

Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffa.)

Ueber den Metatarsus varus.¹⁾

Von Dr. Carl Helbing, I. Assistenten.

M. H.! Ich möchte Sie heute mit einer Stellungsanomalie des Vorderfußes bekannt machen, die bisher fast gar nicht beschrieben worden ist, die sich jedoch von den anderen Fußdeformitäten so scharf differenzieren läßt, daß sie trotz ihres seltenen Vorkommens als eigenes Krankheitsbild betrachtet zu werden verdient. Das wesentliche Characteristicum dieser Fußdeformität ist eine sich ausschließlich auf den Metatarsus beschränkende Varusstellung.

Wir können bei der weiteren Betrachtung zwei Gruppen des Metatarsus varus unterscheiden: den angeborenen und den erworbenen.

Um mit dem letzteren, weitaus häufigeren zu beginnen, so können die Ursachen für sein Zustandekommen verschiedene sein. Am bekanntesten ist jener Metatarsus varus, welcher im Gefolge des Genu valgum und der rachitischen Verbiegungen des Unterschenkels mit nach außen offenem Knickungswinkel auftritt und als kompensatorische Fußstellung aufzufassen ist. Ueber ihn hat bereits v. Mikulicz im Jahre 1884 eine Mitteilung gemacht. Der mit schwerem Genu valgum behaftete Kranke — meist handelt es sich um rachitische Kinder — stellt den Vorderfuß in eine Adduktions- oder Varusstellung, um bei der schrägen Position des Unterschenkels beim Gehen eine möglichst große Berührungsfläche mit dem Boden zu gewinnen. In Verbindung mit der Varität des Metatarsus sieht man hierbei meist noch eine Flexions- und Varusstellung der großen Zehe. Der Tarsus selbst ist entweder normal oder in leichter Valgusstellung. In den meisten Fällen ist es also unrichtig, wenn man von einem kompensatorischen Pes varus spricht, da sich der Hinterfuß an der Varusstellung gar nicht beteiligt, und es wäre wünschenswert, für die kompensatorischen Fußdeformitäten beim Genu valgum die Bezeichnung „Pes varus“ ganz fallen zu lassen. Es ist wohl Alberts Verdienst, in seiner Monographie „Ueber die seitlichen Kniegelenksverkrümmungen und die kompensatorischen Fußformen“ zuerst darauf aufmerksam gemacht zu haben, daß die Varusstellung nicht den ganzen Fuß, sondern nur den Metatarsus betrifft. Bei dem Sektionsbefunde eines Genu valgum konnte Albert sogar eine Abweichung der Achillessehne nach außen, also eine Valgusstellung des Tarsus nachweisen. Eingehender hat sich dann Luksch mit der kompensatorischen Stellungsanomalie des Fußes beim Genu valgum beschäftigt, und auch er kommt zu dem Resultat, daß beim sogenannten Pes varus compensatorius die Adduktion des Vorderfußes in der Gelenkverbindung zwischen Tarsus und Metatarsus das Wesentliche ist und diese Fußdeformität gerade dadurch ihre charakteristische Form erhält.

Nach unseren Beobachtungen steht bei Kindern mit rachitischem Genu valgum der Tarsus in der überwiegenden Anzahl

der Fälle sogar in einer leichten Valgusstellung, sodaß wie bei dem Sektionsbefunde Alberts die Achillessehne nicht in der Verlängerung der Unterschenkelachse verläuft, sondern nach außen abgelenkt erscheint. Die Adduktion und Plantarflexion beschränkt sich jedoch nicht nur auf den Metatarsus, sondern setzt sich immer auf die große Zehe fort, sodaß bei ihr die Stellungsanomalie noch mehr in die Augen fällt. Ich hebe diese Tatsache besonders hervor, weil ich ihrer nirgends Erwähnung gefunden habe, obgleich aus der Abbildung, welche der Lukschschen Arbeit beigelegt ist, die Plantarflexion der großen Zehe deutlich erkennbar ist.

Diese Stellungsanomalie, die durch die Wirkung vorwiegend des M. tibialis anterior und der Mm. flexores hallucis longus et brevis aufrecht erhalten wird, verschwindet bei Kindern meistens mit der Beseitigung des Genu valgum von selbst, da sie nicht auf schwereren anatomischen Veränderungen der Fußwurzelknochen beruht. Anlaß zu einem therapeutischen Eingreifen wird deshalb der habituelle kompensatorische Metatarsus varus nur in seltenen Fällen abgeben. Als Beispiel möchte ich nun hier einen kleinen Patienten mit Genu valgum rachiticum und kompensatorischem Metatarsus varus und hallux flexus varus vorführen (cf. Fig. 1).

