Dupuytrensche Fingerkontraktur als Folge von Verletzung des Nervus ulnaris.

Von Prof. Dr. Reichel, Chemnitz.

Viermal hatte ich im vergangenen Jahre Gelegenheit, eine typische Dupuytrensche Kontraktur der Palmarfascie nach Verletzung des N. ulnaris auftreten zu sehen. Diese Beobachtung war mir neu; aber auch in der Literatur finde ich ähnliches nicht erwähnt. Dies gibt mir Veranlassung, meine Fälle kurz zu veröffentlichen, da ich ein solches Zusammentreffen nicht wohl für ein zufälliges ansehen kann, sondern einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen für wahrscheinlich halte. —

Der erste meiner Patienten, ein 28 jähriger Unteroffizier, hatte am 7. September 1914 eine Schußverletzung des rechten Oberarms erlitten und suchte mich am 14. April 1915 auf, weil er seinen rechten 4. und 5. Finger nicht mehr strecken könne und das Gefühl in diesen Fingern erloschen war. Er gab bestimmt an, vor der Schußverletzung eine völlig normale Hand und völlig freie Beweglichkeit aller Finger gehabt zu haben.

Zu beiden Seiten des rechten Oberarms, handbreit oberhalb des Ellbogengelenks bemerkte man je eine linsengroße Narbe. Die äußere war frei verschieblich und schmerzlos, die innere, welche genau über dem Verlauf des Nervus ulnaris lag, war empfindlich. Bei Druck auf sie klagte der Patient über Kribbeln im rechten 4. und 5. Finger. Der rechte Mittelfinger war leicht, der 4. und 5. Finger stark gebeugt, auch passiv ließen sich diese Finger nicht vollständig strecken. Die Haut in der Hohlhand über dem 4. Mittelhandknochen war knotig verdickt, die Knoten bis bohngroß. Kleinere derbe Knoten fanden sich über dem 3. und 5. Mittelhandknochen. Die Knoten saßen teils in der Haut, teils im Unterhautfettgewebe. An mehreren Stellen war die Haut punktförmig eingezogen und in der Tiefe fixiert. — Der

Kleinfingerballen war atrophisch, das Gefühl an der Greif- und Rückfläche des kleinen Fingers fast ganz aufgehoben, an der Ellenseite des 5. Mittelhandknochens und des 4. Fingers abgeschwächt, im Bereich der übrigen Hand gut erhalten.

In einem 2. Falle stellten sich gleichartige Veränderungen, nur nicht so hochgradig, bei einem 41jährigen Sekretär nach einer mit Abbruch des Oberarmkopfs komplizierten Verrenkung des linken Oberarms ein. Die Verletzung hatte sich am 6. August 1914 ereignet. Gelegentlich einer Nachuntersuchung im Unfallrentenverfahren im Frühjahr 1915 stellte ich bei dem Patienten eine Schädigung des linken Nervus ulnaris fest. Das Gefühl an der Ellenseite des 4. und 5. linken Fingers war stark herabgesetzt. Der Kleinfingerballen und die Musculi interossei, sowie der Adductor pollicis waren mäßig atrophisch. — Gleichzeitig fand ich nun folgendes: Der kleine und 4. Finger standen in leichter Beugestellung und konnten aktiv nicht völlig durchgestreckt werden. Die Haut über dem 4. Mittelhandknochen in der Höhe der tiefen Beugefurche der Hand war schwierig verdickt und an mehreren Stellen punktförmig durch in die Tiefe ziehende Bindegewebsfasern eingezogen. —

Ich habe den Patienten am 3. Februar dieses Jahres nochmals untersucht. Sein Befinden hat sich wesentlich gebessert, die Bewegung des ganzen linken Armes ist freier geworden. Für gewöhnlich hält er den linken 4. Finger auch jetzt noch in leichter Beugestellung, doch vermag er ihn jetzt aktiv wieder vollständig zu strecken. Im Bereich der Beugefurche in der linken Hohlhand ist die Haut über dem 4. Mittelhandknochen tiefer eingezogen, als in der Nachbarschaft, unmittelbar ober- und unterhalb dieser Einziehung fühlt man je eine kleinerbsengroße, bindegewebige, derbe Geschwulst in der Haut und Unterhaut. An drei punktförmigen Stellen in der Nachbarschaft ist die Haut gleichfalls, anscheinend durch Bindegewebsstränge, in die Tiefe gezogen. Auch über dem 3. Mittelhandknochen finden sich in der tiefen Schicht der Haut und im Unterhautfettgewebe kleine, derbe, knotenförmige Verdickungen. — Das Gefühl im 4. und 5. Finger ist noch ein wenig abgestumpft, auch besteht eine geringe Atrophie der Zwischenknochenmuskulatur und des Adductor pollicis; doch ist diese Atrophie wesentlich geringer, als vor einem

Jahre. — Die Haut der rechten Hand ist vollständig glatt und frei. — Auch dieser Patient behauptet mit Bestimmtheit, vor dem Unfall keinerlei Störung an seiner linken Hand und keine solche knotigen Verdickungen der Haut gehabt zu haben, wie jetzt.

Noch in einem 3. Falle beobachtete ich bei einem Soldaten nach Schußverletzung des Nervus ulnaris ähnliche, wenn auch geringgradigere Veränderungen im Bereich der Palmar-Aponeurose der gleichen Seite; doch sind mir die Notizen in diesem Falle verloren gegangen.

