XVI.

AUS DEM MEDIKO-MECHANISCHEN ZANDER-INSTITUT IN HANNOVER.

Über Luxatio subacromialis inveterata.

Von

Dr. Ferdinand Bähr.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Verrenkungen des Schultergelenkes nach hinten sind im allgemeinen spärlich und dürften nach Hinzurechnung aller bekannt gewordenen Fälle seit Malgaigne's grundlegenden Arbeiten noch weit nicht annähernd 100 erreichen. Von veralteten Fällen bei Erwachsenen habe ich nur die zwei von Malgaigne mitgeteilten ausfindig machen können. Ein besonderer Grund für die Veröffentlichung des nachfolgenden Falles liegt für mich darin, dass wir meines Wissens noch keine Röntgendarstellung einer solchen Beobachtung haben, und in dem gleichzeitigen Vorkommen einer sogenannten Geburtslähmung mit hinterer Luxationsstellung des Kopfes, welche einen Vergleich nahelegt.

H. H., 55 Jahre alt, Vorarbeiter, wurde am 12. Februar 1909 durch ein umfallendes Stapel Säcke verschüttet. Es ist anzunehmen, dass die Säcke von vorne gegen ihn gefallen sind. Nach dem vorliegenden Atteste handelte es sich um „eine Verrenkung der rechten Schulter nach hinten, starke Weichteilquetschung“. Die Reposition erfolgte etwa eine Stunde nach dem Ereignis ohne Narkose. Nach ca. sechs Wochen wurde eine Durchleuchtung in einer chirurgischen Klinik vorgenommen, welche den Oberarmkopf in der Gelenkpfanne an der richtigen Stelle stehend erscheinen liess. Der Chirurg soll dabei nur das Röntgenbild gesehen haben. Eine einige Wochen später ebendasselbst vorgenommene Untersuchung ergab die noch bestehende Verrenkung. Es zeigte sich, „dass der Oberarmkopf aus dem durch den Unfall hervorgerufenen Kapselriss wieder ausgetreten war. Eine Reposition war nicht mehr möglich“.

Status am 18. Januar 1911. Grosser kräftiger Mann.

Die rechte Schulter steht höher. Das Schlüsselbein steigt steiler an, so dass die Entfernung seiner Extremitas acromialis vom Halse rechts 8,0, links 11,0 cm beträgt. Der Oberarm liegt der Körperseite wie beim natürlichen Herabhängen an. Berücksichtigt man aber, dass die Skapula mit ihrer

sagittalen Achse unten erheblich nach aussen abweicht, so ist der Arm stark adduziert. Hinten wölbt sich an der Schulter ein halbbapfelgrosser Tumor vor mit einer Basis mit einem Durchmesser von 5—6 cm. Bei Betrachtung von der Seite weist der Schaft des Oberarmes auf die Mitte dieser Kugel hin, ist also oben nach hinten gelagert. Der Oberarm zeigt eine scheinbare Verkürzung von 1,2 cm, gemessen vom Akromion bis zum Humero-radialgelenk. Die links sehr deutliche Wölbung des Kopfes auf der Vorderseite des Gelenkes fehlt rechts.

Der Arm kann nach vorn um 60° , nach aussen nur in geringem Grade erhoben werden. Bei rechtwinkelig gebeugtem Vorderarm fehlen an der Sagittalstellung desselben 15° , und von dieser Stellung aus ist nur eine Innenrotation von 35° möglich. Passiv ist die Beweglichkeit kaum besser. Vom Deltamuskel ist die in der Gegend des Acromioclaviculargelenkes entspringende Partie relativ gut erhalten, sie tritt aus dem Niveau der vorderen Schulterkontur heraus, so dass zu beiden Seiten sich Einsenkungen markieren; die seitliche rein akromiale Portion ist völlig atrophisch, ebenso die skapulare. Mässige Atrophie des Infraspinatus. Oberarmumfang rechts 25,0, links 28,0, Vorderarmumfang beiderseits 27,0 cm.

Fig. 1.

Das Röntgenbild ergibt bei der Durchleuchtung von vorne nach hinten derartige Lagebeziehungen, dass man bei einer flüchtigen Betrachtung annehmen kann, der Kopf stehe richtig, ein Irrtum, der mir vielleicht hätte auch passieren können ohne Vergleichsobjekt. Normal steht allerdings der obere Kopfrand mit dem oberen Rand des Cavitas glenoidalis fast in gleicher Höhe. Auch fängt die Kopfrundung mindestens am unteren Rande der Cavitas an. Betrachtet man daraufhin das Röntgenbild, so ergibt sich, dass der Kopf in die Höhe geschoben ist. Aber ausser dieser Verschiebung ist am Gelenk selbst wenig von einer pathologischen Stellung zu erkennen. Dagegen fehlt die Überdachung des Gelenkes durch den Schultergürtel von oben. Indes sind gerade diese Verhältnisse individuell so verschieden, dass ein Schluss auf Grund des Röntgenbildes allein nicht immer zulässig ist.

Es liegen in unserem Falle noch Nebenverletzungen vor. Ein abgesprengtes Stück liegt oben am inneren Kopfpol. Ein Knochenschatten liegt schräg unten vom Kopf zur Cavitas herüber, leicht keilförmig. Über die Herkunft dieser Knochenschatten, über sonstige geringere Abweichungen möchte ich mich jeglichen Urteiles enthalten, da die Betrachtungen darüber zwei Jahre nach der Verletzung kaum vom Wert sein dürften.

Therapeutisch bietet der Fall kein Interesse. Der Verletzte bezieht eine durch schiedsgerichtliches Urteil festgelegte Rente von 50%, verdient seinen

früheren Lohn, seine subjektive Anteilnahme an einer Änderung der Lage ist keine grosse, er hat jeglichen Eingriff abgelehnt. Nach der ganzen Sachlage glaube ich, dass für einen etwaigen Eingriff nur eine Resektion des Kopfes in Frage kommen könnte. Die resezierten Fälle, die ich gesehen habe, haben auch für einen solchen Eingriff wenig Ermutigendes.

Wenn die anamnestischen Angaben zutreffend sind, müssen wir annehmen, dass eine Reluxation nach der Reposition eingetreten ist. Es wird von verschiedenen Autoren betont, dass die hintere Luxation leicht zum Rezidiv (zur habituellen Luxation) neigt, und bei der starken Verletzung des Gelenkes, wie sie hier vorliegt, war diese Möglichkeit wohl leicht gegeben.