VII. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau. (Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. J. v. Mikulicz-Radecki.)

Unblutige Behandlung der Dupuytren'schen Fingerkontraktur.

Von Dr. P. Lengemann, Assistenzarzt der Klinik.

Die Dauererfolge der operativen Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur sind trotz vielfacher ausgezeichneten Erfolge nicht immer ganz befriedigend gewesen. Von Herrn Geheimrath v. Mikulicz-Radecki wird seit vielen Jahren das wohl auch anderwärts gebräuchliche Verfahren geübt, welches darin besteht, dass die die Kontraktur hervorrufenden fibrösen Knoten und Stränge aus der Palmarfascie wie ein maligner Tumor sorgfältig herauspräpariert werden. Soweit die Haut mit diesen Knoten fest verwachsen ist, wird sie auch exstirpiert; der entstandene Defekt wird durch Heranziehen der benachbarten Haut, eventuell durch freie Autoplastik gedeckt.

Bis vor kurzem war dies die ausschliesslich bei uns geübte Behandlung des Leidens. Ueber die Dauererfolge derselben werden in nächster Zeit Nachforschungen angestellt und darüber an anderer Stelle berichtet werden. Ich vermag deshalb heute nicht zu sagen, ob und wie oft Rezidive in den von uns operierten Fällen eingetreten sind. Aus den jüngsten Publikationen von Lexer und Janssen²⁾ darf man aber schliessen, dass diese doch nicht so selten vorkommen; wenigstens haben die beobachteten Rezidive Lexer zu einem so radikalen Verfahren veranlasst, wie es die von ihm empfohlene Exstirpation der ganzen Palmarfascie ist. Wenn es auch dem Chirurgen unter dem Schutze der heutigen Technik gelingen mag, mit dieser Operation eine ganze Serie ausgezeichneten Erfolge zu erzielen, so kann man ein Verfahren nicht ideal nennen, das zur Behebung eines nicht malignen Prozesses zu so rigorosen Mitteln zwingt. Wenn wir heute auch die Wundinfektionen mit grosser Sicherheit vermeiden können, für das Anheilen der transplantierten Hautlappen in den schwereren Fällen vermögen wir nicht einzustehen; misslingt die Transplantation auch nur zum Theil, so ist die ohnehin nicht kurze Heilungsdauer um Wochen verlängert. Dazu kommt eine kosmetische Rücksicht: transplantierte Haut sieht immer anders aus, wie normale. Gerade Janssen's Abbildung — und sie zeigt wohl gewiss nicht den ungünstigsten Fall — illustriert das aufs beste. Auch funktionell ist sie zunächst nicht gleichwerthig.

Ausserdem ist der Prozess oft nicht auf eine Stelle beschränkt. Neben starker Schrumpfung etwa im Bereich der vierten und fünften Beugeschne sehen wir Infiltrate an der zweiten und dritten; ja selbst auf der Falte zwischen Daumen und Zeigefinger kommen sie vor. Ganz besonders aber wird das so häufige doppelseitige Auftreten es unmöglich machen, alle Krankheitsheerde auf einmal operativ zu entfernen. Nur ein geringer Theil

der Kranken wird sich zu so energischen Maassnahmen, wie Lexer und Janssen sie verlangen, bereit finden lassen.

Das alles bewog mich, ein neues Verfahren zu versuchen, das auf den folgenden Erwägungen fusst.

Die Dupuytren'sche Kontraktur beruht im wesentlichen auf einer chronischen, circumskripten Hyperplasie von Bindegewebe in der Palmaraponeurose. Wie Langhans und Janssen zeigen, handelt es sich in der Hauptsache um Wucherung eines sehr zellreichen Gewebes, das sich später durch starke Vermehrung der Grundsubstanz und Zurücktreten des zelligen Antheils in eine dem Fibromgewebe ähnliche Masse umwandelt. Das Ergebniss dieses Prozesses, dessen Ursache unbekannt ist, ist eine Art Schwielen, deren Schrumpfung Beugekontrakturen der Finger herbeiführt.

Es handelt sich also um Dinge, die mit der Narbenbildung entschiedene Aehnlichkeit haben. Nun hat man bei der Behandlung kosmetisch oder funktionell störender Narben gute Erfahrungen gemacht mit dem Thiosinamin.¹⁾ Derbe, adhärenente Narben wurden weich und verschieblich nach subkutanen Injektionen des Mittels und Auflegen von Thiosinaminpflastermull. Wichen Narbenhypertrophien dem Mittel auch nicht immer, so war seine Wirkung doch in sehr vielen Fällen so deutlich, dass ein Versuch berechtigt erschien, es einmal bei der Dupuytren'schen Kontraktur zu verwerthen.

