

# Über isolierte Luxation des Kahnbeines (am Fuß) nach unten.

Von

San.-Rat Dr. Gaugele.

(Aus der Orthopädischen Heilanstalt Zwickau i. S.)

Mit 3 Abbildungen im Text.

(Eingegangen am 22. April 1920.)

Während Brüche des Kahnbeines am Fuß verhältnismäßig häufig vorkommen, sind Luxationen dieses Fußwurzelknochens auch heute noch ein recht seltenes Krankheitsbild. Am seltensten sind die vollkommenen Luxationen, etwas häufiger Teilluxationen, am häufigsten die von Deutschländer sogenannten „Verrenkungsbrüche“.

In Band XIX der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie veröffentlichte ich einen Fall „Veraltete Subluxation des Os naviculare am Fuß“.

Es lag eigentlich eine nahezu vollkommene Luxation des Knochens nach innen (medial) vor, ohne deutlichen Bruch des Knochens oder der umgebenden Fußwurzelknochen. Inzwischen sind nur wenige weitere Mitteilungen dieser Verletzung bekannt geworden. Bezüglich der früheren Literatur verweise ich auf die Angaben meiner obigen Arbeit; ferner auf die Dissertation von Nippold: „Über die Verletzung des Os naviculare pedis“, Jena 1907. Die ausführlichste Zusammenstellung aller bisher bekannten Fälle finden wir bei Boeckel: „Des Luxations traumatiques du scaphoide tarsien en particulier des luxations doubles“ in Revue de Chirurgie 1910. Er hat alle Fälle zusammengetragen und über jeden Fall ein ausführliches Referat gegeben<sup>1)</sup>.

Nach der Art der Verrenkung spricht er von 1. Verrenkungen in den Kahnkeilbeingelenken (16 Fälle), 2. Verrenkungen im Kahn-Sprungbeingelenk (17 Fälle), 3. doppelten Verrenkungen, d. h. solchen, bei welchen die proximal und distal gelegenen Gelenkflächen des Kahnbeines aus ihren Verbindungen vollkommen gelöst sind.

---

<sup>1)</sup> Bei der Besprechung der (meistens deutschen) Autoren sind Boeckel verschiedene Übersetzungsfehler vorgekommen; so übersetzte er z. B. in meinem Fall Geschirrführer mit „marchand forain“; vor allem wirkte sinnstörend die Übersetzung meines „Trägers“ mit „compagnon“; es war ein eiserner Träger gemeint.

Die Richtung, in welcher bei der Verrenkung das Kahnbein seine Gelenkverbindung verlassen hat, ergibt ihm vier weitere Unterabteilungen: Verrenkungen nach oben, nach unten, nach außen (lateral) und nach innen (medial). Seine Zusammenstellung enthält 11 Fälle von Verrenkungen des Kahnbeines nach oben, 5 Fälle nach innen (darunter mein oben genannter), 1 Fall nach lateral (Linhart 1868 in der Wiener med. Presse Nr. 28) und endlich 1 Fall von Verrenkung nach unten von Thiem in „Monatsschrift für Unfallheilkunde Leipzig 1900). Ich habe die Literatur vor und nach Boeckel genau durchgegangen und konnte einen weiteren Fall von (vollkommener) Luxation des Kahnbeines nach unten nirgends finden; aus diesem Grunde dürfte die Veröffentlichung eines solchen ihre Berechtigung haben.

#### Krankengeschichte bei der Aufnahme in die Heilanstalt.

B. Albin, Maurer, 42 Jahre alt.

Während des Bauens stürzte B. 3 Meter hoch von einer Mauer herunter. Er schlug mit dem rechten Fuß auf einen am Boden stehenden Gerüstbock auf. Er konnte nicht mehr gehen und mußte weggetragen werden. Wie er mit dem Fuß auf den Gerüstbock aufgesprungen ist, kann er nicht mehr angeben.

Angaben: Ich kann nicht ordentlich auftreten, kann nicht lange stehen und noch weniger lange gehen. Es fehlt mir vor allem die Kraft im Vorderfuß.

Befund: Mittelgroßer, kräftig gebauter Mann, sonst gesund. Plattfußbildung beiderseits.

Rechter Fuß: Der Fuß zeigt sehr starke Plattfußbildung. Das Kahnbein ist nach innen und unten durchgetreten und ragt als Erhebung am inneren Fußrand vor. Auf dem Fußrücken fühlt man an Stelle des Kahnbeines eine deutliche Delle. Diese Delle ist auch zu sehen, wegen einer vorhandenen Schwellung jedoch weniger deutlich als zu fühlen. Am Unterschenkel und am Fuß ist Haut- und Tiefenschwellung vorhanden. Druckempfindlichkeit wird nicht angegeben.

Die Beweglichkeit ist im Fußgelenk wenig behindert, am stärksten noch die Supination (=  $\frac{1}{2}$  der Norm).

Die Muskulatur ist rechts schlaffer als links und auch noch abgemagert, die Abmagerung ist durch die Schwellung zum Teil verdeckt.

Der Gang ist stark hinkend, der Fuß wird schlecht abgerollt. Der Verletzte tritt hauptsächlich mit dem äußeren Fußrand auf.

Die aus diagnostischen Gründen aufgenommenen Röntgenbilder zeigen bei der Aufnahme von dorsal nach volar unscharfe Konturenzeichnung des Kahnbeines gegenüber den übrigen Knochen; ferner ragt das Kahnbein nach medial etwas stärker vor als normal. Die seitlichen Aufnahmen von außen und innen zeigen beide zwischen der distalen Gelenkfläche des Sprungbeines und der proximalen Gelenkfläche des Keilbeines eine breite Lücke. Das Kahnbein fehlt an seiner normalen Stelle und zeichnet sich im Schatten des Keilbeines scharf ab. Wie man sieht, hat die distale Gelenkfläche des Sprungbeines nahezu jede Berührung mit der Kahnbeinfläche verloren; die Keilbeingelenkfläche ist vollkommen aus ihrer Verbindung gelöst. Der Rücken des Kahnbeines liegt der proximalen Fläche des Keilbeines I schräg gegenüber.

