

INHALTSVERZEICHNIS

1. Die Vorlesung mit Hand und Fuß zum Inhalt - Prescher	1
1.1. Fuß mm interossei	1
1.2. Tarsaltunnel	1
1.3. Gefäße	1
1.4. Nerven	1
2. Hand	1
2.1. Logen	1
2.2. Winkel	2
2.3. Ha-Wu-Kn-O	2
2.4. Band-Contest Hand	2
2.5. Klinikspeck	2
2.6. Ulnokarpaler Komplex	2
2.7. Lig Scapholunatum	2
2.8. Beweggründe	3
2.9. Radial/Ulnar duktion	3
2.10. Volar/Dorsalflexion	3
2.11. Konzeptionell	3
2.12. Daumensattelgelenk	3
2.13. Frakturen	3

1. DIE VORLESUNG MIT HAND UND FUSS ZUM INHALT - PRESCHER

1.1. Fuß mm interossei.

- plantar und dorsal
- dorsale setzen an dorsalaponeurose an, also nicht am knochen direkt
- aponeurose schaut bei der Hand aus wie ein Gespenst, der Pars terminalis ist die spitze die am Endglied festgemacht ist
- OSPE funktion: beugung im Grundgelenk, streckung im Mittel- und Endgelenk
- beim fuß jedoch im Gegensatz zur Hand nicht immer bis zum Endglied

1.2. Tarsaltunnel.

- = retromalleolaris medias
- retinakulum muskulorum flexorum, verdickung der Fascie
- Leitungsbahnen:
 - OSPE sehnen tibialis posterior, flexor digitorum longus, flexor hallucis longus (versteckt hinter flex dig)
 - N tibialis wird zu N plantaris lateralis und medialis, teilt sich oft schon hier, ansonsten erst plantar
 - vom lateralis geht ein Ramus zum calcaneus
 - baxterscher nerv ist weiterer ramus, der macht den Fersenspornschmerz
 - A tibialis posterior (wird erst plantar zu A plantaris lateralis & medialis)
 - Vv tibiales posteriores
 - (lymphgefäße so klein das unsichtbar)
- relevant wegen peripherem kompressionssyndrom (= mediales tarsal-tunnelsyndrom) auf den Nerv - Krampfadern reichen schon - daher häufig
- OSPE: medial nicht vergessen, es gibt auch einen lateralen
- sehnen helfen ein mediales einknicken des Fußes zu verhindern

1.3. Gefäße.

- A dorsalis pedis gut zu sehen, macht bogen nach lateral und es gibt schöne Abzweigungen zu jedem Zeh
- A des Hallux versorgt oft den gesamten Vorderfuß
- an den Zehen liegt die A jeweils lateral
- plantare Versorgung genau spiegelbildlich, also versorgung von Lateral, jedoch eigene A zum großen Zeh wiederum

1.4. Nerven.

- N peroneus profundus liegt ziemlich tief unter dem extensor hallucis
- N peroneus superficialis liegt oberflächlicher und hat sensiblen ast zu jeder Zehe

2. HAND

2.1. Logen.

- OSPE Stoff: die Fächer zu benennen, also diese dorsalen Fächer

2.2. Winkel.

- Neigungswinkel der Handgelenkflächen 30 ° Radius und 10 ° Ulna
- Operationen müssen das immer entsprechend berücksichtigen, damit es keine Atrose gibt
- mit dem Alter verschwinden die Knochenbälkchen distal durch Ausdehnung der Markhöhle → Typische Stelle für Radiusfraktur bei älteren Damen
- = Extensionsfraktur nach Colles
- Smith-Fraktur ist bei flektierter Hand
- Epiphysenfugen verschwinden erst Anfang 20
- manchmal ungleichmäßiger Fugenschluss und auf einmal wird alles krumm (genetisch, Frauen) da Gelenkfläche total schief → Madelung-Deformität, auch Madelung-Dupuytren (Dupuytren ohne Madelung was ganz anderes)
- Ulna manchmal zu kurz oder zu lang, normal: null 60%, zu lang plus 17%, zu kurz minus 23%
- leider gibt es Folgen, z.B. eine Mondbeinnekrose
- Federnde Elle wenn Radiuskopf zu dorsal aber schmerzlos-federnd her-unterdrückbar

