

XIV.

Kleinere Mittheilungen.

Zwei Luxationen des Fusses nach aussen.

Von

Dr. Georg Fischer

in Hannover.

Erster Fall. Ein 23-jähriger Schlossergeselle glitt Abends über eine lose im Wege liegende schmale Holzlatte aus und fiel in der Weise nieder, dass sein linkes Bein unter den Körper zu liegen kam. Beim Hervorziehen desselben sah er den Fuss verdreht. Die starken Schmerzen machten jedes Auftreten unmöglich. Nach einer halben Stunde wurde der Kranke ins Stadtkrankenhaus gebracht (10. August 1883).

Es bestand eine hochgradige Difformität. Am meisten fiel die Abduction des linken Fusses auf, welche so stark war, dass, wenn der Kranke mit gerade nach vorn gerichteter Kniescheibe auf dem Rücken lag, der ganze äussere Fussrand auf dem Bette auflag. Der Fuss war um 90^0 um seine verticale Axe nach aussen rotirt (Fig. 1). Sodann bestand Plantarflexion: die Fussspitze war in dem Grade gesenkt, dass die Längsaxen des Fusses und des Unterschenkels einen Winkel von 130^0 bildeten. Dagegen fehlte eine Rotation um die sagittale Axe: äusserer und innerer Fussrand waren weder gesenkt noch gehoben. Man sah bei der horizontalen Lage des Kranken nur die innere Seite des Fusses und die grosse Zehe, nichts von der Planta, nichts vom Dorsum, nur wenig von der zweiten Zehe. Ausserdem fiel es auf, dass der medianwärts gerichtete Haken des Fusses stark hervortrat und die Achillessehne sehr angespannt war. Eine Messung vom hinteren Rande des Malleolus int. bis zur Spitze des Hakens ergab am kranken Fusse 9 Cm., am gesunden 8 Cm. Der Fuss war also gleichzeitig etwas medianwärts verschoben. In Betreff der Knochencontouren bestand zunächst ein starkes Vorspringen des Malleolus int. gegen die Haut (a). Letztere war in ihrer Farbe unverändert, sehr

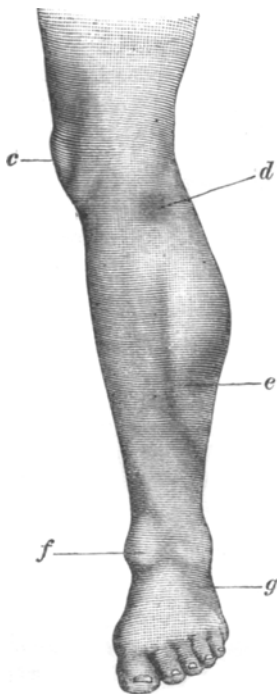
Fig. 1.



gespannt, liess aber keinen Durchbruch des Knochens befürchten. Vom Talus war nichts zu fühlen. An der lateralen Seite des Unterschenkels sprang ebenfalls der Knochen deutlich unter die Haut vor (*b*): aber nicht der Malleolus extern., sondern die für die Fibula bestimmte Gelenkfläche der Tibia. Erst wenn man mit dem Finger auf die Rückseite des Unterschenkels glitt, fühlte man als harten Körper den Malleolus ext. Etwa 5 Cm. über seiner Spitze wurde auf Druck Fracturschmerz empfunden; Crepitation fehlte. Die Fibula war also gebrochen und der mit dem Fuss verbundene Malleolus ext. nach hinten verschoben.

Legte man den Kranken auf die rechte Seite, so dass also die Knie- scheibe seitlich gerichtet war (*c*), dann stand der gesenkte Fuss gerade nach vorn: man übersah den ganzen Fussrücken und sämtliche nach vorn gerichtete Zehen (Fig. 2).

Fig. 2.



