

Kurze Mitteilung.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Basel.

Beitrag zur Osteochondritis deformans coxae juvenilis (Perthes).

Von Dr. Martha Hagenbuch, Assistenzarzt der Klinik.

(Mit 6 Abbildungen.)

Neben den zahlreichen in den letzten Monaten erschienenen Publikationen über dieses in seiner Ursache viel umstrittene Krankheitsbild scheint unsere Mitteilung erwähnenswert, weil der Fall sehr frühzeitig zur Beobachtung kam, im Intervall eines Jahres an beiden Hüften erkrankte und seither genau verfolgt werden konnte.

Das 12 $\frac{1}{2}$ j. Mädchen trat zum erstenmal am 5. IX. 1919 in die Chirurgische Klinik ein. Aus der Anamnese seien nur die für die Erkrankung bedeutungsvollen Tatsachen erwähnt. In der Familie war noch nie jemand hüftkrank gewesen. Ein Bruder des Vaters starb an Lungentuberkulose. Das Kind war von jeher etwas schwächlich, aber nie eigentlich krank.

Der Beginn der Hüfterkrankung links reicht 5 bis 6 Wochen zurück. Als das Mädchen am 10. VIII. 1919 aus den Ferien heimkam, wurde leichtes schmerzloses Hinken konstatiert. Innerhalb der 3 nachfolgenden Wochen traten Schmerzen im linken Knie und Oberschenkel auf, und das Kind ermüdete schnell bei längerem Gehen. Schließlich Einweisung in das Spital als beginnende Coxitis tuberculosa.

Aus dem Status: Allgemeinzustand gut. Lungen ohne pathologischen Befund. Am Hüftgelenk durchaus normale Verhältnisse, auf dem Röntgenbild nichts Krankhaftes zu erkennen. Als einziges Symptom besteht schmerzloses Hinken bei raschem Gehen. Eine Tuberkulinreaktion, 1 mg subkutan, fällt vollkommen negativ aus. Es kann einstweilen noch keine Diagnose gestellt werden. Erst 3 Wochen nach Spitaleintritt läßt sich ein Befund am erkrankten Hüftgelenk erheben. Die Schmerzen im Knie und Oberschenkel sind

seither stärker geworden, so daß das Mädchen auch bei gewöhnlicher Gangart stark hinken muß. Es wird nun Druckempfindlichkeit bei direktem Druck auf den Femurhals von vorn her angegeben, ebenso deutlicher Achsendruckschmerz. Bei passiven Bewegungen im Hüftgelenk geht das Becken mit. Die Röntgenaufnahme zeigt jetzt den Femurkopf diffus aufgehellte, die Epiphysenlinie aufgelockert über dem Schenkelhals deutlich abgebogen und schneckenförmig nach unten vorgewölbt im Sinne einer Coxa vara. Die Kopfepiphyse ist nach unten abgerutscht. Es wird ein Extensionsverband angelegt, der nach 4 Wochen wieder entfernt wird. Auf der neuen Röntgenaufnahme erscheint die Kopfepiphyse noch beträchtlicher nach unten verschoben, der Schenkelhals nach oben und außen abgewichen. Der Knochenschatten der Epiphyse ist verschmälert, stark aufgehellte, fragmentiert. Nochmalige Extension in starker Abduktion, worauf das Röntgenbild nach weiteren 5 Wochen die Epiphyse wieder weiter oben zeigt, wenn auch noch nicht an ihrer normalen Stelle. Anlegen eines Beckengipses für 3 Wochen. Röntgenbild hierauf unverändert. Das Kind wird entlassen mit vollkommen frei beweglichem Hüftgelenk. Auch Abduktion unvermindert, beschwerdefrei. Es handelt sich um typische Perthesche Erkrankung.

Nach Verlauf eines Jahres kommt das Mädchen wieder, diesmal mit Beschwerden im andern, rechten Bein, die seit 4 Wochen bestehen: stechende Schmerzen im Gebiet des rechten Oberschenkels, am stärksten nach langem Sitzen. Beim Femurkopf und vom Knie an aufwärts an der Außenseite des Stehen hie und da Einknicken des Beines im Hüftgelenk. Leichtes Hinken. Im linken Bein waren seit Spitalaustritt nie mehr Beschwerden aufgetreten. Als Befund lassen sich erheben: das rechte Bein liegt unbeweglich in starker Außenrotation. Linkes Bein gegenüber dem rechten um 1 cm gekürzt und um 1,5 cm atrophisch. Druck auf den rechten Schenkelhals von vorn stark schmerzhaft. Deutlicher Achsendruckschmerz in der Gegend des rechten Femurkopfes. Jede passive Bewegung des rechten Beines ist stark schmerzhaft. Aktive Bewegung überhaupt unmöglich.

