

ÜBER DIE OPERATIVE BEHANDLUNG DER RADIALISLÄHMUNG

VON

H. CAMITZ,
GÖTEBORG

Eine nicht allzu seltene Verletzung ist die isolierte Radialis-
lähmung.

Im Laufe der vergangenen Jahre habe ich einige solche Fälle
gesehen, bei denen die Arbeitsfähigkeit in sehr hohem Grad ver-
mindert war. Durch eine einfache Muskeltransplantation, ist es
mir gelungen, einen grösseren Teil der verlorenen Greiffähigkeit
wieder herzustellen, ohne viel Verlust der groben Kraft.

Den Gedanken habe ich von Clarence L. Starr erhalten, der
in »The Journal of Bone and Joint Surgery« im Januar 1922
S. 3, einen Aufsatz über »Army Experiences with Tendon Trans-
ference« publiziert hat.

Die Methode lässt sich aus folgendem Bild (Fig. I) aus der
Publikation Starrs sehr leicht erklären; sie gestattet die Ver-
wendung einer Gruppe nicht besonders notwendiger voll funk-
tionsfähiger Muskel.

Die Operation führe ich so aus, dass nachdem der Patient
narkotisiert worden ist, ein Schnitt, der Länge nach, auf der
volaren Seite des Unterarmes, und ca. $\frac{2}{3}$ des Unterarmes ent-
sprechend, gemacht wird. Durch diesen Schnitt ist es möglich,
die Sehne des Muscul. palmaris longus genau beim Übergang
zur Handfascia, die Sehne des Muscul. flexor carpi radialis beim
Os multangulum majus und den Muscul. pronator teres von ihrer
Insertion auf dem Radius zu lösen.

Danach wird ein Schnitt auf der Dorsalseite des Unterarmes,
von der Handwurzel, ca. 10 cm. aufwärts, gemacht. Die Sehnen

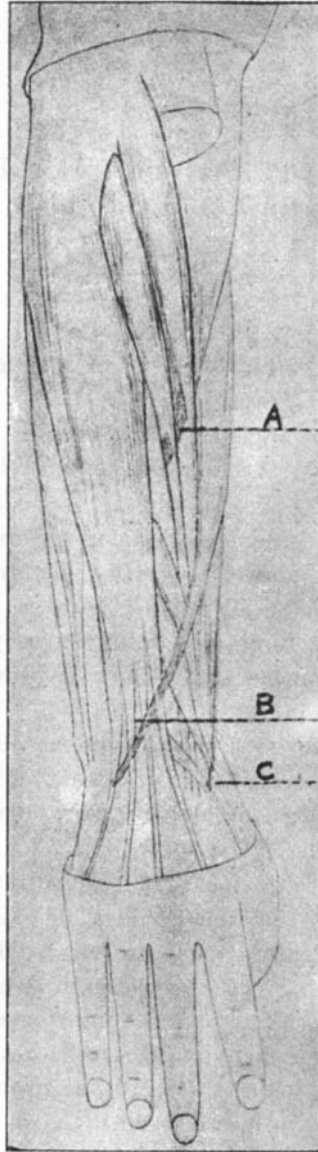


Abb. 1.

des Muscul. extensor carpi radialis long. et brevis werden aufgesucht und so nahe wie möglich an den Muskelbäuchen abgeschnitten und mit dem losgemachten Muscul. pronator teres zusammengenäht. Der palmaris longus wird an die Muscul. abductor pollicis longus und Muscul. extensor pollicis longus genäht und schliesslich wird der Muskel flexor carpi radialis an den



Abb. 2 A.

extensor digitorum communis genäht. (Siehe Fig. I). Das Zusammennähen soll unter starker Dorsalflexion der Hand und bei starker Abduktion des Daumens gemacht werden.

Nachdem die Haut genäht worden ist, soll die Hand drei Wochen lang bei beinahe rechtwinkliger Dorsalflexion in Gips liegen. Wenn der Gips entfernt worden ist, kann der Patient anfangen, die Hand zu bewegen und damit zu greifen. Die am Anfang stark dorsalflektierte Hand erreicht bald eine gute Stellung, und auch die Greiffähigkeit ist gut. Die Volarflexion geht vielleicht verloren, jedoch bleibt immer etwas Dorsalflexion übrig.

