

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1902

7 (15.4.1902)

Nr. 7.

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

aus und für Baden.

Erscheinen 2mal monatlich.

Inserate:

20 Pf. die Petitzeile, mit
Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:

Preis je nach Umfang.

Einzelne Nummern:

20 Pf. incl. Francozustellung.

Jahres-Abonnement:

4 M. 75 Pf.,

excl. Postgebühren.

Für Mitglieder der bad.
ärztlich. Landesvereine,
welche von Vereins
wegen für sämtliche
Mitglieder abonniren,
— 3 M. —
incl. Francozustellung.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Redaction: Dr. Bongartz in Karlsruhe.

Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

LVI. Jahrgang.

Karlsruhe

15. April 1902.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Ueber die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftluxation nach Lorenz.

Von Dr. med. F. K r u m m, chirurgischer Oberarzt am evangelischen Diakonissenhaus
in Karlsruhe.

Vortrag, gehalten im Verein Karlsruher Aerzte am 5. März 1902.

Die chirurgischen Bestrebungen, die kongenitale Hüftluxation auf unblutigem Wege einzurenken und so eine Heilung oder doch Verbesserung des Ganges dieser unglücklichen Patienten herbeizuführen, datiren über 70 Jahre zurück. Ende der dreissiger Jahre war es vor Allem ein französischer Chirurg Pravaz, welcher vielfach Versuche machte, auf unblutigem Weg die Einrenkung zu erzielen. Sein Verfahren bestand im Wesentlichen aus einer forcirten Extension des stark abducirten Beins — ein Manöver, dem eine viele monatelange Extensionsbehandlung vorausgehen musste. Die Reposition ist Pravaz durch sein an sich rationelles Vorgehen ohne Zweifel häufig gelungen. Der Erfolg wurde stets zu Nichte gemacht durch die mangelhafte Technik der Retention des zurückgeführten Schenkelkopfes und die Schwierigkeiten, die aus dem Mangel der Narkose sich ergaben.

Lange Zeit trat in der Behandlung der kongenitalen Hüftluxation die radikale Therapie gegenüber der palliativen völlig zurück. Mit portativen Extensionsapparaten, Pelotten, Beckengürteln, kombinirt mit Korsetts, am besten wohl durch die Hessing'schen Schienenhülsenapparate wurde der palliative Zweck mehr oder weniger befriedigend zu erreichen gesucht.

Vor 10 Jahren trat dann zuerst Hoffa mit der operativen Behandlung der Hüftluxation hervor, die sich die blutige Reposition des Schenkelkopfes in die künstlich vertiefte und erweiterte Pfanne zum Ziel setzte. Von Lorenz wurde eine Modifikation des Hoffa'schen Operationsplanes mit möglichster Schonung der Muskulatur angegeben und allgemein acceptirt, so dass die Hoffa-Lorenz'sche Methode der blutigen Reposition für die folgenden Jahre das Feld beherrschte. Trotz der befriedigenden Resultate der blutigen Therapie wurde auf Grund der bei den Operationen gewonnenen Einblicke in die Pfannenverhältnisse immer wieder versucht, auf unblutigem Weg zum Ziel zu kommen, besonders auch, da die blutige Therapie gewisse Gefahren an

sich hatte, die man auf unblutigem Weg zu vermeiden hoffte. Hat doch Broca unter 25 Operationen 5 Todesfälle, 1 Recidiv und 1 Ankylose zu verzeichnen gehabt, und Schanz rechnete auf 135 Operationen 11 Todesfälle zusammen und 35 Heilungen unter Eiterung. Die Gefahren der blutigen Operation waren somit nicht zu unterschätzen. Um sie zu vermeiden, wurden wiederum verschiedene Wege eingeschlagen. Mickulicz, Schede und Paci haben zunächst derartige Versuche unternommen mit theilweise befriedigenden Ergebnissen. Mickulicz mit seinem Extensionslagerungsapparat, der bei Kindern in den ersten Lebensjahren durch eine allerdings für die Patienten mühseligen Behandlung oft gute Resultate erzielte. Schede suchte die Reposition durch monatelange Gewichtsextension, an deren Stelle er später eine forcirte Extension in Narkose auf seinem Streckbrett setzte, zu erlangen. Eine jahrelang fortgesetzte Apparattbehandlung in seiner Abduktionsschiene, durch die der reponirte Schenkelkopf in sein Lager eingepresst werden sollte, musste folgen. Paci's Verfahren bestand in der Reposition des Kopfes durch ein Manöver, das in maximaler Beugung — leichter Abduktion, Auswärtsrollung und dann Streckung bestand. Er erstrebte und erzielte dadurch lediglich eine Dislokation des Schenkelkopfes in die möglichste Nähe der Pfanne und eine knöcherne Stütze des Schenkelkopfes am Becken. Als Nachbehandlung liess Paci eine ausserordentlich langwierige, viele Monate dauernde Extensionsbehandlung im Gypsverband bei Bettruhe folgen.

Im Jahre 1895 trat dann Lorenz mit seiner Methode hervor, die er, gestützt auf die Erfahrung bei 200 blutigen Operationen, ausgebildet hatte und die sich von allen bisherigen auf das Wesentlichste und Vortheilhafteste besonders in der Art der Retention und Nachbehandlung unterschied. Lorenz machte sich von Anfang an zur Aufgabe, die Ruhelage des Patienten möglichst einzuschränken, sodann die Extremität nach der Einwirkung von ihrer Tragfunktion im Interesse des Knochenwachsthums nicht auszuschliessen, im Gegentheil sollte die ganze Rumpflast dazu benutzt werden, den Schenkelkopf in die Pfanne einzutreiben und die Pfannentasche dadurch zu erweitern. Also in der Eintreibung des Kopfes in die Pfannentasche unter Zuhülfenahme der Gelenkbelastung besteht das wesentlich Unterscheidende der Lorenz'schen Methode gegenüber allen bisherigen. Ebenso originell und neu war die Art, wie Lorenz die sich gestellte Aufgabe praktisch gelöst hat. In der Art, wie er das Gefundene erprobt, verbessert und der Allgemeinheit zugänglich gemacht hat, besteht sein unvergängliches Verdienst. In zahlreichen Veröffentlichungen — zuerst im Centralblatt für Chirurgie — zuletzt in einer ausgezeichnet klaren umfassenden Monographie, 1900 hat Lorenz sein Verfahren und seine Erfahrungen in über 500 Fällen eingehend dargelegt und somit uns ausreichende Gelegenheit zur Nachprüfung seiner Methode gegeben.

In technischer Beziehung hat man bei dem Lorenz'schen Verfahren Reposition und Retention — die unblutige Einrenkung des Kopfes durch modellirendes Redressement und die Fixirung desselben in der Pfanne durch Gypsverband und funktionelle Belastung zu unterscheiden. Die Einrenkung besteht aus zwei Phasen — einmal in der Herabholung des Kopfes in das Pfannenniveau durch Extension aus freier Hand oder mit Flügelschraube, sodann in der eigentlichen Reposition, welche in rechtwinkliger Beugung und maximaler Abduktion vollzogen wird. Diese Manöver werden alle durch modellirendes Redressement, d. h. unter allmählicher schrittweiser Beseitigung der Muskel- und Weichtheilwiderstände gegen Extension und Abduktion ausgeführt. Besonders wichtig ist dabei die langsame Dehnung, Durchwalkung und stumpfe Durchreissung (Myorrhexis) der oft stark gespannten Abduktoren. Nur ausnahmsweise, bei besonderen Schwierigkeiten, lässt Lorenz eine mehr-

tägige Extensionsbehandlung vorausgehen oder wurde die offene Durchtrennung der Adduktorenansätze, die Zuhülfenahme eines Holzkeiles für die Einrichtung nothwendig. Im gewöhnlichen wird die Reposition aus freier Hand ohne jede Hülfsmittel in tiefer Narkose vorgenommen. Dieselbe erfolgt gewöhnlich über den hinteren Pfannenrand und gibt sich beim Gelingen durch einen hörbaren Ruck, mit dem der Schenkelkopf den Pfannenrand überspringt, zu erkennen. Dieser Ruck, der manchmal auf Entfernung hörbar, stets aber dem Operateur fühlbar ist, kann beliebig oft durch Aus- und Wiedereinrenkung neuerdings erzeugt und so bequem demonstriert werden.