Röntgenaufnahme: In der linken, klinisch mit normaler Funktion ausgeheilten Hüfte erscheint die Kopfepiphyse nur noch ganz wenig nach unten abgewichen. Der Schenkelhals im ganzen 1½ cm verkürzt, ist in seiner Basis normal, die Epiphysenlinie nicht mehr zu erkennen. Das Kopfstück zeigt einen homogenen eiförmigen Schatten ohne Fragmentierung mit scharf gerundeter, glatter Gelenklinie weitgehend regeneriert. Gelenkspalt 2½ mm breit, glatt, mit scharfem Rand, die frühere starke Coxa vara ist nur noch in leichtem Maße angedeutet. Rechts ist jetzt dieselbe Kopfverschiebung zu sehen, wie sie vor 1 Jahr links bestanden hatte. Aufgelockerte Epiphysenlinie, oberer Pfannenrand unscharf. Kopfkappe aufgehellte,

erscheint fragmentiert mit sklerotischem Kern. Diagnose: frische Perthes'sche Erkrankung rechts.

Nach Anlegen eines Extensionsverbandes in starker Abduktion verschwindet die Schmerzhaftigkeit bald, dagegen besteht hie und da Fieber bis 38 Grad axillar. Später noch abnorm hohe Rektaltemperaturen bei normaler axillarer Messung. Die Untersuchung des Blutes ergibt normalen Hämoglobinwert, nur 3 168 000 rote Blutkörperchen und 10840 Leukocyten. Nach 2 Wochen sind die Temperaturen normal. Der Extensionsverband wird nach 6 Wochen entfernt und die Belastung des Beines wieder aufgenommen. Druckempfindlichkeit und Achsendruckschmerz sind nur in ganz geringem Grade vorhanden, leichte Außenrotation. Passive Bewegungen sind schmerzlos, ausgenommen maximale Flexion. Das Becken geht mit bei Abduktion über 20 Grad, bei Innenrotation und bei maximaler Flexion. Aktiv Heben des Beines unmöglich, Abduktion, Adduktion und leichte Innenrotation können ausgeführt werden. Außenrotation ganz frei. Trendelenburg beidseits negativ. Beim Gehen geht das rechte Bein voraus, der Körper hängt etwas über auf das gesunde Bein. Die Röntgenaufnahme zeigt gegenüber der früheren die Epiphyse noch etwas weiter hinunter gerutscht und den Schenkelhals in seinem medialen, dicht unter der Epiphyse gelegenen Teile sklerotisch verändert. 4 Wochen später Spitalaustritt. Noch leichtes Hinken beim Gehen, indem das rechte Bein geschont wird.

Nach einem halben Jahr fast völlige Beschwerdefreiheit. Das Kind kann mehr als 3 Stunden gehen, ohne zu ermüden. Nur bei Witterungswechsel leichte ziehende Schmerzen an der Außenseite des rechten Oberschenkels, dazu leichtes Hinken. Befund: Längsmaße beidseits gleich, Atrophie des rechten Oberschenkels um 2,5 cm. Im Liegen ziemlich starke Außenrotation des rechten Beines. Keine Druckempfindlichkeit, kein Achsendruckschmerz. Mäßige Lendenlordose. Das rechte Bein wird etwas gebeugt, sobald der Rücken flach aufliegt. Leichter Trochanterhochstand rechts. Die Funktion des linken Beines ist vollkommen normal. Rechts geht schon bei kleiner Exkursion das Becken mit. Innenrotation ist bei Fixation desselben überhaupt unmöglich. Es besteht also eine vollständige Ankylose im Hüftgelenk in leichter Außenrotation und Flexionsstellung. Im Stehen ruht das Körpergewicht auf dem linken Bein, das rechte Knie wird gebeugt, bei Streckung desselben berührt der linke Fuß den Boden nur mit den Zehen. Beim Gehen leichtes schmerzloses Hinken, indem das Becken rechts etwas mitgeht. Dabei mäßige Außenrotation des rechten Beines. Röntgenaufnahme: linkes Hüftgelenk gegenüber früher unverändert — rechts dagegen ist der Krankheitsprozeß erheblich weiter geschritten. Die Epiphysenkappe ist nach unten abgerutscht. Epiphysenlinie nicht mehr zu erkennen. der Schenkelhals ist um 2 cm verkürzt, geknickt und durch höckerige

Knochenauflagerungen erheblich verbreitert. Unregelmäßige sklerotische Struktur von Kopf und Hals. Pfannenrand ebenfalls ergriffen, unscharfe Konturen, kein Gelenkspalt. In der untern Hälfte des Kopfes sieht man eine unscharfe Eindellung mit periostalen Knochenauflagerungen. Der Kopf ist außerdem im ganzen kleiner geworden, der Knochen fleckweise aufgehellte und teilweise sklerotisch verändert. Im obern Teil des Kopfes keilförmige Kontinuitätstrennung.