Betonen möchte ich, daß es sich in diesen 3 Fällen bestimmt nicht um einen diagnostischen Irrtum handelte, nicht etwa um jene bekannte Krallenstellung der Finger, wie wir sie nach längerem Bestehen von Ulnaris-Lähmung sich ziemlich regelmäßig ausbilden sehen, sondern um wirkliche Kontrakturen der Palmar-Aponeurose. Es ist ja auch im 2. Falle die erst bestandene Beugekontraktur des Fingers mit Besserung des Zustands des linken Armes und Rückgang der übrigen, durch die Ulnaris-Verletzung bedingten Störungen, nahezu ganz verschwunden. Beweisend für die Veränderungen der Palmar-Aponeurose sind aber auch jetzt noch die knotenförmigen Verdickungen und punktförmigen Einziehungen der Haut der Hohlhand über dem 4. Mittelhandknochen.

Über die Ursachen der Dupuytrenschen Fingerkontraktur wissen wir ja bisher so gut wie nichts; bekannt ist nur ihr häufiges erbliches Auftreten. Die eben mitgeteilten drei Beobachtungen legen mir nun die Vermutung nahe, daß es sich bei dieser Kontraktur vielleicht nicht, wie man bisher annahm, um chronische Entzündung, sondern um trophische Störungen infolge Verletzung des Nervus ulnaris handelt. Auffällig bleibt freilich, daß wir nicht in jedem Falle von Ulnaris-Verletzung, oder auch nur in der Mehrzahl dieser Fälle, diese Störung sich ausbilden sehen. Immerhin möchte ich meine Vermutung bekanntgeben und bitten, bei den jetzt so häufig zur Beobachtung gelangenden Fällen von Ulnaris-Verletzung auf das Vorkommen der in Rede stehenden Kontraktur der Palmar-Aponeurose mit zu achten.

Für diese Vermutung spricht mir auch folgende Beobachtung:

Am 22. II. 1916 wurde der 53 Jahre alte R. B. ins hiesige Krankenhaus wegen einer Kontusion der rechten Schulter aufgenommen. Dieser Patient gab an, bis vor 5 Jahren stets gesund gewesen zu

sein; wegen Kurzsichtigkeit habe er nur immer eine Brille tragen müssen. Vor 5 Jahren begannen die Augen schlechter zu werden; allmählich trat völlige Erblindung ein; seit 2 Jahren trat Reißen im rechten Arm auf und seit ungefähr dieser Zeit, so gab Patient an, habe sich ein „Loch“ in den Muskeln seiner rechten Hand zwischen Daumen und Zeigefinger gebildet, auch ein Knoten in der Hohlhand über dem 4. Finger sei ihm seitdem aufgefallen.

Die Untersuchung ergab folgenden Befund: Die Pupillen beider Augen sind starr, nicht völlig rund, Lichteinfall wird vom Patienten bemerkt, sonst aber nichts. Die Pupillen sind glänzend weiß, porzellanähnlich, der Augenhintergrund zwischen den Gefäßen braun gesprenkelt. Die rechte Nasenlippenfalte ist weniger ausgesprochen wie die linke. Beim Zeigen der Zähne und Spitzen des Mundes bleibt die rechte Gesichtshälfte etwas zurück. Die Zwischenknochenmuskeln der rechten Hand und der Adductor pollicis sind stark atrophisch, in geringerem Grade auch die der linken Hand. Die Fingerbewegungen sind im allgemeinen frei bis auf eine gewisse Behinderung des rechten 4. und 5. Fingers, die sich auch passiv nicht völlig beseitigen läßt. Beim Strecken dieser Finger spannt sich die Haut über der Beuge- sehnne des 4. Fingers strangförmig an, sie ist unterhalb des Kopfes des 4. Mittelhandknochens knotig verdickt, mit der darunter gelegenen Palmarfascie verwachsen und gegen diese in Form punktförmiger Vertiefungen eingezogen. Das Gefühl für feinste Berührungen ist an der rechten Hand im Gebiete des Nervus medianus und ulnaris aufgehoben, die Schmerzempfindung jedoch völlig intakt.

Der Triceps-Sehnenreflex, Knie-, Sehnen- und Achilles-Sehnenreflex sind nicht auszulösen, hingegen ist der Bauchhaut- und Cremasterreflex erhalten, der Fußsohlenreflex sogar lebhaft. Es besteht starke Ataxie, der Muskelsinn ist herabgesetzt, das Rombergsche Phänomen ist positiv. Nach Ansicht des Spezialarztes für Nervenheilkunde, Herrn Professor Dr. Weber, steht im Vordergrund des klinischen Bildes die Tabes. Die Atrophie und Schwäche der vom rechten Ulnaris und Medianus versorgten Muskeln wird auf Erkrankung der Vorderhörner zurückgeführt; vielleicht spielt, so meint Herr Professor Dr. Weber, auch eine Bleineuritis bei dem Prozeß am Arme sowie am Nervus opticus, eine Rolle. (Patient gab an, früher an einer Bleivergiftung gelitten zu haben.)

Im vorliegenden Falle handelt es sich zwar um keine traumatische Verletzung des Ulnaris, sondern um eine zentrale Erkrankung des Rückenmarks, welche die Zentren des Nervus ulnaris mit betroffen hatte; jedenfalls scheint aber auch hier zwischen der typischen Dupuytren'schen Kontraktur und der Erkrankung des Nerven ein ursächlicher Zusammenhang zu bestehen.