Um den Unterschied zwischen einem normalen Bild und dem vorliegenden Röntgenbild deutlich zu machen, bringe ich zwei Pausen, die eine ist dem Atlas von Grashey entnommen, die zweite nach der vorliegenden Platte gezeichnet (s. Abb. 1, 2, 3).

Wie oben angegeben, ist nur ein einziger zweiter Fall berichtet, von Thiem in der Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. Es liegt nur ein ganz kurzes Referat seines Vortrages vor:

„Herr Thiem, Kottbus, zeigt das Röntgenbild vom Fuß eines Mannes, der durch direkte Gewalt, Auffallen von gefrorenen Erdschollen auf den Fuß, eine Verrenkung des Kahnbeines nach unten erlitt. Der Mann behielt namentlich im Chopartschen Gelenk

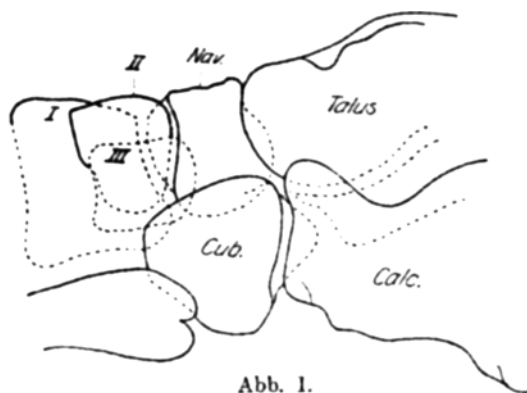


Abb. 1.

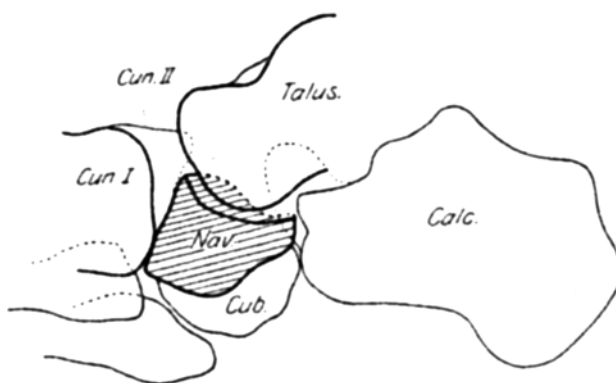


Abb. 2.



Abb. 3.

Bewegungsbeschränkungen zurück, so daß Hebungen und Senkungen der Fußränder fast aufgehoben waren, wegen Schmerzhaftigkeit beim Auftreten am inneren Fußrand trat er vorwiegend mit dem äußeren auf, wie das die vorgezeigten Fußabdrücke auch andeuten. Die operative Entfernung war nicht mehr möglich, als der Verletzte in die Behandlung des Vortragenden kam, es geschah dies erst vier Monate nach der Verletzung. Es wurden 25% Rente bewilligt.

Entstehungsmechanismus: Unser Patient weiß leider nicht mehr genau anzugeben, wie er mit dem Fuß auf dem Gerüstbock aufgesprungen ist. In dem Fall von Thiem liegt die Sache klar. Es handelt sich um eine direkte Gewalteinwirkung durch Fallen gefrorener Erdschollen auf den Fußrücken. Bei uns kann es sich nach dem Hergang des Unfalles nur um eine indirekte Gewalteinwirkung handeln. Wir müssen uns den Hergang folgendermaßen denken: Der Verletzte ist mit dem Vorderfuß (einschließlich der Keilbeine) auf dem Bock aufgesprungen; während die Vorderfußknochen auf dem Bock Halt fanden und Fersen- und Sprungbein durch ihre feste Verbindung mit den Unterschenkelknochen in ihrer Lage verharrten, wurde das dazwischen liegende Kahnbein durch den Aufprall des Vorderfußes und die übermäßige Dorsalflexion des Fußes, bei der Fußrücken und Schienbein einander sich stark näherten, nach unten herausgesprengt.

Die Diagnose war infolge der Schwellung nicht so leicht zu stellen. Bei genauer Untersuchung konnte man jedoch die Lücke zwischen Sprung- und Keilbein feststellen und mußte deshalb wenigstens an eine Verrenkung des Kahnbeins denken; eine einwandfreie Diagnose konnte natürlich nur das Röntgenbild geben.

Die Behandlung besteht in Mediko-Mechanik, Bädern, Massage; außerdem erhielt der Verletzte eine Einlage, welche dem nach unten und innen vorspringenden Kahnbein durch besondere Aushämmerung eine druckfreie Lage bot. Der Verletzte kann mit dieser Einlage ziemlich gut gehen, ohne stärkere Schmerzen zu haben.

Als der Verletzte zu uns kam, war es zu spät, eine Einrenkung (blutig oder unblutig) zu versuchen. Ich muß auch gestehen, daß ich mir von derartigen Einrenkungsmanövern höchstens etwas verspreche, wenn sie am ersten oder zweiten Tag nach der Verletzung vorgenommen werden. In dieser Zeit wird aber die Diagnose selten und einwandfrei gestellt werden, wenn nicht der Verletzte zufällig gleich in ein Krankenhaus mit Röntgeneinrichtung kommt.

---