Epikrise: Bei einem größeren 12 j. Mädchen entstehen bei vorher normalen Hüftgelenken Symptome, welche auf Coxitis tuberculosa hinweisen, nach dem spätern Verlauf ergibt sich eine Perthes'sche Osteochondritis, welche nach einem Jahre eine Perthes'sche Osteochondritis, welche nach einem Jahre zur Ausheilung führt mit weitgehender Restitution des Skelettes. Inzwischen erkrankt unter andauerndem leichtem Fieber die nach dem früheren Röntgenbild normale andere Hüfte unter genau denselben Störungen und anfangs gleichartigen röntgenologischen Veränderungen. Hier bildet sich eine Coxa vara mit starker Verdichtung und Verbreiterung des Schenkelhalses und Ankylose des Hüftgelenkes, so daß der Prozeß zweifellos als chronische Osteomyelitis aufzufassen ist.

Die Ätiologie dieser Erkrankung soll hier nicht näher auseinander gesetzt werden. Gegenüber den mannigfachen Darstellungen, welche versuchen, diese Erkrankung einheitlich als Rachitis (F r o m m e), Belastungsdeformität (D r e h m a n n) oder gar als kongenitale Dystrophie (L e n o r m a m t) hinzustellen, zeigt unser Fall, der frühzeitig beobachtet wurde, zunächst völlig normale Skelettbilder und im weiteren klinischen Verlauf Störungen und Knochenveränderungen, welche durchaus für einen entzündlichen Prozeß sprechen im Sinne einer milde verlaufenden chronischen Osteomyelitis und beweisen, daß wir die von B o r c h a r d und P e r t h e s früher gegebenen Hinweise auf eine entzündliche Ätiologie mit dem geeigneten Namen Osteochondritis durchaus festhalten müssen.

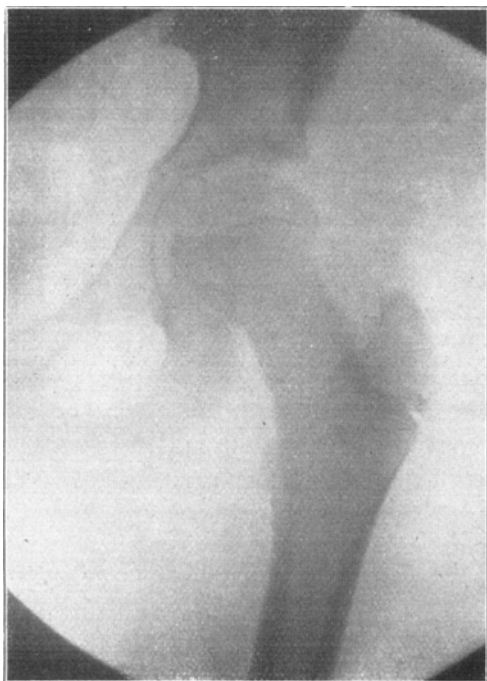


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

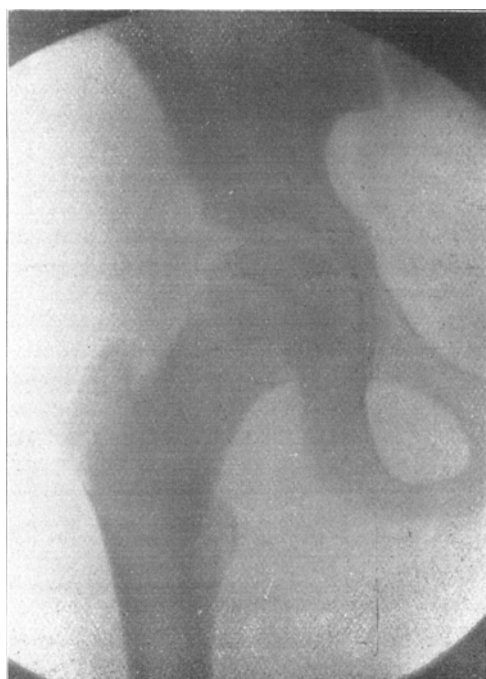


Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.