

XXXV.

Zur Kenntnis der Luxationen im Lisfranceschen Gelenk.

Von

Dr. V. Subbotitch in Belgrad, Serbien.

(Mit 3 Abbildungen.)

In Anbetracht der Seltenheit der Verrenkungen im Lisfranceschen Gelenk sei im nachfolgenden ein hierher gehöriger Fall mitgeteilt, in dem auch der Entstehungsmechanismus recht klar ist. Die Luxation konnte nicht reponiert werden; das funktionelle Resultat ist nichtsdestoweniger ein ganz hervorragend günstiges, wie durch eine über 3 jährige Beobachtungsdauer festgestellt ist.

Ein 50 Jahre alter Herr stieg aus einem 150 cm über dem Boden befindlichen Fenster rücklings, indem er die Arme auf die Fensterbrüstung stützte, mit gestreckten Beinen herab. Die linke Fußspitze berührte zuerst den Boden, wurde an denselben fest fixiert und in demselben Moment ließ der Herr die Arme los und schwang sich im Bogen über rechts um 180° herum. Sofort fühlte er intensive Schmerzen im linken Fuß und war nicht mehr imstande, auf denselben aufzutreten. Ich sah den Verletzten etwa 1 Stunde nach dem Unfall; es war noch keine beträchtlichere Schwellung da. Der linke Fuß erschien auffallend verbreitert, an seinem Innenrande sah man, entsprechend dem Lisfranceschen Gelenk, das Entocuneiforme deutlich vorspringen. Am Außenrande desselben Fußes bildete das Capitulum metatarsi V einen gut sichtbaren Vorsprung. Die seitliche Verschiebung aller Mittelfußknochen nach außen war sehr deutlich zu sehen. Die versuchte Reposition gelang nicht. — Radiographisch ließ sich konstatieren eine seitliche Luxation sämtlicher Mittelfußknochen nach außen mit Fraktur an der Basis des 2. Metatarsus. Der Verletzte wurde sofort narkotisiert (Chloroform) und ich versuchte neuerdings die Verrenkung einzurichten. Trotz wiederholter Versuche und vieler Mühe gelang mir dies nicht. Der größte Widerstand schien von der Verhakung des Capitulum metatarsi I zu kommen, und diese zu lösen gelang mir nicht. Mittlerweile stellte sich eine schon recht beträchtliche Schwell-

lung des Fußes ein, die dann später noch zunahm, so daß dieselbe am Ende des ersten Tages eine ganz bedeutende war.



Fig. 1.
Linker Fuß.

Zu einer sofortigen blutigen Reposition habe ich mich nicht entschließen können, weil ich in bezug auf das zu erwartende funktionelle Resultat nicht im klaren war. Nachdem der Fuß einige Tage hochgelegen und Eis appliziert wurde, fing ich bald mit Massage und passiven Bewegungen an. Am Ende der zweiten Woche ließ ich Gehversuche machen, welche anfangs ziemlich schmerzhaft waren. Die Schmerzen nahmen allmählich ab. In weiterer Folge wurden Stützapparate verschiedener Art gegeben, vom Verletzten aber immer wieder als unangenehm nach kurzer Zeit abgelegt. Auch Plattfüßeinlagen wies er nach kurzem Gebrauche zurück. Am besten befand er sich in einem gewöhnlichen starken Schnürschuh.

Der Fuß ist absolut weich, nirgends eine Spur von Steifheit in den Gelenken. Die Gehfähigkeit besserte sich immer mehr. Ein Jahr nach der Verletzung konnte der Verletzte auf ebenem Boden ohne Stock, ohne im geringsten zu hinken, ganz vorzüglich gehen. Auf holperigem Wege bekam er beim Gehen ohne Stock bald Schmerzen am Fußrücken, besonders vor dem Talus, doch besserte sich auch dies.

Der linke Fuß hat allmählich seine Wölbung verloren und ist ganz platt geworden. Am Fußrücken kann man jetzt (nach drei Jahren) einen kleinen Teil der Gelenkflächen der Metatarsalknochen fühlen, was ursprünglich nicht der Fall war. Diese Verschiebung hängt offenbar mit der Abflachung des Fußgewölbes, die sich allmählich ausbildete, zusammen.

Gegenwärtig (über drei Jahre nach der Verletzung) geht der Verletzte mit seiner nicht eingerichteten Luxation so gut, daß ich nicht behaupten könnte, er würde besser gehen, wenn man ihm einen blutigen Eingriff gemacht hätte.

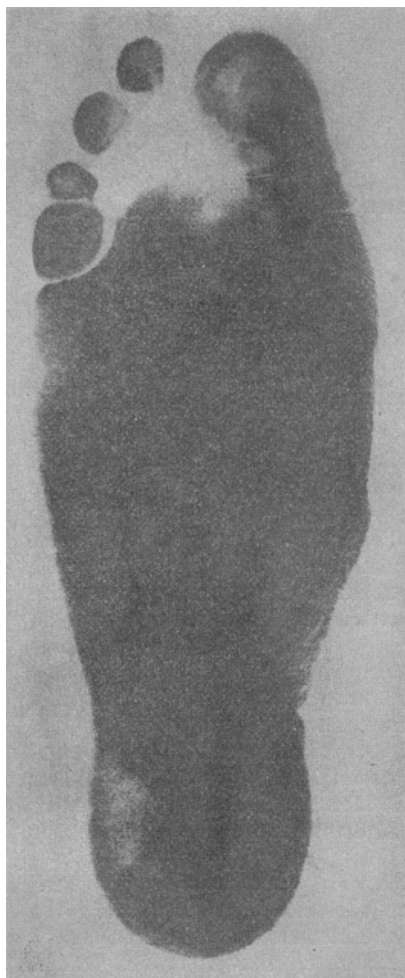


Fig. 2.

Totale laterale Luxation aller Mittelfußknochen
des linken Fußes nach außen. Fußabdruck
14 Monate nach der Verrenkung.



Fig. 3.

Rechter Fuß, normal.

Im übrigen, was die Würdigung derartiger Verletzungen anbelangt, verweise ich auf die Publikation von Josef Bayer, Köln.¹⁾ Die späteren Publikationen von L. v. Bonsdorff, A. Weischer und W. v. Brunn beziehen sich auf dorsale Luxationen.

1) Sammlung klinischer Vorträge. N. F., Nr. 372. Die Verrenkungen der Mittelfußknochen im Lisfranceschen Gelenk. 1904.