Die vollzogene Einrenkung lässt sich zunächst nur unter Beibehaltung extremer Abduktion aufrecht erhalten — und zwar wird dies erreicht durch einen gut gepolsterten, besonders dem Becken sich anschmiegenden Gypsverband, der unmittelbar in Narkose angelegt wird. Die Ausweitung der Pfanne, die Verbesserung des Lagers für den Schenkelkopf wird in diesem Verband, der 4 bis 5 Monate liegen bleibt, dadurch herbeigeführt, dass das Kind mit entsprechend der Abduktionslage erhöhter Sohle läuft und dadurch einen Druck in der Richtung des extrem abducirten Beins gegen die Pfanne ausübt. Nach 4 bis 5 Monaten wird der Verband gelöst, und nachdem die Haut sich in 2 bis 3 Tagen bei entsprechender Pflege erholt hat, ein zweiter Verband angelegt. Dabei tritt gleichzeitig eine leichte Korrektur der Stellung ein: Wenn es bei Wahl der Primärstellung vor Allem darauf ankam, die nächstliegende Gefahr der Relaxation nach hinten durch starke Abduktion, eventuell unter Zuhülfenahme der Ueberstreckung zu verhindern, so gilt es jetzt durch Ueberführung der Ueberstreckung in leichte Beugung die Gefahr der Luxation nach vorn und oben zu vermeiden. — Die Abduktion wird nur soweit aufgegeben, als dies der Patient selbst aktiv ohne Gefahr der Relaxation ausführen kann. Im zweiten Verband geht das Gehen schon bedeutend besser. Es ist das wichtig, da die zweite Fixationsperiode am längsten zu dauern hat wegen der günstigen Mittelstellung des Gelenks, bei der die Gelenkflächen in ausgedehntester Berührung sind. Der Verband wird nach 4 bis 6 Monaten entfernt, so dass nach insgesamt 10 bis 11 Monaten die eigentliche Behandlung beendet ist. Es wird nun in völliger Freiheit weitergeübt, zunächst unter Beibehaltung leichter Abduktion durch Sohlenerhöhung. Nachts empfiehlt sich noch die Anlegung einer Spreitzhülse oder Sicherung der Abduktionslage durch Sandsäcke. Vor Allem gilt es nun, die Muskulatur des Beins und des Beckens durch Massage und Uebungen, welche aktiv von dem Patienten vorgenommen werden müssen und meist rasch erlernt werden, zu stärken. Die Abduktion wird sehr bald aufgegeben, auch die extreme Rollstellung, die nach der Streckung und Aufgabe der Abduktion zu Tage tritt, korrigiert sich von selbst allmählich, wird aber am längsten beibehalten. Auch die Kyphose der Lendenwirbelsäule, welche die Kinder meist als Ausdruck der Kompensation für die lange Ueberstreckung zeigen, verschwindet nach und nach. Nach Ablauf weiterer 6 bis 12 Monate ist meist völlige Restitution eingetreten.

Etwas complicirter gestaltet sich der Verlauf bei doppelseitiger Luxation, und zwar sind es nur Schwierigkeiten, die sich geltend machen in Folge der Duplicität des Leidens, der oft hochgradigeren, auf beiden Seiten verschiedenen Verbindungen der Gelenkkörper, der grösseren Rigidität der Weichtheile und schwierigeren Reponibilität.

Der Frage, ob ein oder zweizeitige Reposition für das Heilverfahren zu wählen ist, steht Lorenz heute so gegenüber, dass er stets auf einzeitige Reposition ausgeht und zweizeitige nur wählt bei Schwierigkeiten und langer Dauer der ersten Reposition oder Misslingen der zweiten — besonders also bei älteren Kindern, wenn die Reposition schwierig, der Operationsschock grösser

und die Schwierigkeiten der Pflege für die Umgebung bei der Hilflosigkeit der Patienten in der Primärstellung zu gross wäre.

Durch die Einrenkung in einer Sitzung spart man eine Narkose, die Hälfte der Zeit und hat den Vortheil, dass die beiden Gelenke sich in derselben Behandlungsphase befinden, durch Stellungsveränderung der Erfolg nicht gegenseitig gefährdet werden kann und in kürzerer Frist eine gleichmässigerer Funktion erzielt wird. Ein Nachtheil der einseitigen Einrenkung besteht darin, dass die Möglichkeit der Locomotion während der ersten Fixationsperiode ausgeschlossen ist. Dieser Nachtheil bietet aber einen Vortheil, nämlich den, ausgeschlossen ist. Dieser Nachtheil bietet aber einen Vortheil, nämlich den, dass man bei Wahl der Primärstellung nur Rücksicht zu nehmen hat auf die Sicherheit gegen die hintere Relaxation. Man kann so bei geringer Stabilität der Einrenkung ganz extreme Primärstellungen in Hyperextension des rechtwinklig abducirten Schenkels wählen. Der Verband ist etwas schwieriger anzulegen; seine Technik ist dieselbe wie bei der einseitigen Luxation; starke Polsterung, sorgfältige Bindenführung, Vermeidung jedes Druckes sind wichtig. — Da die Kinder nicht herumlaufen können und der Belastungsdruck des Körpers während der ersten Fixationsperiode so in Wegfall kommt, hat Dreesmann versucht den Druck auf den Pfannenboden herzustellen durch Application von Gummizügen, die am Knie angreifen und in der Richtung des Oberschenkels nach dem Becken hin wirken. Auch ein Laufkorb wurde von ihm konstruirt, der den Kindern auch in der doppelseitigen extremen Primärstellung das Fortbewegen ermöglichen soll. Ob der Werth dieser Verbesserungen ihren Nachtheil aufwiegt, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls compliciren und vertheuern sie die Lorenz'sche Nachbehandlung, deren Hauptvortheil doch darin besteht, dass sie nicht im Krankenhaus durchgeführt zu werden braucht und überall von jedem sachverständigen Arzt ausgeführt werden kann. Dass übrigens auch ohne besondere Zugvorrichtung ein Druck auf den Pfannenboden ausgeübt wird, geht aus der spastischen Beugung der Kniegelenke im Anfang der ersten Behandlungsperiode hervor. Die passiven Muskelspannungen, deren Ausdruck sie sind, wirken doch kräftig als Belastungsdruck auf die Pfanne. Allmählich lassen allerdings diese Widerstände nach. Ja, wir müssen sogar, wenn dieser Nachlass nicht von selbst eintritt, durch vorsichtige passive Bewegungen, Streckungen, die schliesslich bis zu 180° gehen, dafür sorgen, dass keine Kniegelenkskontrakturen eintreten. Im Uebrigen gestaltet sich der weitere Gang der Behandlung, wie bei der einseitigen Luxation. Nach 4 bis 5 Monaten wird der Verband abgenommen. Die Aufgabe der Primärstellung hat mit besonderer Vorsicht zu geschehen. Immerhin kommen wir soweit, dass die Kinder im zweiten Verband zuerst mit Hilfe, bald aber auch ohne solche herumwackeln können.

Der zweite Verband bleibt 5 bis 6 Monate liegen. Nach Abnahme desselben wird wieder die vollständige Korrektur der Stellung nicht durch Verbände, sondern ganz allmählich durch aktive Gymnastik, Stärkung besonders der pelvitrochanteren Muskeln, zu erreichen gesucht. Im Laufe des zweiten Jahres wird gewöhnlich das ersehnte Ziel erreicht werden. Von grossem Vortheil und von Wichtigkeit ist, wie auch vorher schon, besonders bei der freien Nachbehandlung die aktinographische Kontrolle, deren Werth Sie selbst aus den Ihnen gleich vorzulegenden Photographien ersehen werden. Dieselben wurden von Herrn Dr. Lembke, dem ich auch für seine Assistenz bei meinen Operationen zu Dank verpflichtet bin, in mustergiltiger Weise angefertigt.

