20. Sammelbericht über Luxationen aus dem Jahre 1919.

Von

Dr. Bettmann,

Facharzt für orthop. Chirurgie, Leipzig.

(Eingegangen am 7. Mai 1920.)

I. Schlüsselbein.

1. Vogel, R., Ein Fall von totaler Luxation des l. Schlüsselbeins. Wien. klin. Wochenschrift Nr. 22. — 2. Peltessohn, Meniskluxation im r. Sternoklavikulargelenk durch Handgranatenwurf. Berliner Orthopädische Gesellschaft vom 27. X. 19. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. 1319.

Es sind bisher 10 Fälle von totaler Luxation des Schlüsselbeins bekannt geworden, bei welchen durchgehends das sternale Ende nach vorn, das akromiale nach hinten verrenkt war. In dem Vogelschen Falle war auch das sternale Ende nach hinten verlagert.

Peltessohn (2) entfernte in seinem Falle den Meniscus operativ.

II. Oberarm.

3. Moeltgen, Zur Nachbehandlung der Humerusluxation. Münch. med. Wochenschrift Nr. 13. — 4. Joseph, E., Operative Fesselung des Oberarmkopfs zur Verhütung der habituellen Schulterverrenkung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. — 5. Böhm, Zur Behandlung der habituellen Luxation des Schultergelenks. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. 951.

Zur Vermeidung von Versteifung bringt Moeltgen (3) Hakenbruchklammern am spitzwinklig gebeugten Ellenbogen an, der Oberarm wird stark abduziert. Der Verband findet seinen Gegenhalt an der gut gepolsterten Schulter, besonders an der Achselhöhle.

Joseph (4) baut bei habitueller Luxation ein Band in das Schultergelenk ein nach Art des Lig. teres. Er hatte guten Erfolg in einem Falle.

Böhm (5) warnt vor einer Arthrodese bei derartigen Fällen. Er bedient sich einer Konstruktion, die aus Kummert und Oberarmhülse besteht, beide durch ein dreiteiliges Schultergelenk verbunden. Die gefährlichen Bewegungen werden durch Anschläge behindert.

III. Unterarm.

6. Stern, Isolierte Luxation im unteren Radioulnargelenk. Bruns' Beitr. 117, Heft 2.

Die Luxation ist entweder direkt oder indirekt. Volar entsteht sie durch Dorsalflexion, forzierte Supination, durch Pronation bei fixiertem Unterarm und durch Supination bei fixierter Hand. In umgekehrter Weise entsteht die dorsale Luxation.

IV. Becken und Oberschenkel.

7. Hirschberg, Isolierte Luxation einer Beckenhälfte und Technik der Reposition. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. 904. — 8. Szenes, Blutige Reposition der Luxatio obturatoria. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 151, Heft 1 u. 2. — 9. Drüner, Einrenkung der Hüftgelenksluxation in Seitenlage. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43.

In dem Falle Hirschbergs (7) handelt es sich um eine seltene Verletzung. Nur der Bandapparat war gerissen, die Knochen des Beckenringes waren unverletzt. Es bestand ein weites Klaffen der Symphyse. Naht der Symphyse war ohne Erfolg. Gipschse mit Hakenbruchklammern vorn an der Symphyse brachte völligen Erfolg. Der Fall war erschwert durch Harnröhren- und Blasenverletzung.

An die blutige Reposition einer Luxatio obturatoria ging Szenes (8) 6½ Monate nach der Verletzung. Ausgang nicht ganz befriedigend, da er mit bindegewebiger Ankylose ausheilte.

Drüner (9) beschreibt ein besonderes Verfahren der Einrenkung in Seitenlage, wobei ein besonderer Lagerungsapparat notwendig ist.

V. Knie.

10. Schum, Unblutige Luxation im Kniegelenk mit Zerreißung der Arteria poplitea und nachfolgender Gasgangrän des Unterschenkels ohne äußere Wunden. Bruns' Beitr. 114, Heft 4. — 11. Lückcrath, Die habituelle Luxation der Kniescheibe. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 149, Heft 3 u. 4.

Der Schwere des Falles entsprechend mußte von Schum (10) die Exartikulation im Kniegelenk vorgenommen werden.

Die Arbeit Lückcraths (11) ist der Besprechung von 44 verschiedenen Verfahren gewidmet. Vorgezogen wurde das Verfahren von Ali Krogius. 9mal wurde so operiert, 5mal mit Erfolg. Die Operation soll möglichst frühzeitig vorgenommen werden, besonders bei angeborener Veranlagung des Leidens.

VI. Fuß.

12. Girgensohn-Riga, Zur Luxation im ersten Tarso-metatarsalgelenk. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 149, Heft 1 u. 2. — 13. Löffler, Über isolierte Kahnbeinverrenkungen des Fußes nebst kasuistischem Beitrag. Zeitschr. f. orthop. Chir. 38, Heft 1 u. 2.

Die Luxation im ersten Metatarsalgelenk entsteht meist durch direkte bedeutende Gewalt, meist Sturz vom Pferde und Hängebleiben im Steigbügel. Der Mittelfußknochen verrenkt nach jeder Richtung, meist nach dem Rücken zu. Bruch am ersten Keilbein ist nicht selten. Das Zurückbringen geschieht entweder blutig oder unblutig, gegebenenfalls mit Abtragung der Wurzel des ersten Mittelfußknochens oder Entfernung des ersten Keilbeines. Girgensohn (12) hatte guten Erfolg mit diesem Vorgehen.

Die isolierte Kahnbeinverrenkung des Fußes ist äußerst selten. Sie entsteht durch indirekte Gewalt. Löffler (13) nimmt das Zusammentreffen dreier nach verschiedener Richtung wirkender Kräfte an. Wenn Beugung und Streckung, Ein- und Auswärtskanten des Fußes über das physiologische Maß hinaus gesteigert wird. Hängenbleiben mit der Fußspitze, Fall nach hinten. Halten die Bandverbindungen, so kommt es zu einem Bruch, außerdem zur Verrenkung.

Die Krankheitszeichen sind Verkürzung des inneren Fußrandes, Varusstellung. Erkennung nur durch Röntgen einwandfrei möglich. Einrenkung durch gewaltsames Strecken des Fußes und durch Ein- und Auswärtsdrehen. Blutiges Vorgehen nur bei Weichteilzwischenlagerung. Im Gefolge arthritische Veränderungen, die zu dauernden Beschwerden Veranlassung geben können.