Von der gegen die Haut vorspringenden Gelenkfläche der Tibia (*f*) mit der Fibula zog sich eine seichte Vertiefung nach aussen und unten gegen den äusseren Fussrand hin (*g*). Am Unterschenkel fiel sehr deutlich eine schmale Längsfurche auf (*e*), welche etwa handbreit unter dem Fibulaköpfchen (*d*) begann und schräg nach unten verlief, um sich an der Rückfläche des Unterschenkels zu verlieren. Diese Furche entsprach dem Verlauf des *M. peroneus longus*. Die Anschwellung um das Sprunggelenk war beträchtlich: der Umfang um beide Malleolen betrug am kranken Bein 28 Cm., am gesunden 25 Cm. Blutunterlaufungen fehlten. Jede Bewegung des Fusses war sehr schmerzhaft.

Die Reposition der Luxation gelang in der Narkose bei gleichzeitiger Beugung im Hüft- und Kniegelenk ausserordentlich leicht. Während ich den Fuss gelinde nach unten extendirte, gleichzeitig adducirte und der Assistent auf den Mall. ext. einen Druck nach vorn ausübte, stellten sich sogleich die normalen Contouren wieder her. Der Fuss wurde rechtwinkelig zum Unterschenkel gestellt, stark mit Watte gepolstert und ein Tripolithverband bis über das Knie gelegt. Der Kranke blieb schmerz- und fieberlos. Bei der Abnahme des Verbandes nach 14 Tagen war das Gelenk nur wenig geschwollen, auf Druck kaum

schmerzhaft; Tripolithverband. Nach 4 Wochen war über der Fibulafractur Callus zu fühlen; leichte Bewegungen im Sprunggelenk verursachten keinen Schmerz, Gypsverband. Als nach 6 Wochen der feste Verband definitiv entfernt wurde, war der Kranke sofort im Stande, ohne jede Unterstützung zu gehen, fast ohne zu hinken. Die Bewegungen des noch etwas geschwollenen Sprunggelenks waren ziemlich ergiebig und schmerzlos. Wenige Tage darauf wurde der Kranke entlassen; er ging bald zur Arbeit. Als er sich 3 Wochen später (2 Monate nach der Verletzung) wieder vorstellte, ging er ganz normal, ohne jeden Schmerz. Auch jetzt war der Umfang über

beiden Malleolen am linken Bein noch um 2 Cm. grösser, und in der gleichmässigen Schwellung waren die Contouren beider Malleolen, zumal des Mall. int. nicht so deutlich herauszufühlen, als am rechten Bein. Plantar- und Dorsalflexion im Sprunggelenk waren normal.

Für die Entstehung der Verletzung dürfte folgender Mechanismus der wahrscheinlichste sein. Durch Ausgleiten des Fusses über eine schmale Holzlatte entstand durch Abduction mit Erhebung des äusseren Fussrandes eine Fractur der Fibula. Indem nun beim Niederfallen des Kranken das gebrochene Glied unter den Körper zu liegen kam, wurde durch den Druck der Körperschwere der Fuss ganz nach aussen umgelegt, luxirt.

Bei der typischen Luxation des Fusses nach aussen ist der äussere Fussrand mehr oder weniger erhoben, der innere gesenkt, die Fussspitze nach aussen gedreht, der innere Knöchel tritt stark hervor, und die Fibula ist gebrochen. Uebereinstimmend mit diesen Veränderungen zeigte unser Fall eine Abduction des Fusses, das starke Vortreten des Malleolus int. und die Fractur der Fibula etwa 5 Cm. über der Spitze des Malleolus ext. mit Verschiebung desselben nach hinten. Eine Fractur am äussersten Ende des Malleolus int., sowie eine Längssplitterung an dem der Fibula zugekehrten Theil der Tibia, wie sie mitunter bei dieser Verletzung beobachtet sind, waren in unserem Falle nicht nachzuweisen. Dagegen zeichnet sich derselbe durch einige abweichende Symptome aus. 1. Durch den hohen Grad der Abduction des Fusses um 90°. 2. Es fehlte jede Rotation um die sagittale Axe: der äussere Fussrand war nicht erhoben, der innere nicht gesenkt. 3. Es war eine vermehrte Plantarflexion vorhanden: die Fussspitze war stark gesenkt. 4. Ein bisher nirgends erwähntes Symptom war die an der lateralen Seite des Unterschenkels, eine Hand breit unter dem Fibulaköpfchen beginnende, nach unten und hinten herabziehende Längsfurche. Ich glaube, dass dieselbe in Beziehung zum M. peroneus longus steht, welcher durch den Reiz des gebrochenen und nach hinten verschobenen Malleolus ext. sich contrahirt hatte. Derselbe besorgt bekanntlich vor Allem die Abduction des Fusses.