Bevor ich auf die Gefahren, die mit dem Lorenz'schen Verfahren verknüpft sind, und auf die Behandlungsergebnisse im Allgemeinen eingehe, möchte ich Ihnen einige kleine Patienten, bei denen ich in der eben geschilderten Weise nach Lorenz vorgegangen bin, vorführen.

Ich habe bis jetzt im Ganzen 6 Hüftgelenke eingerichtet bei 4 Patienten — zwei doppelseitige und zwei einseitige Hüftluxationen — die eine von den doppelseitigen Luxationen wurde erst im Januar operirt — ich kann Ihnen nur die Photographie des 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Kindes herumbgeben, welche es im ersten Verband zeigt. Die extreme Primärstellung in starker Abduktion, die die Kinder übrigens ausgezeichnet vertragen, kommt dabei gut zum Ausdruck.

Meine erste Einrenkung habe ich an dem damals 2jährigen Kind J. Sch. im Januar 1897 ausgeführt:

Die ausführlichen Veröffentlichungen von Lorenz waren damals noch nicht erschienen, besonders war auch die Retentionstechnik noch nicht in der späteren Weise ausgebildet. Ich hatte auf der Naturforscherversammlung in Frankfurt 1896 Lorenz seine Operation ausführen sehen und unter dem lebendigen Eindruck seiner eindringlichen Darlegungen bin ich an die Behandlung herangetreten.

Die Einrichtung selbst gelang bei dem zarten Alter des Patienten leicht, wenn auch die Ueberwindung der Muskelwiderstände bei der mangelnden eigenen Erfahrung Anfangs unerwartete Schwierigkeiten zu machen schien. — Die Verkürzung des Beins hatte 3 cm betragen. Der erste Verband wurde in typischer Weise angelegt, musste jedoch schon, da das Kind nicht wasserdicht war, nach einem Monat erneut werden. Im Ganzen wurden 9 Verbände, 5 davon in Narkose angelegt. Bei den letzten Verbänden, von April ab, wurde jeweils die Stellung etwas korrigirt. Patient wurde nach Abschluss der Verbandsbehandlung, Mitte Oktober 1897, mit erhöhter Sohle entlassen und die Nachbehandlung mit Massage und gymnastischen Übungen nach Anweisung und Einübung von der Mutter weitergeführt.

Das Kind — nun 7 Jahre alt — kann ich Ihnen heute vorstellen — über 5 Jahre sind seit der Einrichtung verflossen, das Körperwachsthum war völlig normal. Es besteht keine abnorme Lordose mehr, die Körperhaltung ist eine geradegestreckte, der Gang absolut gleichmässig, die Beweglichkeit des Hüftgelenks ist durchaus glatt und frei. Einseitige Belastung, Hüpfen und Springen werden auf dem rechten, seiner Zeit eingerichteten Bein in derselben Weise wie links ausgeführt. Das Einzige, was die Seite der Erkrankung vielleicht noch verräth, ist eine ganz geringe Schloffheit der Gesässmuskulatur rechts gegenüber der gesunden Seite.

Das Aktinogramm, das ich Ihnen hier zeige, wurde im November 1901, also nach beinahe 5 Jahren, aufgenommen. Sie können daraus ersehen, dass die Verhältnisse des rechten Hüftgelenks, insbesondere die Beziehungen des Kopfes zur Pfanne, den normalen auf der linken Seite völlig gleichkommen. Sie finden weder eine Atrophie des Knochens, noch eine Anomalie des Schenkelhalses. Allein die etwas flachere Neigung des oberen Pfannenrandes lässt auf dem Bild überhaupt noch die Seite der Erkrankung erkennen.

Ich glaube nicht zu viel zu sagen, wenn ich diesen Fall als einen unwiderleglichen Beweis dafür betrachte, dass mit der Lorenz'schen Methode thatsächlich radikale und dauernde Heilungen erzielt werden können.

Im zweiten Fall ist das Resultat ein ähnliches:

Das Kind E. S. kam, 3 Jahre alt, im Juli 1900 in meine Behandlung. Die Patientin zeigte die typischen Symptome einer linksseitigen Hüftluxation — 4 cm Hochstand des Trochanters, Kopf beweglich auf dem Darmbein, starke Neigung des Beckens, starke Lordose der Lendenwirbelsäule, Athrophie der Bein- und Gesässmuskulatur. Am 12. Juli 1900 habe ich die Einrenkung in typischer Weise vorgenommen. Dieselbe gelang nach etwa $\frac{1}{4}$ stündiger Dauer der redressirenden Manöver, wobei besonders auf eine gründliche Durchwärmung der stark gespannten Adduktoren geachtet wurde. Das Kind lernte schon sehr bald im ersten Verband mit stark erhöhter Sohle ausgezeichnet gehen. Nach 4 Monaten wurde der Verband gewechselt unter Aufgabe der Abduktion bis zum Winkel von 45°, also um etwa die Hälfte, und in leichter Beugstellung wurde der zweite Verband angelegt. Dieser blieb 5 Monate liegen. Im April 1901 wurde das Kind endgültig vom Verband befreit.

Die Nachbehandlung fand, frei — in der von Lorenz angegebenen Weise — statt. Die kleine Patientin, die sie hier sehen, zeigt einen völlig gleichmässigen Gang, die Beweglichkeit des Hüftgelenks ist frei und glatt, die Körperhaltung völlig normal. Die Ausdauer beim Gehen, Hüpfen etc. desgleichen. Das Röntgenbild, das im Juli 1901, also nachdem Patientin $\frac{1}{4}$ Jahr frei herumgelaufen, aufgenommen wurde, zeigt auch hier den Schenkelkopf in der Höhe der Pfannenknorpelfuge, in denselben Beziehungen zur Pfanne wie rechts. Das Pfannendach überragt den Kopf. Die Pfanne selbst ist jedoch deutlich flacher und steiler auch der lichte Raum zwischen Pfannendach und Kopf etwas grösser, wie auf der gesunden Seite. Oberschenkelschaft und Hals sind noch etwas dünner, wie rechts.

Auch in diesem Fall haben wir also ein nicht nur funktionell, sondern auch anatomisch ausgezeichnetes Resultat — eine radikale, jetzt nahezu ein Jahr seit Abschluss der Behandlung andauernde Heilung zu verzeichnen.

Das dritte Kind, Emma B., das ich Ihnen hier vorstelle, kam, $4\frac{1}{2}$ Jahre alt, im Juni 1900 in meine Behandlung.

Die Luxation war hier eine doppelseitige. Patientin zeigte einen stark watschelnden Gang, wobei eine starke Verschiebung des Beckens bei jedem Schritt zu beobachten war, dasselbe war stark vornübergeneigt, dementsprechend die Lendenwirbelsäule stark lordotisch. Links 5 cm rechts 3 cm Hochstand des Trochanters. Rechts liess sich der Kopf leichter tief ziehen wie links. Am 21. Juni 1900 habe ich in typischer Weise die Einrennung nach Lorenz vorgenommen, zuerst links, wo dieselbe nach 20 bis 30 Minuten angestrengter Arbeit mit dem bekannten, auf Entfernung hörbaren Ruck gelang; rechts erforderte die Einrennung nur etwa 10 Minuten. Die Stabilität der Einrenkung war links sehr gering, so dass die Primärstellung in Hyperextension und rechtwinkliger Abduktion gewählt werden musste.

Nach 5 Monaten am 21. November wurde der erste Verband abgenommen. Die Stellung war gut — eine Reluxation war nicht eingetreten. Die Korrektur der Primärstellung erfolgte in der üblichen Weise, aber sehr vorsichtig. Trotz der günstigeren Stellung konnte Patientin zuerst wohl stehen, aber nicht allein gehen. Der Verband wurde, da er hinten nicht genügend zu stützen schien, schon im Dezember durch einen neuen in derselben Stellung ersetzt, in dem die Patientin gehen lernte. Im Februar kam die Patientin zu Fall, wobei der Verband einen Knick bekam. Es wurde sofort ein neuer Verband ohne Stellungskorrektur angelegt, in dem die Patientin sehr gut herumlaufen konnte. Derselbe wurde am 18. Juni definitiv entfernt. Die Behandlung im Verband hatte also in diesem Fall ein volles Jahr gedauert.