Die Patienten bedürfen im Allgemeinen einer Behandlung

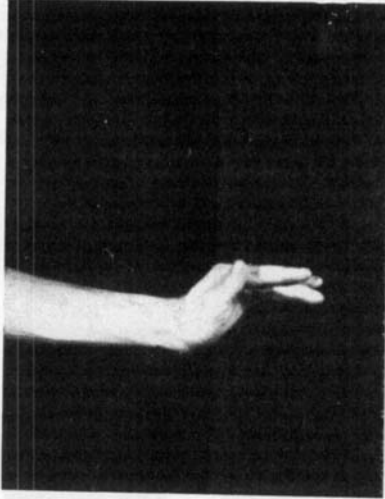


Abb. 2 B.

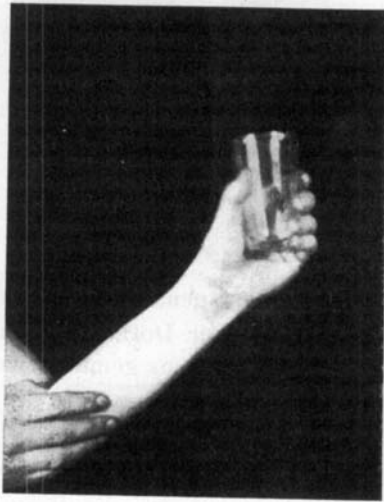


Abb. 2 C.

von höchstens 7—8 Wochen, und bei ihrer Entlassung sind sie mit ihrer Greiffähigkeit gewöhnlich sehr zufrieden.

Die Operation ist also einfach, und wenn ich auch mit dem

Gedanken selbst nichts zu tun habe, so habe ich doch den Wunsch gehabt, durch diese kleine Publikation die Aufmerksamkeit auf eine gute Methode zu lenken, welche wohl verdient, nicht in Vergessenheit zu geraten.

Ich erlaube mir, meinen letzten Fall E. I. A. Nr. 15586, 20-jähriger Mann, zu publizieren. Der Patient wurde den 12/6 1933

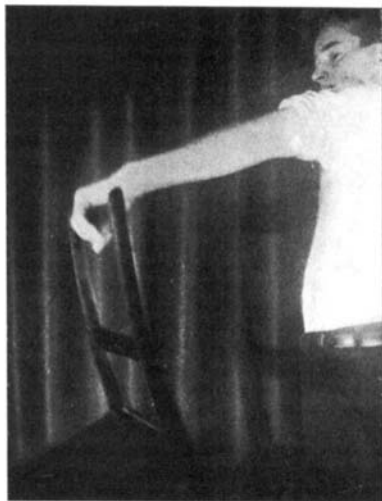


Abb. 2 D.

verletzt und bekam eine Fraktur des linken Oberarmes. Sofort entstand eine Radialislähmung. Der Patient fand sogleich im Krankenhaus seiner Heimat Aufnahme und Behandlung, wo die Fraktur heilte, die Radialislähmung aber bestehen blieb. Er wurde in meiner Klinik den 25/9 33 aufgenommen und den 27/9, nach oben angegebener Methode operiert. Gips in kräftiger Dorsalflektion, jedoch nicht ganz rechtwinklig. Der Daumen wurde gestreckt und abduciert. Der Gips wurde am dem 22. Tage, den 19/10 33 entfernt. Den 18/11 33 wurde der Patient entlassen.

Schlusstatus: Das linke Handgelenk steht in einer beinahe 10 gr. Dorsalflektion und kann von dieser Stellung weitere 50—60 gr. dorsalflektiert werden. Die Volarflektion ist verloren; die Ulnar- und Radialfunktionen sind sehr eingeschränkt. Die Fin-

ger können normal gestreckt und gebogen werden (die Fingerspitzen in Berührung mit *vola manus*). Der Daumen zeigt volle Streckung und Abduktion. Das Ellenbogengelenk hat eine 10 gr. Flektionskontraktur. Der Unterarm hat volle Pronation und halbe Supination. Die grobe Kraft konnte bei der Entlassung zu 25 bis 30 Prozent der Kraft der rechten Hand (der Patient ist rechtshändig) geschätzt werden. Im übrigen siehe die beigefügte Photographie, welche wohl für sich selbst spricht und den 20/12 aufgenommen wurde. Einen Monat später, den 20/12, hatte der Patient die Möglichkeit einer 10 gr. Volarflektion. Im übrigen unveränderter Status.