gurtes den Oberschenkel nach auswärts, während er sich gleichzeitig mit der andern Hand fest an die Hüfte stemmt. Damit fährt er so lange fort, bis das Geräusch oder der Knall anzeigt, dass der Schenkelkopf in seine Pfanne zurückgekehrt ist. Herr Herzog versicherte mir, dieses Geräusch einige Male gehört zu haben; ja selbst auch die Kranken riefen aus: «Jetzt hat es gekracht, der Fuss ist darin.» Gelingt die Einrichtung auf den ersten Zug nicht, so lässt man den Kranken etwas ausruhen, beginnt dann die Einrichtung wieder und wiederholt sie so oft, bis dieselbe gelungen ist.

Da das Geräusch oder der Knall nicht immer gehört wird, so muss nach jedem Zuge der Schenkel untersucht werden, ob er wohl seine normale Gestalt angenommen hat, insbesondere ob er sich leicht und ohne Schmerz für den Kranken bewegen lässt. In zweifelhaften Fällen kann man den Kranken aufstehen und einige Schritte machen lassen, wobei man am besten sieht, ob der Fuss eingerichtet ist, denn in diesem Falle ist die normale Gestalt des Schenkels zurückgekehrt, und der Kranke kann mehre Schritte gehen.