Nach Abnahme des Verbandes zeigte die Patientin zunächst ein recht hilfloses Bild. Die Patientin war um etwa Kopfeslänge grösser geworden, die Lendenwirbelsäule war kyphotisch, die Beine wurden in starker Rollstellung und leichter Abduktion gehalten. Der rechte Schenkelkopf war gut fixirt in der Schenkelbeuge zu fühlen. Der linke schien etwas höher und nach vorn unter dem Beckendorn zu stehen. Er war entschieden prominenter, wie der rechte.

Die Nachbehandlung geschah mit aktiver Gymnastik und Massage in der üblichen Weise. Sie können jetzt bei der Patientin Folgendes feststellen:

Die Körperhaltung ist eine völlig gerade, die Kyphose der Lendenwirbelsäule verschwunden, der Gang gleichmässig und sicher, es fällt nur noch bei der Erhebung des linken Beines ein geringer Rest von Rollstellung auf. Patientin kann auf jedem Bein hüpfen und springen. Das rechte Hüftgelenk ist frei beweglich, links zeigt sich bei Abduktion und Einwärtsrollung noch eine gewisse Hemmung, während die Beweglichkeit im Sinne der Abduktion, Aussenrollung und Extension über das Normale hinausgeht. Beide Schenkelköpfe sind vorne in der Schenkelbeuge zu fühlen, der links etwas höher stehend. Die Muskulatur ist kräftig entwickelt. Im Aktinogramm, das 5 Monate nach Entfernung des Verbandes im Oktober 1901 aufgenommen wurde, sehen Sie den Schenkelkopf rechts gut ausgebildet in der Höhe der Knorpelfuge, der Kopf in der Pfanne, über ihm ein seitlich stark ausladendes Pfannendach, das beim Vergleich der Beckenkontur im Röntgenbild vor der Einrennung,

sich mit Sicherheit als neu entstanden durch Knochenanbildung erkennen lässt. Links ist der Kopf etwas atrophisch, er steht etwas über der Knorpelfugenlinie, aber noch in der Höhe des oberen Pfannenrandes, der bis an seine innere Fläche heranreicht. Die Pfanne ist links deutlich flacher und erweitert. — Es ist also links, wo die Stabilität von vornherein schlechter, die Deformität von Kopf und Pfanne stärker ausgebildet war, zu einer Verschiebung des Kopfes nach vorn und oben im Sinne einer Subluxation nach oben gekommen. Rechts ist die Retention der Einrenkung vollkommen gelungen.

Wenn ich nochmals kurz zusammenfassen darf, so wurde also bei den zwei Patienten mit einseitiger Hüftluxation ein anatomisch und funktionell ausgezeichnetes Resultat erzielt, bei der doppelseitigen Luxation wurde auf der einen Seite ebenfalls die radikale Heilung erreicht, während es auf der anderen Seite zur Subluxation gekommen ist. Aber auch hier ist das funktionelle Resultat ein durchaus befriedigendes.

Ganz kurz möchte ich nun die Frage der Gefahren streifen, die mit der Einrenkung nach Lorenz verknüpft sind, die aber wohl sämtliche in gleichem Maass auch der blutigen Reposition zukommen.

Lorenz gebührt das Verdienst, auch hier durch rücksichtslose Offenheit seinen Nachfolgern die Gefahren klar gelegt und so ihre Vermeidung, soweit es in unseren Kräften steht, ermöglicht zu haben. Bei dem schwersten Unglück, das ihn betroffen, eine Gangrän des Beines durch Druck des Kopfes auf die Gefässe, haben so viele unglückliche Umstände mitgewirkt, dass der Fall wohl als exceptionell gelten darf. Bei über 500 Einrenkungen hat Lorenz drei Kinder in Folge der durch die protrahirte Narkose begünstigten Shocwirkung durch das Repositionstrauma verloren.

Ich selbst erinnere mich, einen solchen Fall während meiner Assistentenzeit auch bei einer blutigen Einrenkung erlebt zu haben. Von geringerer Bedeutung sind die sonstigen Verletzungen, die sich ereignen können: 11 Schenkelhalsfrakturen, 1 Fraktur des Schambeinastes wurden von Lorenz beobachtet. Dauernde fible Folgen sind daraus nicht entstanden, nur die Behandlung wurde dadurch verzögert. — Auch Nervenläsionen, drei Mal in Gestalt von Peroneuslähmungen durch Zerrung, wurden beobachtet. Ihre Prognose ist ebenfalls günstig, wenn auch der Ausgleich nicht so rasch zu Stande kam, wie bei einer einmal zur Beobachtung gekommenen Quadricepslähmung. Von Narath wurde auf das Vorkommen von Cruralhernien hingewiesen, welche ähnlich den Hesselbach'schen Hernien breitbasig vor den Gefässen unter dem Poupert'schen Band hervortreten. Ihr Zustandekommen wird durch eine Schwächung des Fascienverschlusses in Folge Dehnung und Zerrung bei der Einrichtung zu erklären sein.

Das Eine lernen wir aus der kritischen Betrachtung dieser Gefahren der unblutigen Reposition, dass alle diese Gefahren nahezu ausschliesslich bei Erreichung oder Ueberschreitung der Altersgrenzen für die unblutige Einrichtung auftreten oder doch sich bei Annäherung an diese Grenze unverhältnissmässig häufen. Lorenz hat mehrfach ausdrücklich auf Grund seiner Erfahrungen darauf hingewiesen, dass das günstigste Alter für seine Methode in der Zeit zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr liegt. Für die einseitigen Erkrankungsfälle wird das 10., für die doppelseitigen das 8. Lebensjahr die äusserste Grenze bilden. Mit Annäherung an diese Grenzen mehren sich schon die Schwierigkeiten der Reposition. Bei Erreichung oder Ueberschreitung der Altersgrenzen muss man sich über die Gefahren und Schwierigkeiten völlig klar sein, um im richtigen Moment einen an sich ja gerechtfertigten Versuch der unblutigen Einrenkung abbrechen zu können. Man wird den Fall dann dem blutigen Verfahren überweisen oder sich mit einer Transposition des Schenkelkopfes begnügen. — Die Thatsache also, dass Altersgrenzen für die

unblutige Einrenkung bestehen, sollte ein Ansporn und eine Mahnung sein, die mit Luxation behafteten Kinder möglichst früh der unblutigen Behandlung zuzuführen. Es ist dies Verlangen um so gerechtfertigter, als die Diagnose der Luxation heutzutage, wo uns das Mittel der Röntgenphotographie zur Verfügung steht — auf ernstliche Schwierigkeiten nicht mehr stossen kann.

Was nun im Allgemeinen die Erfolge der Lorenz'schen Behandlungsmethode anbetrifft, bei der, wie wir gesehen haben, die Retention eine mindestens ebenso wichtige Rolle spielt, wie die Reposition, so müssen wir unterscheiden zwischen Radikalheilungen, d. h. Heilungen in anatomischem Sinn und Heilungen der Deformität, bei denen nur eine Beseitigung der kosmetischen und funktionellen Störungen erzielt wurde. Wir werden dabei sehen, dass auch die Beseitigung dieser Mängel an gewisse anatomische Erfolge der Behandlung gebunden ist.

Als anatomisch geheilt kann man nach Lorenz die Fälle betrachten, bei denen das Röntgenbild zeigt, dass der Schenkelkopf annähernd im Pfannenniveau von einem mit gut ausgebildeter lateraler Kante versehenen knöchernen Pfannendach gestützt ist, während die klinische Untersuchung den Kopf in der Leistenfurche etwas nach aussen von ihrer Mitte nachweisen kann. Das auch nur einen Theil des Kopfes überragende Pfannendach ist also für die Annahme einer radikalen Heilung das ausschlaggebende. Oft genug zeigt dabei die Pfanne selbst gewisse Unregelmässigkeiten, wie excentrische Erweiterung nach oben, Ausbildung einer oberen Pfannennische, Flachheit und Schrägstellung, welche aber das Resultat der gelungenen Retention nicht mehr beeinträchtigen. Auch der Schenkelkopf und Hals weist natürlich noch gewisse Eigenthümlichkeiten auf, die eben in der Deformität begründet sind und sich überhaupt nicht beseitigen lassen.