Was die Behandlung anbetrifft, so konnte, da keine Befürchtung eines Durchbruchs des Malleolus int. durch die Haut vorlag, sogleich nach der Reposition ein fester Verband mit guter Polsterung angelegt werden. Nach dem Vorschlage von Pott, dem Fuss die Stellung eines Klumpfusses zu geben, damit die Bänder an der inneren Seite des Fussgelenks ohne Verlängerung anheilen, empfiehlt man auch heutzutage noch bei der Luxation nach aussen den Fuss in adducirter Stellung zu bandagiren. Dass diese Stellung nicht unbedingt nöthig ist, zeigte schon Astley Cooper, welcher den Fuss gerade schienen liess. Auch in unserem Falle blieb der Fuss 6 Wochen lang, während welcher der feste Verband dreimal gewechselt wurde, rechtwinkelig zum Unterschenkel gestellt, und das Resultat war sehr günstig: der Kranke konnte sofort gut gehen.

Zweiter Fall. Bald darauf wurde ein 57jähriger, etwas schwächerer Arbeiter mit folgender Verletzung aufgenommen (27. October 1883). Durch Ueberfahrenwerden von einem schweren Lastwagen hatte das untere Ende der Tibia die Haut durchbrochen und stand mit sichtbarer Gelenkfläche medianwärts weit vor. Am Niveau der Gelenkfläche war der Mall. int. abgebrochen. Der Fuss war lateralwärts unter die Fibula verschoben, doch

so, dass die Richtung seiner Längsaxe unverändert blieb: der Fuss stand mit gesenkter Spitze gerade nach vorn. Eine Abduction desselben fehlte ganz; dagegen war der innere Fussrand gesenkt, der äussere erhoben. Der Mall. ext. war gebrochen. Die Einrenkung war leicht; Desinfection, Listerverband, Volkmann'sche Schiene. Die starke Quetschung des Unterschenkels führte jedoch rasch zu Verjauchung seiner Musculatur und zu Gangrän der Haut, so dass eine Amputation des Oberschenkels nöthig wurde, welche glücklich verlief.

Beide Verletzungen, von denen die eine mit einer grossen Wunde complicirt war, unterscheiden sich auffallend durch die Art der Difformität. Im ersten Falle bestand eine starke Abduction des Fusses mit Auswärtsdrehung der Fussspitze, ohne Rotation um die sagittale Axe. Im zweiten Falle fehlte jede Spur von Abduction des Fusses; dagegen war eine laterale Verschiebung desselben bei nach vorn gerichteter Fussspitze mit gleichzeitiger Rotation um die sagittale Axe vorhanden. Es fragt sich nun, ob man beide Verletzungen unter dieselbe Rubrik der Luxation des Fusses nach aussen bringen darf. Der zweite Fall verdient diesen Namen ohne Widerspruch, da die obere Gelenkfläche des Talus unter die Fibula hin, also nach aussen getreten war. Anders steht es um den ersten Fall.

