

Der zweite Kranke, Paul Pfund aus Niedergittersee, 12 Jahr, zog sich am 6. Juli durch Sturz von einem Zaun herab auf die ulnare Seite des linken Vorderarmes eine Luxation desselben nach außen zu, die am folgenden Tage außerhalb der poliklinischen Sprechstunde im hiesigen Kinderhospital von den Assistenten der Anstalt ohne Schwierigkeit in Narose reponirt wurde. Eine Absprennung des Epikondylus, obwohl nach der früheren Erfahrung natürlich mit besonderer Sorgfalt darnach gesucht wurde, ließ sich nicht constatiren. Die Bewegungen nach der Reposition schienen vollkommen glatt zu sein. — Als ich 14 Tage später den Kranken zum ersten Male sah, veranlaßte mich die sehr erhebliche Funktionsstörung und der heftige Druckschmerz in der Gegend des Epikond. int., den Kranken nochmals in Narose zu untersuchen. Ich constatirte folgenden Befund: Supination und Pronation völlig frei, Radiusköpfchen an normaler Stelle unter dem ebenfalls normalen Epikond. ext. Flexion erfolgt in beschränkter Ausdehnung völlig glatt. Extendirt man dagegen, so findet man, daß die Congruenz des Olekranon mit der Trochlea mehr und mehr aufhört, je weiter man die Extension treibt. Das Olekranon scheint mit seiner medialen Seite über einen unter normalen Verhältnissen nicht wahrnehmbaren Knochenvorsprung wegzugleiten und durch denselben von der Trochlea abgehoben zu werden. Bei weiterer Extension tritt eine nicht zu überwindende Hemmung ein, die den Arm einen Winkel von 140° nicht überschreiten läßt, während an dem normalen rechten Arm eher eine Ueberstreckung möglich ist. Das Gelenk klappt bei dieser Bewegung an der Innenseite etwas auseinander, so daß der ganze Vorderarm leicht radialwärts eingeknickt wird. Leichte Adhäsionen im Gelenk geben bei Bewegungen unter deutlicher Crepitation nach. Die Stelle des Epikond. int. ist auch in diesem Falle leer, die ganze innere Gelenkgegend deutlich abgeflacht.

Ich halte es für sicher, daß auch in diesem Falle eine Interposition des Epikond. int. vorliegt, und finde meine Annahme vorläufig dadurch bestätigt, daß die Function des verletzten Gelenks inzwischen zusehends schlechter geworden ist, obwohl der Kranke zunächst mit fixirenden Verbänden, dann mit passiven Bewegungen, Massage u. behandelt wurde.

Der kurzen epikritischen Besprechung des klinischen Verhaltens der von mir beobachteten Fälle schicke ich die Bemerkung voraus, daß es mir in erster Linie darauf ankommt, die auffallenden und, wie es scheint, durchaus typischen Erscheinungen zu schildern, welche der abgesprengte und im Gelenk zurückgebliebene Epikondylus im weiteren Krankheitsverlauf hervorruft, während ich die Symptome der frischen Verletzungen nur gelegentlich berühre.

In allen drei Fällen mußte bei der Untersuchung zunächst die Abflachung der inneren Gelenkgegend auffallen. Dieselbe war so gut erkennbar, daß ich in einem Falle den Versuch gemacht habe, die charakteristische Veränderung in dem Aussehen des Gelenks durch eine Photographie festzuhalten, die, wenn auch nicht vollständig gelungen, doch diese Erscheinung ziemlich deutlich wiedergiebt. Leider gestatten es äußere Verhältnisse nicht, dieselbe hier zu reproduciren. — Die weitere Untersuchung lehrte, daß ein Erguß im Gelenk nicht bestand; die Gelenkkapsel war dem Gefühl nach unverändert. Die Pro- und Supinationsbewegungen waren nicht behindert und bei denselben die Bewegung des Radiusköpfchen an normaler Stelle unter dem