Radikalheilungen in dem eben dargelegten Sinn hat Lorenz unter 212 Fällen, wobei alle unter einem Jahr beobachteten und viele andere, bei denen eine aktinographische Kontrolle nicht möglich war, ausgeschieden sind — 108 Mal erreicht.

Als anatomisch minderwerthig sind die Fälle zu bezeichnen, in denen eine Verschiebung des Schenkelkopfes aus dem Pfannenniveau nach oben, eine Subluxation — oder eine Verschiebung nach vorne, eine Reluxation, stattgefunden hat. Im letzteren Fall hat der Schenkelkopf den Pfannenboden meist vollkommen verlassen. — Im Röntgenbild fehlt bei der Subluxation nach oben vor Allem eine genauere Anlehnung des Schenkelkopfes an die Pfanne und das deckende, stützende Pfannendach — ein ähnliches Bild, wie es im Aktinogramm auch eine primäre Subluxationsstellung der intakten kongenitalen Hüftluxation bietet. Der grosse Unterschied besteht nur darin, dass bei der Subluxationsstellung als Repositionsergebniss der Schenkelkopf am Becken vorne eine knöcherne Stütze gefunden hat, dass er sich nicht nach hinten, am Darmbein entlang versenken lässt, sondern nach aussen von der Mitte in der Schenkelfurche prominent bei der Untersuchung zu finden ist.

Nur graduell von der Subluxation verschieden ist die Reluxation nach vorne, bei der im Röntgenbild der Schenkelkopf ausser jeder Beziehung zur Pfanne in verschiedener Höhe oberhalb des oberen Pfannenrandes gelagert ist. Auch hier findet man dieselben klinischen Unterschiede gegenüber dem sonst gleichen Bild der unbehandelten Hüftluxation — der Kopf ist vorn in der Leistenfurche stark prominent, er hat sich unter der Spina ant. sup. am Becken festgehakt.

Lorenz hat 20 Mal die Subluxation nach oben — 82 Mal die Reluxation nach vorn erlebt.

Ueber 108 anatomischen, vollen Erfolgen stehen demnach 102 anatomische Misserfolge. — Dabei ist zu bemerken, dass die Verhältnisse bei den einseitigen Luxationen günstiger liegen, wie bei den doppelseitigen. Bei einseitigem Leiden wurde die anatomische Heilung in etwa der Hälfte, bei doppelseitigem nur in $\frac{1}{4}$ der Fälle erzielt. Einen vollen anatomischen Misserfolg, d. h. eine Reluxation nach hinten hat Lorenz überhaupt nicht zu verzeichnen gehabt.

Die aktinographische Beurtheilung der Fälle ist aber nur eine einseitige. Es hat sich gezeigt, dass auch in den anatomisch minderwerthigen Fällen, wo es zur Subluxation nach oben oder Reluxation nach vorne gekommen war, dennoch das kosmetische Resultat ein über Erwarten gutes nach Abnahme des Verbandes gewesen und geblieben ist und das funktionelle Resultat auch in diesen Fällen allmählich in den nächsten Monaten sich besserte und durchaus befriedigend wurde.

Der Vergleich, den Lorenz an diesem Punkte mit der Frakturheilung gezogen hat, scheint mir durchaus zutreffend. Die wenigsten >gut geheilten< Frakturen würden bei einseitig aktinographischer Beurtheilung befriedigen.

Es ist doch schliesslich bei der kongenitalen Luxation nicht die Hauptsache, dass der eingerenkte Schenkelkopf genau in der Pfanne sitzt, sondern dass der Patient durch die Behandlung seine Deformität verloren hat und ausdauernd gleichmässig, d. h. ohne zu hinken gehen kann.

Dieser kosmetische und funktionelle Effekt wird aber auch in den anatomisch minderwerthigen — also nicht radikal geheilten Fällen erreicht. Anatomisch begründet ist auch dieses Resultat und zwar dadurch, dass, wie Lorenz sich ausdrückt, das Becken fortan nicht mit seiner Hinterfläche an dem Femurkopf suspendirt ist, sondern wirklich an seiner vorderen Kante durch den Femurkopf gestützt wird.

Als Ausdruck dieser Thatsache sehen wir, wie bei den behandelten Kindern die eingesunkene Körperhaltung einer geradegestreckten gewichen, die Beugung der Hüftgelenke, der vortretende Bauch, das herausgestreckte Gesäss, der zurückgeworfene Oberkörper verschwunden ist. Diesen sofort festzustellenden kosmetischen Effekten reihen sich die funktionellen Resultate allmählich im Lauf der nächsten Monate an und zwar ohne weiteres Zuthun — allein unter Beobachtung gymnastischer Regeln.

Die im Verband so lang ruhig gestellten, jetzt insuffizienten Muskeln erholen sich im Lauf der nächsten Monate, die Ausdauer im Gehen nimmt ständig zu, um schliesslich nach 1 bis 2 Jahren normal zu werden. Oft ist im Anfang auch noch eine Ungleichmässigkeit des Ganges zu beobachten, die zum Theil wohl auf Kosten der im Verband solange fixirten perversen Stellung des Beins zu setzen ist. So bleiben Reste der Aussenrotation, Muskelwiderstände gegen Abduktion und Innenrotation oft lange bestehen. Auch diese Ungleichmässigkeiten des Ganges, die bei Ermüdung oft in deutliches Hinken übergehen, verschwinden im Lauf der nächsten Jahre meist vollkommen. Geringe Verkürzungen als Folge einer Subluxation oder einer Atrophie des Schenkelkopfes, einer Wachsthumshemmung können durch Sohlenerhöhung wirksam ausgeglichen werden.

Die Thatsache, dass auch die Fälle, in denen lediglich eine Feststellung des Kopfes nach vorne durch die Behandlung erzielt wurde, günstige funktionelle Ergebnisse liefern, hat bei einer Anzahl Chirurgen den Gedanken geweckt, von vornherein nur auf eine solche günstige Verlagerung des Schenkelkopfes — eine Transposition, wie man ganz allgemein gesagt hat — auszugehen, ähnlich dem Vorgange Paci's. Meines Erachtens sind diese Bestrebungen nicht rationell, sobald es erwiesen ist, dass mit der Lorenz'schen Methode

radikale Heilungen erzielt werden können. Diese Thatsache einer Radikalheilung ist aber meines Erachtens nicht mehr zu bezweifeln. Sie ist ausser von Lorenz durch vielfache Erfahrungen von Schede, Kümmell, von Mickulicz, Dreesmann, Hoffa, Wolff, Lange, Brun, Ghillini und vielen Anderen erwiesen worden, und ich hoffe, dass auch ich Sie durch meine, allerdings bescheidenen eigenen Erfahrungen, deren Objekte ich Ihnen demonstriert habe, von der Möglichkeit einer radikalen Heilung überzeugt habe.