Wirft man die Frage auf, welchen Namen unsere erste Verletzung verdient, so greift man in ein Chaos. Bis in die vierziger Jahre wurde dieselbe von deutschen Chirurgen überall als „Luxation des Fusses nach innen“ beschrieben, weil der Talus nach innen unter den Mall. int. abweicht. Dass dabei der Mall. ext. fast regelmässig brach, wusste man schon damals. Da warf Stromeyer diese Verletzung aus der Klasse der Luxationen hinaus in die der Fracturen, eben weil die Verrenkungen des Tibiotarsalgelenks fast stets mit Fracturen verbunden sind. Er erfand dafür das Wort „Verrenkungsbruch“ und nannte speciell unsere Verletzung „Fractur des unteren Endes der Fibula mit Luxation der Tibia nach innen und des Fusses nach aussen“. Dem allgemeinen Princip bei Bezeichnungen von Luxationen entgegen legte Stromeyer grösseren Werth auf die bei dieser Verletzung vorkommende Formveränderung und sprach daher von einer Luxation des Fusses nach aussen. Seitdem wandeln die deutschen Chirurgen verschiedene Wege. Einige gruppiren obige Verletzung als Verrenkungsbruch unter die Fracturen (Roser, König), Andere unter die Luxationen (Bardeleben, Pitha, Hueter). Hier wiederum mit einer gewissen Beschränkung, indem man den Verrenkungen des Fusses nach vorn und hinten als echte Luxationen die seitlichen Verrenkungen nach aussen und innen als Luxationen im uneigentlichen Sinne gegenüberstellt (Hueter). Die Verwirrung hört aber damit nicht auf. Was der Eine Luxation des Fusses nach innen nennt (Bardeleben), bezeichnen Andere als Luxation des Fusses nach aussen (Pitha, Lössen). Ja man nennt die Luxatio pedis externa auch Luxatio tibiae interna (Pitha). Gegenüber so vielen verschiedenen Auffassungen muss man Partei ergreifen. Stromeyer's Ausdruck Verrenkungsbruch war insofern geschickt gewählt, als damit eine Verletzung, bestehend aus Luxation und Fractur mit Einem Worte bezeichnet wird; der Schwerpunkt seines Wortes liegt im Bruch, um die Verletzung unter den Fracturen unterzubringen. Meiner Ansicht nach ist nun aber nicht der alltäglich vorkommende Bruch am unteren Ende der Fibula, son-

dern die Verrenkung das Wichtigste bei dieser Verletzung. Zunächst wegen der am meisten in die Augen springenden colossalen Difformität des Fusses. Und zweitens, weil für das Zustandekommen der Malleolenfractur und dieser seitlichen Luxation der Mechanismus derselbe ist, nur mit dem Unterschied, dass für letztere die Gewalt eine grössere sein muss. Mithin ist die Luxation die Hauptverletzung und die Bezeichnung „Bruchverrenkung“ wäre wohl passender gewesen als „Verrenkungsbruch“. Gleichviel darum, richtiger scheint es mir, jene combinirte Verletzung unter den Luxationen abzuhandeln. Wer denkt denn daran, eine Luxation des Oberarms nach innen und unten unter den Fracturen zu gruppieren, weil dabei fast immer das Tuberculum majus vom Humerus abgebrochen ist? — Was nun die zweite Frage anbetrifft, ob man in unserem Falle von einer Luxation nach innen oder nach aussen reden soll, so wähle ich letztere Bezeichnung. Es ist ja richtig, dass das Princip, nach welchem die Stellung der oberen Gelenkfläche des Talus für die Bezeichnung der Luxation ausschlaggebend sein muss, es verlangt, von einer Luxation nach innen zu reden, weil der Talus nach innen abweicht. Allein man werfe nur einen Blick auf die Abbildung, auf die um 90^0 nach aussen gedrehte Fussspitze, und ich meine, dass es in einem solchen Falle naturgemässer ist, die Luxation nach der enormen Difformität zu taufen, als nach dem Princip. Ich theile die Ansicht von Lossen (Verletzungen der unteren Extremitäten, Deutsche Chirurgie 1880), welcher ebenfalls jene Verletzung nicht als Fractur, sondern als Luxation und nicht als Luxation des Fusses nach innen, sondern als solche nach aussen abhandelt. Die grosse Difformität zwingt uns, auch diesen Fall als Luxation des Fusses nach aussen zu bezeichnen, will man nicht das, was man mit seinen Augen sieht, in eine unverständliche Sprache bringen. Dem Sprachgebrauch nach reden wir von einer Richtung nach aussen, mag nun der Fuss, wie im ersten Falle, um seine verticale Axe nach aussen gedreht, oder wie im zweiten Falle, in seiner Queraxe nach aussen verschoben sein.

Zur Unterscheidung beider Verletzungen könnte man die erste eine Rotationsluxation des Fusses nach aussen nennen. Es ist zu wünschen, dass auch andere Chirurgen bei dieser Frage den einfachsten Anschauungen huldigen, um endlich einmal aus der Verwirrung herauszukommen.