2.3. Ha-Wu-Kn-O.

- beginnend auf Daumenseite = radial
- distal: trapezium, trapezoideum, capitatum, hamatum
- proximal: scaphoideum (= Kahnbein, nicht Navikulare), lunatum, triquetrum, pisiforme
- Nicht vorhanden: Segelbein, Mastbein, Seemannsbein
- Eminentia carpi radialis und ulnaris spannen ligamentum carpi transversum auf und begrenzen den Karpaltunnel palmar
- Daumen hat auch zwei Sesambeine wie der Hallux
- Epiphysenfugen an den Röhrenknochen nur an einer Seite zu sehen lustigerweise
- Handwurzelknochen verknöchern zwischen 1 und 12 oder so → Altersbestimmung über Röntgen-Bild
- Scaphoidtaille: Einzige Sollbruchstelle 70%, da am schlechtesten durchblutet, heilt es leider auch nicht gescheid

- Scaphoid-Röntgen mit Faustschluß und Ulnarduktion nach Stecher schön darzustellen
- Karpalknochen sind an geschwungen & harmonischen Linien angeordnet wenn alles okay ist
- unteres Radiusende

2.4. Band-Contest Hand. mehrere Gruppen

- Radius, Ulna → Carpus
 - Seitenbänder = Collateralia rad & uln
 - lig radiocarpale palm/dors
 - lig ulnocarpale palm
- Carpals → Carpalia
 - ligg intercarpalia palm/dors/interossea
 - OSPE: lig scapholunatum (unfallchi)
 - lig pisohamatum
 - lig arcuatum carpi dorsale (Fick-Bänder)
- Carpus → Metacarpus
- Metacarp → Metacarp

2.5. Klinikspeck.

- Bänderzahl wird klinisch abgespeckt auf drei Bänder
- (1) proximales palmares V-Band
- (2) distales palmares V-Band
- (3) dorsales palmares V-Band
- V-Bänder stehen auf dem Kopf wenn man von proximal auf die Hand schaut
- funktionell: Gelenkschleuder und Tragbandfunktion

2.6. Ulnokarpaler Komplex.

- zwischen Ulna und Hand
- Discus vorhanden: Discus ulnocarpalis
- PLUS: meniscus ulnocarpalis, ungleich discus

2.7. Lig Scapholunatum.

- gleicht Spannung in der Hand aus
- bei Riss daher: Dislokation

2.8. **Beweggründe.**

- Randbewegungen: Ulnar und Radial
- Flächenbewegungen: Dorsalext, Palmarflex
- Rotation wäre mechanisch möglich, jedoch keine Nervensoftware vorhanden

2.9. **Radial/Ulnarduktion.** 3 Teile

- (1) Seitenverschiebung der Handwurzelknochenreihe
- (2) Volar/Dorsalbewegung der prox Reihe
- (3) Pronation/Supination der Handwurzelreihen

2.10. **Volar/Dorsalflexion.**

- sozusagen zweigelenkige Knickung mit je $35^\circ + 50^\circ = 85^\circ$

2.11. **Konzeptionell.**

- Horizontale Reihe: funktionell ein knöcherner Meniscus, interessante Betrachtungsweise

2.12. **Daumensattelgelenk.**

- Drehung unphysiologisch, punktuelle Überlastung
- Ritz-Atrose: Handarbeitsspätfolge mit komplett vernichtetem Sattelgelenk

2.13. **Frakturen.**

- Rolando + Bennet mit Gelenkflächenbeteiligung
- Winterstein ohne Gelenkflächenbeteiligung → die beste von denen also