Bedauerlich ist, dass wegen der immerhin beträchtlichen Anzahl von anatomischen Misserfolgen versucht worden ist, das ganze Lorenz'sche Verfahren in Misskredit zu setzen. Ich glaube jedoch, dass dieser Versuch erfolglos bleiben wird. Es mehren sich auch die Veröffentlichungen, in denen das Hervorragende und Gute der Lorenz'schen Methode voll anerkannt wird. In jüngster Zeit hat so Nové-Josserand 50 nach Lorenz behandelte Fälle veröffentlicht, wobei er zugibt, dass man bei Kindern unter 5 Jahren auf 50% anatomische und funktionell volle Erfolge und in 80% auf wenigstens funktionell gute Erfolge rechnen kann. Die Ursache, wesshalb man vielfach Misserfolge mit der Lorenz'schen Methode gehabt hat, liegt meines Erachtens darin, dass die Wichtigkeit des Lorenz'schen Retentionsverfahrens vielfach unterschätzt worden ist. Eine zu kurze Bemessung der Fixationsperiode und eine zu überhastete Korrektur der Primärstellung sind, wie schon Lorenz betont hat, vielfach Schuld an dem Misslingen der Retention. Ich halte es deshalb für nicht unbedenklich, wenn ein Chirurg von der Bedeutung Hoffa's in der neusten, 1902 erschienenen Auflage seines weitverbreiteten Lehrbuches der orthopädischen Chirurgie wörtlich über die Retentionsbehandlung nach Lorenz sagt: »Der erste Fixationsverband bleibt 10 bis 12 Wochen liegen, dann wird unter jedesmaliger Erneuerung des Fixationsverbandes die Abduktionsstellung etappenweise vermindert bis die Stabilität des Gelenks eine genügende geworden ist. Lorenz fixirt im Ganzen etwa $\frac{1}{2}$ Jahr«. (Seite 633), — oder bei Besprechung der doppelseitigen Luxation: Lorenz rath »zunächst das eine Gelenk zu reponiren und dann, wenn dies stabil geworden ist, das zweite Gelenk. . . . Dieser erste Verband wird dann nach 2 bis 3 Wochen gewechselt und die Beine werden dann so adducirt, dass die Patienten, wenn auch unbeholfen, so doch wenigstens einigermaßen gehen können«.

Demgegenüber hat Lorenz in seiner neusten umfassenden Monographie, welche schon 1900 erschienen ist und doch als massgebende Grundlage seiner Methode eingehende Berücksichtigung verdient, ausdrücklich vor einer zu frühen Aufgabe der Primärstellung, vor einem zu überhasteten Vorgehen gewarnt. Er sagt wörtlich (Seite 206): »Die mittlere Dauer der ersten Fixationsperiode habe ich auf 4 bis 5 Monate bemessen«. »Selbst in den seltenen Fällen ausnehmend guter primärer Stabilität bin ich unter drei Monate nicht herabgegangen« und weiter (Seite 210): »Ich pflege die zweite Fixationsperiode auf 5 bis 6 Monate zu veranschlagen«. Auch bei der doppelseitigen Luxation, bei der man »die zweizeitige Behandlung in Zukunft niemals wählen« wird (Seite 223), bemisst Lorenz die erste Fixationsperiode ausdrücklich auf 4 bis 5 Monate (Seite 230) die zweite »auf mindestens 5 bis 6 Monate« (Seite 233). —

Meine Herren! Sie sehen aus dieser Darstellung, wie wichtig es ist, bei der Nachprüfung der Lorenz'schen Methode seinen umfassenden Erfahrungen zu folgen. Wenn man nach dem Citat in Hoffa's Lehrbuch die Lorenz'sche Methode anwendet, so werden die Misserfolge vollkommen verständlich, die viel geschmähten »Transpositionen«, soweit sie nicht durch anatomische Veränderungen an den Gelenkkörpern bedingt sind, finden ihre ganz natür-

liche Erklärung. Meine Herren, verzeihen Sie diesen Exkurs an dieser Stelle. Es lag mir aber daran, im Interesse einer guten Sache — eingehend festzulegen, wobei es mir bei der Lorenz'schen Methode vor Allem anzukommen scheint, auf eine gewissenhafte und sorgfältige Beobachtung aller von Lorenz für die Retention und Nachbehandlung angegebenen Regeln. Wir sollen uns seine reichen Erfahrungen zu Nutze machen und nachprüfen ohne Vorbehalten und vorderhand ohne Modifikationen. Ich bin der festen Ansicht, dass ich in den von mir behandelten Fällen allein diesen Grundsätzen den günstigen Erfolg verdanke.

Ich schliesse mit den Worten von Lorenz, die auch meine Ueberzeugung wiedergeben: »Dass die Methode der unblutigen Einrenkung und funktionellen Belastung des eingerenkten Gelenks mit dem Körpergewicht berufen ist, den ersten Platz in der Therapie der angeborenen Hüftverrenkung einzunehmen; denn diese Methode vereinigt, rechtzeitig angewendet, die Unmittelbarkeit und Sicherheit des chirurgischen Erfolges mit der Gefahrlosigkeit der mechanischen Behandlung, ohne die sonstigen Mängel dieser letzteren zu theilen.«

Aus dem Vereinsleben.

Ausserordentliche Sitzung des Aerztlichen Kreisvereins Konstanz am 6. März 1902.

Anwesend sind die Herren Fleisch-Reichenau, Ambros-Pfullendorf, Stadler-Singen, Flaig-Engen, Kautzmann-Ueberlingen, Müller-Meersburg, Werner-Thengen, Schenk-Volkertshausen, Rothschild-Randegg, Mader-Radolfzell, Mayer-Messkirch, Strobel, Leube, Vischer, Weisschedel, Kugler, Dold, Brugger, Kappeler und Seiz-Konstanz.

Die beiden in Nr. 24 dieses Blattes vom 31. Dezember 1901 Seitens des Ausschusses der Aerzte gestellten Fragen stehen zur Berathung, und wird beschlossen:

1. Eine ärztliche Taxe für Baden wird gewünscht, und zwar eine Minimal- und Maximaltaxe nach dem Vorbilde der neuen preussischen respektive bayerischen Taxe.
2. Desgleichen wird eine ärztliche Standesordnung für Baden gewünscht unter zeitgemässer Organisation des Vereinslebens (eventuell Zwangsorganisation) mit gleichzeitiger Uebertragung der Jurisdiktion an die Vereine. Dabei ist aber Voraussetzung, dass der Entwurf zu dieser Neuordnung den ärztlichen Kreisvereinen zur Berathung und Stellungnahme vorgelegt wird.

Ausserhalb der Tagesordnung wurde sodann von verschiedenen Seiten lebhaft Klage geführt über unberechtigte und zum Theil taktlose Eingriffe in die privatärztliche Thätigkeit (Atteste und Anderes) Seitens mancher Behörden, Berufsgenossenschaften, Bezirksärzte und Andere.

Die Herren Stadler und Schenk werden beauftragt, das bezügliche Material zu sammeln und der ordentlichen Frühjahrsversammlung vorzulegen.

Endlich wird die neueste Verordnung beziehungsweise Anzeigepflicht vorgeschrittener Fälle von Lungen- und Kehlkopftuberkulose erörtert; dies Thema veranlasst eine äusserst lebhaft Diskussion, und werden zahlreiche Bedenken sowohl im Interesse des Publikums wie der Aerzte laut. Vor Allem wird verlangt, dass sämtliche Desinfektionsunkosten auf Gemeinde, Kreis oder Staat zu übertragen seien. Auf Grund der inzwischen zu sammelnden tatsächlichen Erfahrungen soll das Thema unter die Traktanden der nächsten Versammlungen aufgenommen werden. Dr. Seiz, z. Zt. Schriftführer.

Aerztlicher Kreisverein Mannheim-Heidelberg.

Sitzung am 13. März 1902 in Heidelberg.

Anwesend 36 Mitglieder.

Vor der Tagesordnung macht der Schriftführer bekannt, dass auf Kosten des Vereins die Schrift von Dr. C. Reissig: »Medizinische Wissenschaft und Kurpfuscherei« angeschafft worden ist und jedem Mitglied kostenlos zugeschickt werden wird.

Der erneuten Aufforderung zum Beitritt zum Leipziger Verband durch Dr. Wegerle leisten wieder mehrere Kollegen Folge.

I. Ueber den ersten Punkt der Tagesordnung: Die Einführung einer ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung in Baden referirt ausführlich Herr Medizinalrath Dr. Lindmann-Mannheim.

Der Referent kommt zu folgenden Thesen:

1. eine Organisation mit zwangswaisem Beitritt der Aerzte nach Art der sächsischen ist nicht wünschenswerth;
2. es ist nöthig, dass die jetzige Art der Handhabung der Disziplin unter den Aerzten Badens geändert wird. Es empfiehlt sich, dass eine Anzahl von Disziplinarkammern durch die Aerzte gewählt werden, die über sämtliche Aerzte des betreffenden Bezirks die Jurisdiktion ausüben. Als Muster kann die preussische Ehrengerichtsordnung gelten. Eine Appellinstanz ist nöthig;
3. der Aerztliche Ausschuss soll im Benehmen mit den Vereinen eine Standesordnung entwerfen, die als Normalstatut dienen soll.