Es bot sich mir dazu in zwei Fällen Gelegenheit, deren Behandlung vorläufig abgeschlossen ist, sodass sich das Ergebniss übersehen lässt. Ein dritter Fall konnte nicht zu Ende behandelt werden.

Es wurde eine Lösung benutzt, deren Injektion im Gegensatz zu alkoholischen Lösungen fast keine Schmerzen macht: Thiosinamin 2,0, Glycerin 4,0, Aqu. dest. 14,0. Die Flüssigkeit ist alle 2—3 Tage durch Einstellen in warmes Wasser etwas zu erwärmen, da allmählich etwas Thiosinamin ausfällt, das sich in der Wärme leicht wieder löst. Obgleich bei der Behandlung von Narben oft Injektionen an entfernten Körperstellen gute Wirkung ergeben haben, habe ich doch geglaubt, bei lokaler Anwendung sicherer zu gehen. Ich habe täglich einmal mittelst Pravaz'scher Spritze 1 ccm in die Infiltrate und deren Umgebung injiziert, dabei die Einstichstelle immer in gesunder Haut wählend. Bei doppelseitigem Leiden wurde auf beiden Seiten injiziert.

Die Behandlung wurde durch warme Bäder, Massage und passive Bewegungen unterstützt.

Fall 1. Joseph Kr., Steuerbeamter, 43 Jahre alt, sonst gesund, kommt Mitte Juli 1902 zur Behandlung. Isolirtes Infiltrat in der rechten Hohlhand, der Sehne des Ringfingers entsprechend, 4 cm lang und 1½ cm breit, ohne besondere Veranlassung entstanden. Querfalte der Hohlhand hier stark vertieft. Kontrakturstellung des vierten Fingers: die Grundphalanx bildet mit dem Metacarpus bei stärkster Streckung noch einen Winkel von circa 50°. Die beiden anderen Phalangen können gegen die Grundphalanx gestreckt werden.

Therapie: Ende Juli und Anfang August täglich Injektion von 1 ccm Thiosinaminlösung an 20 aufeinander folgenden Tagen. Dann alle acht Tage eine Injektion, bis im ganzen 28 Injektionen gegeben

Fig. 1.

Fig. 2.

¹⁾ Juliusberg, Ueber Wirkung, Anwendungsweise und Nebenwirkungen des Thiosinamins. Mit Literaturverzeichnis. Deutsche medizinische Wochenschrift 1901, No. 35.

²⁾ cf. Münchener medizinische Wochenschrift 1898, No. 27.

³⁾ Janssen, Archiv für klinische Chirurgie Bd. LXVII, S. 761.

waren. Daneben Bäder und Massage. Mitte August war schon eine fast völlig normale Streckfähigkeit vorhanden, die derbe Schwiele war deutlich weicher geworden. Seit Anfang Oktober keine Behandlung mehr.

Status am 15. Februar 1903: vollkommene Streckfähigkeit. Querfalte nur noch wenig vertieft, Infiltrat ganz wesentlich geringer, als zu Beginn der Behandlung, hat sich seit Oktober nicht vergrößert. Keine Beschwerden. Patient ist wieder völlig dienstfähig, mit dem Erfolg sehr zufrieden. Fig. 1 und 2 zeigen den Zustand vor und nach der Behandlung.

Fall 2. Heinrich L., 44 Jahre alt, Oberpostassistent. Status am 22. September 1902: an der rechten Hand Contraktur des vierten Fingers: Grundphalanx, nur leicht flektiert, bildet mit der Mittelphalanx einen stärkeren Winkel, sodass diese zum Metacarpus um circa 80° gebeugt ist. Das entsprechende derbe Infiltrat in der Hohlhand bedingt eine tiefe Einziehung der Querfalte, so tief, dass die sie begrenzenden Wülste sich berühren. Linke Hand: der fünfte Finger ist in ähnlicher Weise, wie der vierte rechts, um circa 75°, der vierte nur leicht, um 15° flektiert. Schwiele in der Hohlhand. Beiderseits beträchtliche Funktionsstörung.

