

Arm wieder in seine Ausgangsstellung gebracht und die Sehne distal unter dem frisch geschaffenen Knochenkanal so weit straff angezogen, wie es die augenblickliche Lage des Armes ohne Mühe gestattet. Ein kleiner Stahlstift wird an dem distalen Austritt der Sehne aus dem Knochenkanal durch die Mitte der Sehne in den Knochen getrieben, um der Sehne einen vorläufigen Halt zu gewähren. Nunmehr wird geprüft, ob der Arm aktiv nach allen Richtungen frei beweglich ist, wobei sich gleichzeitig durch passive Bewegungen kontrollieren läßt, ob noch Luxationsmöglichkeiten bestehen. Je nach dem Ergebnis dieser Prüfung muß die Sehne im Knochenkanal etwas weiter nach proximal oder distal verzogen und erneut durch den Stahlstift fixiert werden. Es folgt der Verschuß der Wunde in mehreren Schichten und die Anlegung eines Abduktionsverbandes, welchen wir stets mit einer starken, auf den rechtwinklig abgespreizten Oberarm gewickelten und vom Hals bis zu den Fingergrundgelenken reichenden Gipschale beginnen. Die anschließend angewickelte und über die gesunde Schulter hochgezogene Abduktionsschiene stützt lediglich den mit der Gipschale gehaltenen Arm. Wir stellen den Arm 4 Wochen auf Abduktionsschiene ruhig, damit inzwischen die lange Bicepssehne in ihrem Knochenkanal fest verwachsen kann, und beginnen anschließend mit energischen aktiven Bewegungsübungen, welche durch Heißluftbäder unterstützt werden. Passive Bewegungsübungen haben sich bisher in jedem Fall erübrigt. Die volle Gebrauchsfähigkeit des Armes auch zu schwerer Arbeit stellt sich bald nach Abnahme der Abduktionsschiene ein.

Das oben geschilderte Verfahren zur operativen Verhütung gewohnheitsmäßiger Schulterausrenkung, welches wir seit 5 Jahren in zahlreichen Fällen schwerster habitueller Luxationen bei Angehörigen vieler Berufsgruppen, insbesondere bei Wehrmichtsangehörigen, Sportlern und Arbeitern anwandten, ist bisher ohne Rezidive geblieben, so daß wir es trotz der großen Zahl schon bekannter Verfahren nunmehr zur Überprüfung mitteilen. Wir sehen seinen Vorteil neben der bisher bewiesenen Sicherheit in der verhältnismäßig einfachen Technik und der Möglichkeit, den Eingriff in örtlicher Betäubung durchführen zu können. Vor der ersten Anwendung des Verfahrens am Kranken empfehlen wir aber dringend den Eingriff zunächst an einem Knochenmodell, wie es die Abbildung zeigt, durchzuführen, da man sich auf diese Weise von den Vorteilen des Verfahrens, als auch von den Fehlern, die leicht bei seiner Durchführung gemacht werden können, überzeugen wird.

Berichtigung

zu der Arbeit „Über Wundinfektion im Kriege“ von *Carl Rohde*
(diese Zeitschrift 253, 659).

Auf S. 664 muß es in der 14. Zeile von unten statt „... haben nur dabei gezeigt...“ heißen: „... haben mir dabei gezeigt...“.