Die Sätze des Referenten finden allseitig und ohne jeden Widerspruch Beifall, und die Versammlung beauftragt die beiden Mitglieder des Ausschusses, Herrn Medizinalrath Dr. Lindmann-Mannheim und Herrn Medizinalrath Dr. Stockert-Heidelberg, in dieser Richtung bei den Verhandlungen im Ausschusse ihren Einfluss geltend zu machen.

II. Ueber die Einführung einer ärztlichen Gebührenordnung in Baden berichtet kurz Dr. Wegerle-Mannheim im Anschluss an das ausführliche Gutachten des Herrn Medizinalrath Dr. Kugler in Nr. 2 der »Aerztlichen Mittheilungen«. Er empfiehlt warm die Einführung einer Gebührentaxe, und die Versammlung beschliesst einstimmig in diesem Sinne.

Der Vorstand

Verschiedenes.

Ueber die Frage der **Einführung einer Taxe für ärztliche Verrichtungen**, sowie einer **gesetzlichen Ehrengerichts- und Standesordnung** mit eventueller gleichzeitiger gesetzlicher Vereinsorganisation, hat der Vorstand des Aerztlichen Kreisvereins Karlsruhe unter den Mitgliedern des Vereins eine schriftliche Abstimmung mittels Fragekarte veranstaltet. Das Ergebniss dieser Abstimmung, welches auch weitere ärztliche Kreise interessiren dürfte, ist Folgendes:

Von 138 befragten Vereinsangehörigen stimmten ab 127. Davon erklärten sich für Einführung einer Taxe für ärztliche Verrichtungen 125; für eine gesetzliche Ehrengerichts- und Standesordnung 119, dagegen 8; für gleichzeitige gesetzliche Vereinsorganisation stimmten 110.

Diese Abstimmung, welche ohne irgend eine Beeinflussung zu Stande gekommen und auf welche der Einwand, dass die Gegner der geplanten gesetzlichen Maassnahmen nicht

genügend zu Worte gekommen, nicht zutrifft, liefert einen Beweis für die Stimmung eines grösseren Aerztekreises in Stadt und Land, welcher an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt. Schon die aussergewöhnlich starke Betheiligung an der Abstimmung zeigt, welche reges Interesse Seitens der Aerzteschaft den vorliegenden Fragen entgegengebracht wird; die Thatsache aber, dass von 127 nur 8, also nicht ganz 7 Prozent, sich als Gegner einer gesetzlichen Ehrengerichts- und Standesordnung erklärten, beweist die Nothwendigkeit derselben mehr als alle theoretischen Auseinandersetzungen. Es ist wohl anzunehmen, dass auch die massgebenden Kreise die Bedeutung und Beweiskraft dieser Abstimmung anerkennen, der ein weit grösserer innerer Werth beizumessen ist, als den oft nur von einer kleinen Minderheit der Vereinsmitglieder gefassten Versammlungsbeschlüssen, bei denen die Autorität einzelner Persönlichkeiten oft als ausschlaggebend in die Wagschale fällt. — B.

Bad Antogast.

500 Meter über dem Meere.

Bahnstation Oppenau.

Mineralbad und Luftkurort im badischen Schwarzwald.

In prachtvollster, geschützter Lage, inmitten ausgedehnter Tannenwäldungen mit zahlreichen, wohlgepflegten, bequemen Promenadewegen. Ozonreiche, staubfreie Gebirgsluft. Die altberühmten Eisen-, Magnesia- und Natron-Säuerlinge, Vichy und Wildungen ebenbürtig, und welche sich durch den scharf hervortretenden Gehalt an doppelt-kohlensaurem Natron und Magnesia von den Quellen der Nachbarbäder wesentlich unterscheiden, sind ihrer Leichtverdaulichkeit wegen von ersten medicinischen Autoritäten empfohlen und mit bestem Erfolge angewandt gegen: Chronische Katarrhe des Magens und seiner Adnexe; ferner bei: Hämorrhoidal-leiden, chron. Erkrankungen der Nieren und der Blase, Anschoppung der Leber, Gelbsucht, Gallensteinen. Ferner: Bleichsucht und Blutharnuth und darauf beruhenden Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit krankhaften Ausscheidungen und Ausflüssen nebst den daraus folgenden nervösen Störungen. Vorzüglichster Platz für Reconvalescenten. Diätetische Kuren nach Dr. Wiel für Magen- und Nierenleidende. Bäder jeder Art. Pension. Kath. und evangl. Gottesdienst. Jagd. Forellenfischerei.

Prospecte durch Badearzt Dr. Merk, sowie den Eigenthümer

532]3.1

Max Huber.

— Mineralwasser-Versandt im letzten Jahre: 105 000 Flaschen. —

Hôtel und Kurhaus Doniswald

Königsfeld, bad. Schwarzwald,
763 M. ü. M.,

in schönster Lage des Ortes, im Schweizerstil gebaut, unmittelbar am Tannenhochwald; 56 comfortable Fremdenzimmer mit 90 Betten, Balkons, schöne Gesellschaftsräume; Gartenanlagen, Waldhalle, Lawn-Tennis- und Croquetspielplatz; Fuhrwerk. Sommer- und Winterkur, Centralheizung, Linoleumbelag; Post, Telegraph. Telephon Nr. 3.

Prospecte durch die Verwaltung.

530]5.1

Herr Professor Dr. Kussmaul in Heidelberg äusserte sich über das Franz Josef-Bitterwasser, dass dasselbe »schon in kleinen Gaben wirksam und nicht unangenehm zu nehmen sei«.

<p>MATTONI'S GISSHÜBLER natürlicher alkalischer SAUERBRUNN</p>	<p>Bestes diätetisches und Erfrischungs-Getränk, bewährt in allen Krankheiten der Athmungs- u. Verdauungsorgane, bei Gicht, Magen- u. Blasenkatarrh. Vorzüglich für Kinder u. Reconvalescenten.</p>	<p>Kur- und Wasserheil-Anstalt Giesshübl Sauerbrunn bei Karlsbad. Trink- und Badeskuren. Klimatischer u. Nachkurort.</p>
<p>Heinrich Mattoni in Giesshübl Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest. 498]12.4</p>		

Sanatorium Schloss Hornegg

Station Gundelsheim a. Neckar. Linie Heidelberg-Heilbronn.
 Leit. Arzt: **Dr. Römhild.**

Speziell eingerichtet für Ernährungstherapie. Wasserheilverfahren. Elektrotherapie. Massage. Gymnastik. Soolebadstation. Herrliche, ruhige Lage mit ausgedehnten Waldungen. Das ganze Jahr geöffnet. Prospekte. 520]18.1

Sanatorium Gut Waldhof

für nervenranke Damen und Erholungsbedürftige,
Littenweiler bei Freiburg i. B. (Höllenthalbahn).

Das ganze Jahr besucht. — Prospekte.

Besitzer und Leiter: **Dr. Ernst Beyer**, früher langjähriger Assistent des Herrn Professor Fürstner-Strassburg und Professor Kraepelin-Heidelberg. 515]12.3

<p>Villa Luisenheim</p>	<p>St. Blasien</p>	<p>Badischer Schwarzwald 772 m über dem Meer.</p>
<p>Sanatorium für Erkrankungen des Stoffwechsels, Magendarmkanals und Nervensystems. — Diätikuren, Hydrotherapie, Electrotherapie etc. Lungen- und Geistesranke ausgeschlossen.</p>		
<p style="text-align: center;">Dr. Determann und Dr. van Oordt, Leitende Aerzte.</p>		
<p style="text-align: center;">— Das ganze Jahr geöffnet. — 484]12.7</p>		

Notiz für die Herren Impfärzte!

Den Herren Impfärzten empfehlen wir unser Lager **aller** zum

Impfgeschäfte nöthigen Formulare.

Karlsruhe. Malsch & Vogel, Buchdruckerei und Verlagsbuchhandlung.