Beseitigt man in solchen Fällen das Genu valgum, so geht der Metatarsus varus zurück, die Abduktionsstellung des Tarsus bleibt jedoch bestehen, und es entwickelt sich nachträglich manchmal aus dem Tarsus valgus ein richtiger Pes valgus.

Die zweite Ursache für die Entstehung des erworbenen Metatarsus varus ist eine traumatische. Bei Frakturen des ersten Metatarsus kommt es ebenfalls zu dieser typischen Deformität, und zwar dadurch, daß der Schmerz beim Auftreten an den inneren Fußrand verlegt wird. Um diesem Schmerz zu entgehen, hebt der Patient den inneren Fußrand, er supiniert also den Vorderfuß und stellt zugleich die große Zehe in leichte Plantarflexion. Wenn die Schmerzen noch längere Zeit nach der Heilung des Knochenbruches anhalten, so kann aus der anfänglichen Haltungsanomalie des Vorderfußes eine fixierte Deformität in dem geschilderten Sinne entstehen und Veranlassung zu therapeutischem Vorgehen geben.

Die dritte von mir beobachtete Form des erworbenen Metatarsus varus wäre als arthrogene zu bezeichnen. Sowohl durch akut entzündliche, wie durch chronische Gelenkprozesse im ersten Tarso-Metatarsalgelenk kann diese Varusstellung des Vorderfußes zur Entlastung des Gelenks beim Gehen eingenommen werden und sich schließlich dauernd fixieren. Als charakteristisches Beispiel für diese Form möchte ich Ihnen hier einen Jungen vorstellen, welcher vor vier Jahren einen akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hat und vor wenigen Wochen mit einer seit jener Zeit in Erscheinung getretenen

Deformität am rechten Fuße zu uns kam, wie sie an diesem Gipsabgusse dargestellt ist (cf. Fig. 2). Während der Tarsus selbst

Fig. 1.

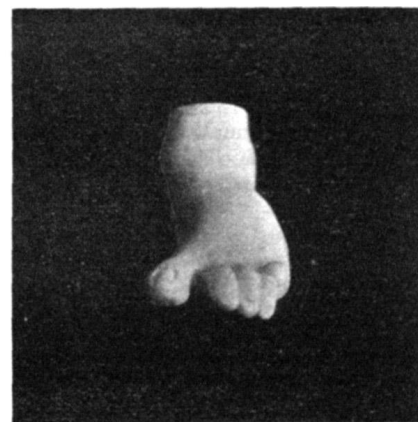
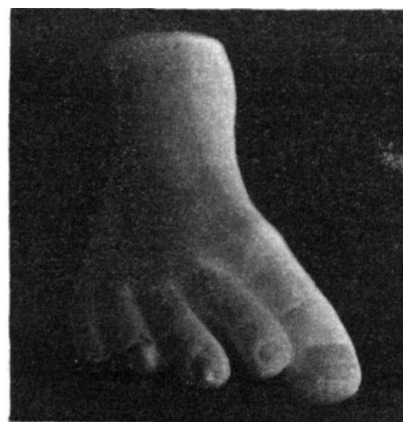


Fig. 2.



¹⁾ Nach einem in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 8. Mai 1905 gehaltenen Vortrage.

eine vollkommen normale Stellung zeigt, ist der Metatarsus stark adduziert, und die große Zehe zeigt neben der Plantarflexion eine noch vermehrte Varusstellung. Das Gehen war für den Patienten außerordentlich mühsam, und dieser Umstand hat auch die Beseitigung der Deformität wünschenswert gemacht. Es gelang nun zwar, in tiefer Narkose die Varusstellung des Vorderfußes zu beseitigen, doch stellte sich dann die große Zehe in Plantarflexion bis zum rechten Winkel. Wenn sich auch nach der Durchschneidung der Beugesehne die große Zehe mit großem Kraftaufwand aufrichten ließ, so trat bei diesem Versuch doch immer eine Subluxation gegen den Metatarsus ein, sodaß ihre Geradestellung mir nur nach Keilresektion aus dem Metatarsophalangealgelenk mit dorsaler Basis gelang. Es ist also auch der arthrogene Metatarsus varus durch eine Flexions- und Varusstellung der großen Zehe kompliziert, und das hat in unserem Falle sowohl das klinische Bild als auch das therapeutische Eingreifen beherrscht.