Therapie: vom 22. September bis 17. Oktober täglich eine Injektion von 1 ccm, ohne weitere Maassnahmen. Am 17. Oktober sind die Infiltrate deutlich weicher geworden, die Stellung aber wenig gebessert. Fig. 3 zeigt die Hand in diesem Zustande. Von nun an Injektionen von 1 ccm in jede Hand täglich, nur ausnahmsweise um einen oder wenige Tage unterbrochen. Daneben Massage und warme Bäder; nach dem Einsetzen dieser Unterstützung der Injektionsbehandlung sofort raschere Besserung der Streckfähigkeit. Man hat den Eindruck, dass die durch die Injektionen weicher gewordenen Stränge jetzt den passiven Streckbewegungen relativ leicht nachgeben.

Am 22. Dezember 1902 wird die Behandlung ausgesetzt, weil der Patient, erheblich gebessert, seinen Dienst wieder aufnehmen möchte.

Am 15. Februar 1903 wird eine Nachuntersuchung vorgenommen. Die Infiltrate sind auf beiden Seiten viel weicher und flacher geworden, die früher tief eingezogenen Querfurchen der Hohlhand sind wieder an die Oberfläche gekommen. Der vierte Finger rechts kann fast völlig gestreckt werden. Die noch bestehende Behinderung ist geradezu winzig und verschwindet nach Aussage des Patienten nach warmem Bade und Massage jedesmal gänzlich. Absichtlich wird die Photographie Fig. 4 ohne Herbeiführung solcher vorübergehenden Besserung aufgenommen. Auch an der linken Hand ist die Besserung der Streckfunktion beträchtlich. Der Kranke ist mit der Funktion sehr zufrieden, er turnt mit Ausdauer am Reck ohne Beschwerden, was früher nicht möglich war und ist in seinen beruflichen Verrichtungen ungestört.

Fall 3 war kompliziert: er wurde mir am 26. Dezember 1902 in Hamburg gezeigt wegen einer zwei bis drei Wochen alten Fraktur im Metacarpus und in der dritten Grundphalanx der linken Hand. Eine Dupuytren'sche Contraktur mittleren Grades bildete einen zufälligen Nebenfund. Die rechte Hand war nicht verletzt, zeigte mässige Contrakturstellung aller vier Finger. Es wurden von Herrn Dr. Vissing

in Hamburg auf meine Bitte Thiosinamininjektionen gemacht, die aber an der verletzten Hand nach einiger Zeit zu Cirkulationsstörungen führten, sodass einstweilen ausgesetzt wurde. An der rechten Hand wurden bisher 12 Injektionen vorgenommen. Herr College Vissing war so freundlich, mir mitzuteilen, dass danach eine deutliche Besserung eingetreten ist, sodass die Hand wieder ganz gebrauchsfähig geworden ist. Besonders fiel auf, dass die Schwielen weicher und nachgiebiger wurden. Später ist der Patient durch Ertrinken ums Leben gekommen.

Sehen wir für die Beurteilung von dem letzten, nicht abgeschlossenen Falle ab, so bleibt Fall 1 mit einer fast völligen restitutio ad integrum, die auch kosmetisch operativ kaum so gut hätte erreicht werden können, und Fall 2 mit einem vollauf befriedigenden funktionellen Resultat; dass Operationen kosmetisch wesentlich mehr geleistet hätten, glaube ich auch hier nicht.

Es handelt sich um einen ziemlich leichten und einen mittelschweren Fall. Einen schweren — kann es doch zur völligen Einkrallung der Finger in die Hohlhand kommen — habe ich leider während dieser Zeit nicht in Behandlung bekommen; ich glaube auch, dass wirklich schwere Fälle bei der Thiosinaminbehandlung grosse Anforderungen an die Geduld stellen würden.

Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Einige Male folgten den Injektionen leichte Schwellungen mit geringen Schmerzen. Sie verloren sich regelmässig bis zum nächsten Tage mit Ausnahme der durch Knochenbrüche alterierten Hand im dritten Falle.

Ich hätte gezögert, mit diesen wenigen Fällen hervortreten, wenn es sich nicht um ein Leiden handelte, das relativ selten in unsere Behandlung kommt. Sonst wäre natürlich abzuwarten gewesen, ob nicht nach längerer Zeit Rezidive auftreten und ob nicht manche Fälle sich völlig refraktär verhalten. Namentlich für die schwersten Fälle muss an diese Möglichkeit gedacht werden. Für die leichteren und mittelschweren Fälle glaube ich aber schon jetzt die Behandlung mit Thiosinamin empfehlen zu können, zumal da sich die Kranken nur schwer in diesem Stadium zu einer Operation entschliessen. Sollte sich die Behandlung erfolglos erweisen, so bleibt immer noch die Operation übrig.

Fig. 3.

Fig. 4.