Sanatorium St. Blasien

im südi. badischen Schwarzwald.

Heilanstalt für Lungenkranke.

800 Meter ü. M.

486]12.12

Aerztlicher Leiter: **Dr. med. Albert Sander.**

In völlig geschützter, herrlicher Lage, umgeben von grossen Tannenwäldern, Waldliegehallen, Glashallen, Glasveranden etc. Modernste Einrichtungen verbunden mit grösstem Komfort. Elektrische Beleuchtung. Centralheizung. Lift. Sommer und Winter gleich gute Erfolge. Näheres durch die Prospekte.

„Bromwasser von Dr. A. Erlenmeyer“

Empfohlen bei **Nervenleiden** und einzelnen **nervösen Krankheitserscheinungen**. Seit 16 Jahren erprobt. Mit Wasser einer **kohlensauren Mineralquelle** hergestellt und dadurch für Verdauung und Stoffwechsel besonders bevorzugt. In den Handlungen natürlicher Mineralwässer und in den Apotheken zu haben.

Bendorf am Rhein.

Dr. Carbach & Cie.

494]24.7

Aerztliche Praxis,

Vertretungen, Assistenzen, Heil- und Kuranstalten vermittelt streng reell und diskret das Süddeutsche Bureau **»Aesculap«**, Würzburg, Maistrasse 10. 500]24.7

Gicht

Bad Salzschlirf Bonifacius-Brunnen.

512]20.5

Rheumatismus, Steinleiden.

Prospecte, ein Heft Heilerfolge und Gebrauchsanweisung zur Trinkkur, welche, ohne das Bad zu besuchen und ohne Berufsstörung in der Heimath der Patienten, mit **grossem Erfolg** vorgenommen werden kann, werden kostenfrei versandt durch die **Bade-Verwaltung**.

Heilanstalt Kennenburg bei Esslingen,

489]24.10

Württemberg,

für psychisch Kranke weiblichen Geschlechts.

Prospecte franco durch die Direktion.

Dr. Krauss.

Besitzer und Leiter: Hofrath **Dr. Landerer.**

Für Aerzte von besonderer Bedeutung!
„THE PERFECTION“ GOLD FOUNTAIN PEN.



480]24.15

Taschen-Füllfederhalter mit Tinte gefüllt.

Die praktischste und beste Goldfüllfeder.

14 karätige Goldfeder mit Diamantspitze, garantiert haltbar für 10 Jahre.

Doppelte Tintenleitung führt die Tinte gleichmässig der Feder zu; immer schreibfertig; schreibt sofort, wenn die Feder angesetzt wird, ohne Kleckse. „THE PERFECTION“ schreibt elastisch, elegant, gleitet sanft auf dem Papier entlang. Wer mit dieser Feder schreibt, rührt nie mehr eine Stahlfeder an. Eine „PERFECTION PEN“ hält 10 Jahre, Stahlfedern werden fortwährend erneuert.

„The Perfection Pen“ steht einzig und allein da, als

☞ **die beste Goldfüllfeder der Welt.** ☜

Jede Feder ist garantiert für 10 Jahre.

Der Preis ist 6 Mark.

Bedeutend besser als diejenigen, welche mit 10 und 15 Mark verkauft werden.

Gegen Einsendung von 6 Mark
per Postanweisung, Banknote oder Reichspostmarken
sofort franko ins Haus gesandt
von der Fabrik

E. NEWBORGH & CO., 46 Southampton Buildings, London, W.C.

„The Globe“-Füllfeder in anderer Ausstattung kostet nur 3,50 Mark franko.

Baden-Baden.

495]24.7

Sanatorium Dr. Paul Ebers

für innere und Nervenkrankhe.

Das ganze Jahr geöffnet. — Näheres durch den Prospekt.

Dr. P. Ebers.

Heidelberg

Heilanstalt für Hautkranke
in schönster Lage. Grosser Garten. Comfortable Einrichtung. Prospekte frei.

Dr. A. Sack. 509]28.5

Homburg v. d. H.

513]22.5

Sanatorium Villa Clara Emilia.

Kuranstalt für Magen- und Darmkrankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen.

Erstklassiger Comfort.

Das ganze Jahr geöffnet.

Besitzer und ärztlicher Leiter: **Dr. Curt Pariser.**

Oeffentl. Chemisches Laboratorium Freiburg i. Br.

Vorstand: **Dr. Otto Korn**, approb. Nahrungsmittelchemiker.

506]12.6

Mikroskopische, bakteriologische und chemische Untersuchungen (Harn, Sputum etc.)

SCHLOSS MARBACH a. Bodensee

Vornehme, bewährte Heilanstalt für Herz- und Nervenleidende. Wechselstrombehandlung. Eigenartige Untersuchung Roentgen-Institut. — Drei Aerzte, kleine Patientenzahl. Sommer und Winter geöffnet. Ausführl. Prospekt und Auskunft durch die Verwaltung.

525]24.2

Sanatorium Quisisana Baden-Baden

Für interne und Nervenkrankheiten: Für Frauenleiden u. chirurg. B.-kr.:
Hofr. Dr. A. Obkircher, Gr. Badearzt. Med.-R. Dr. J. Baumgärtner.
Dr. C. Becker, Hausarzt. Dr. Heh. Baumgärtner.

Auskunft und Prospekte durch die Oberin und die Aerzte.

Das ganze Jahr geöffnet.

521]20.3

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden.

Das ganze Jahr geöffnet. Drei Aerzte.

Auskunft und Prospekte durch

Medicinalrath Dr. A. Frey und Dr. W. H. Gilbert.

510]22.5

Dr. Wollermann's Bruchheilanstalt Frankfurt a. M.

Bürgerstrasse 94.

Behandlung von Hernien aller Art ohne Operation
mittelst der Injektionsmethode.

Beste Erfolge. Anerkennungen von Collegen und Behörden. Näheres durch Prospekte.

519]24.3

Besitzer Dr. med. Wollermann, Arzt.

Sanatorium Dr. A. Stützle, Mergentheim.

Speziell eingerichtet für

526]10.2

Ernährungstherapie (Diätikuren), Wasserheilverfahren u. Heissluftbehandlung.

Mitglieder der Grossh. Eisenbahn- und Dampfschiffahrtsbetriebskrankenkasse können jederzeit auf Antrag der Herren Kassenärzte aufgenommen werden auf Kosten der Kasse.

Nordsee-Insel Wangeroog.

Herrlicher Strand mit kräftigem Wellenschlag.

Prospekte durch die Badekommission.

529]6.1

 Das einzige, angenehm zu nehmende natürliche Abführmittel ist die

Franz Josef-Bitterquelle

seit mehr als 25 Jahren als die beste ihrer Art anerkannt.

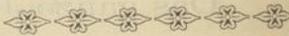
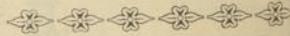
10 GOLDENE MEDAILLEN

der grössten Ausstellungen der Neuzeit.

Allerhöchste Genehmigung zur Führung des Namens Sr. Majestät.

Bewilligung zur Führung der heiligen Stefanskrone.

Analyse-Tabelle des „Franz Josef-Bitterwassers“:

Chemische Bestandtheile	1000 Gewichtstheile Wasser enthalten in Gramm:	 Heilanzeigen:
Schwefelsaures Magnesia	24.651	Verstopfung und deren Folgeübel, Blutstauung im Unterleibe, Hämorrhoiden, Leberanschopfung, Gallensteine, Magen- und Darmkatarrh, Fettleibigkeit, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.
" Natron	24.064	
" Kali	1.851	
Dopp. Kohlensaures Natron	1.534	
Chlormagnesium	1.673	
Eisenoxyd	0.003	
Thonerde	0.003	
Kieselsäure	0.012	
Summa	53.791	
Freie und halbgebundene Kohlensäure .	1.053	

Das „Franz Josef-Bitterwasser“
ist in allen Mineralwasser-Handlungen erhältlich.

Wegen Proben und Literatur wende man sich an

Bahm & Bassler, Karlsruhe.

Die Direction in BUDAPEST.

528]6.1