Damit wären die von uns beobachteten Formen des erworbenen Metatarsus varus erschöpft, und wir kommen zur Besprechung des weitaus selteneren angeborenen. Mitteilungen in der Literatur sind aber äußerst spärlich, und ich habe nur einen einzigen im vorigen Jahre von Cramer beschriebenen Fall finden können, der einwandfrei als angeborene Deformität aufzufassen ist.

Bei etwa 5000 Patienten mit orthopädischen Leiden habe ich viermal diese höchst seltene Form konstatieren können. Das klinische Bild ist ein ungemein charakteristisches und tritt besonders beim belasteten Fuße so deutlich hervor, daß eine Verwechslung mit anderen Mißbildungen, wie dem leichten Klumpfuß und dem Hohlfuß, nicht möglich ist. Betrachtet man die stehenden Patienten von hinten, so erscheint der Calcaneus in leichter Valgusstellung, sodaß die Achillessehne einen geringen Knick nach außen erfährt. Wie beim Plattfuß springt auch das Caput tali abnorm stark nach innen hervor. Deckt man sich bei einem solchen Patienten den Vorderfuß ab und betrachtet den Fuß von hinten, so wird die Vorstellung erweckt, man hätte es mit einem Plattfuß zu tun. Der ganze Hinterfuß steht also in Valgusstellung.

Die Mittelfußknochen stehen im Gegensatz dazu in Adduktion und leichter Plantarflexion, und diese Stellungsanomalie zeigt in verstärktem Maße die große Zehe. Infolge der Abknickung des Vorderfußes nach innen und unten erscheint der äußere Fußrand abnorm konvex, der innere Fußrand abnorm konkav gewölbt, der äußere Fußrand des belasteten Fußes berührt auch nicht mehr den Fußboden, sodaß Sohlenabdrücke das Bild eines leichten Hohlfußes vortäuschen können (cf. Fig. 3).

Fig. 3.

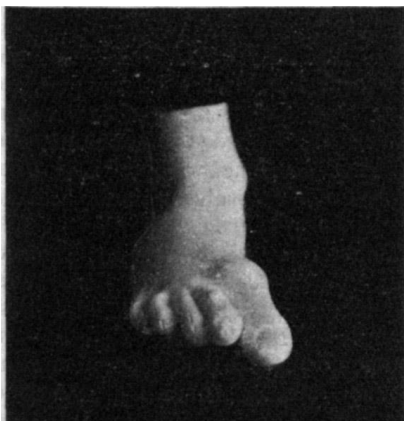
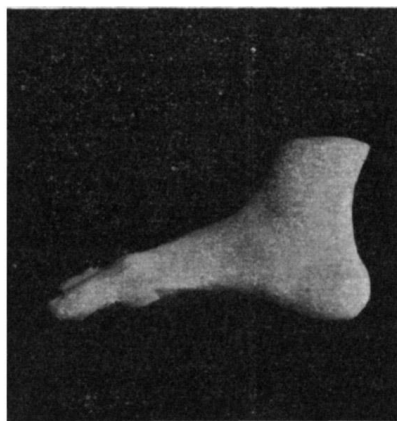


Fig. 4.



Endlich springt noch das distale Ende des Metatarsus varus besonders stark hervor (cf. Fig. 4).

Wollen wir unsere Stellungsanomalie nach ihren anatomischen Merkmalen bezeichnen, so muß man von einem Tarsus valgus, Metatarsus varus, Hallux varus flexus sprechen. An den von unseren Patienten angefertigten Röntgenbildern ließen sich keine gröberen Veränderungen an den Mittelfußknochen nachweisen. Ich erwähne dies deshalb, weil in dem von Cramer beobachteten Falle, der einen 39jährigen Mann

betrifft, eine direkte Verbiegung der Mittelfußknochen mit der Konvexität nach oben und außen beobachtet worden ist. Es ist diese Differenz vielleicht darauf zurückzuführen, daß alle unsere Patienten in noch ganz jugendlichem Alter stehen. Hervorheben möchte ich noch, daß die Deformität bei den Kindern bereits in den ersten Lebenswochen festgestellt worden ist und auch später keines von ihnen an englischer Krankheit gelitten hat.

Die Behandlung des kongenitalen Metatarsus varus besteht in dem modellierenden Redressement eventuell in Narkose. Macht die Korrektur der großen Zehe Schwierigkeiten, so empfiehlt sich die Durchschneidung der Beugesehnen.