

Schriftenverzeichnis.

(Nur zusammenfassende Arbeiten der letzten Zeit.)

Berndt, Zentralbl. f. Chirurg. 1924, 49, S. 2686. — *Canon*, Dtsch. med. Wochenschr. 1925, 23, S. 951. — *Dittrich*, Beitr. z. klin. Chirurg. 1924, 132, S. 671. — *Friedemann*, Zentralbl. f. Chirurg. 1923, 48/49, S. 1748; 1922, 25, S. 923. — *Götze*, Chirurg.-Kongr. 1924. — *Heidenhain* und *Fried*, Chirurg.-Kongr. 1924. — *Hofmann*, Arch. f. klin. Chirurg. 1925, 123, S. 51. — *Koch*, Dtsch. med. Wochenschr. 1923, 21, S. 678. — *Laewen*, Zentralbl. f. Chirurg. 1923, 26, S. 1018; 39, S. 1468; Chirurg.-Kongr. 1924. — *Lanz*, ref. Zentralorg. f. d. ges. Chirurg., 11, S. 284. — *Linhart*, Zentralbl. f. Chirurg. 1924, 28, S. 1501. — *Martens*, Dtsch. med. Wochenschr. 1925, 4. — *Rieder*, Zentralbl. f. Chirurg. 1923, 26, S. 1024. — *Roedelius*, Klin. Wochenschr. 1923, 52, S. 2348. — *Rosenbach*, Virchows Arch. 1921, 233, S. 71. — *Schiefferdecker*, Arch. f. Anat. u. Physiol. 1913; Arch. f. mikroskop. Anat. 1921, 95, S. 134. — *Thomann*, Beitr. z. klin. Chirurg. 1924, 132, S. 324.

III.

Chir. Klinik München. (Prof. *Sauerbruch*.)

Dupuytren'sche Kontraktur der Palmar- und Plantaraponeurose.

Von

Dr. **P. Cokkalis**, Assistent der Klinik.

Mit 1 Abbildung.

Eingegangen: 15. 9. 25.

Eine allseitig befriedigende Erklärung für die Entstehung der *Dupuytren'schen* Kontraktur ist bis jetzt nicht gefunden.

Man hat an konstitutionelle Störungen an allgemeine Neigung zu übermäßiger Bindegewebsneubildung gedacht. Zusammentreffen der Kontraktur mit Narbenkeloiden, mit Penisinduration (*zur Verth, Martenstein*) sollte in diesem Sinne sprechen. Man hat weiterhin endogene Ursachen (Diabetes, Gicht) und schließlich auch äußere Schädigungen, wie chronisches örtliches Trauma oder Ulnarisschädigung, angenommen.

Meist handelt es sich um zufälliges Zusammentreffen zweier Krankheitszustände; die innere Verbindung ist oft willkürlich. Eine Systemerkrankung des Bindegewebes gehört zu den Seltenheiten. Ernste Stoffwechselstörungen werden fast immer vermißt. Die Theorie der Ulnarisschädigung entbehrt anatomischer Grundlagen. Die Erkrankung spielt sich keineswegs allein in dem vom Nervus ulnaris innervierten Gebiete ab. Mitbeteiligung des Daumens und des zweiten Fingers wird oft beobachtet. Schmerzen, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen fehlen so gut wie immer, und es ist schwer eine Neuritis

ulnaris anzunehmen, die sich soweit ausdehnt, daß der Prozeß aufsteigend durch das Rückenmark bis auf die andere Seite fortsetzt und obendrein trophoneurotische Störungen ausschließlich in einem umschriebenen Abschnitt setzen soll.

Die Bedeutung des Traumas ist ebenso zweifelhaft. In der Vorgeschichte wird es genau so oft erwähnt wie verneint.

Neues Licht in die Frage nach Entstehung der Dupuytrenschen Kontraktur brachte die Heranziehung der phylogenetischen Gesichtspunkte. *Ali Krogius* hat die Dupuytrensche Kontraktur vom Standpunkt der Vererbung aus betrachtet. In früheren Entwicklungsstufen findet man statt des bindegewebigen Fascienblattes eine Gruppe von kleinen Muskeln (*Musculi flexores manus breves* et *Musculi palmares breves*), die sich bei höheren Säugetierarten allmählich zurückbilden. Diese Muskelbündel strahlen von der Ulnarseite der Metakarpalknochen nach den Fingern aus. Auch beim Neugeborenen kann man gelegentlich noch quergestreifte Muskelemente in der Palmaraponeurose finden. Man darf demnach die *Aponeurosis palmaris* nicht als einfaches Bindegewebsblatt auffassen, sondern als sehninges Gebilde muskulären Ursprungs.

Wesentlich unterstützt wird diese Auffassung durch das Ergebnis der histologischen Untersuchung. Anzeichen eines entzündlichen Vorganges werden vermißt. Die erkrankte Fascie besteht aus parallel verlaufenden straffen Bindegewebsbündeln mit spärlichen langen und schmalen, leicht gewellten Kernen. Elastische Fasern fehlen fast vollkommen (*Krogius*).

Ganz im gleichen Sinne spricht, daß die Erkrankung, wenn auch selten, ähnliche Veränderungen an der Fußsohle setzen kann. Wohl sind diesbezügliche Angaben im Schrifttum sehr spärlich. Neben *Dupuytren* hat später nur *Madelung* eine Plantaraponeuroseschrumpfung gesehen. In den Veröffentlichungen der letzten Jahre wird dieses Vorkommnis nirgends erwähnt. Wir können eine weitere Beobachtung hinzufügen.

52 j. Flößer. Seit 9 J. entwickelt sich die Erkrankung in beiden Händen. 1 J. nach Beginn der ersten Erscheinung merkte der Kranke ein Spannungsgefühl beim Gehen an der l. Fußsohle. Das Gleiche stellte sich bald auch am r. Fuß ein. Abwicklung des Fußes, besonders beim Laufen dadurch behindert. Allgemeine Untersuchung o. B. An beiden Händen typische Kontraktur, welche sich l. auf sämtliche Finger bis an die Radialseite des Daumens erstreckt. R. 3.—5. Finger erkrankt. Entgegen dem gewöhnlichen Verhalten sind am 2. und 3. Finger l. die strangartigen Verdickungen mehr im Bereich der Fingerglieder vorhanden. Die Kontraktur besteht hier im Bereich der Endglieder.

An beiden Fußsohlen, besonders l., fühlt man am medialen Rande einen derben Strang unter der Haut, der bei Dorsalflexion der großen Zehe deutlich vorspringt. Die Beweglichkeit der 1. Zehe ist gegenüber den anderen Zehen deutlich behindert (Abb. 1).

Entsprechend dem Verhalten an der Hand ist das Endglied leicht plantarflektiert und für sich freibeweglich.

Die *Fascia plantaris* macht die gleiche Entwicklung durch, wie die *Palmaraponeurose*. Man findet auch hier in früheren phylo-

genetischen Stufen einen *Musculus plantaris superficialis*, der sich in der Plantarfascie ausbreitet. Er entspricht den Oberflächenbeugemuskeln der Hohlhand. Durch die später erfolgende Anheftung des Muskels am Fersenbeine geht seine Zehenbeugetätigkeit verloren, wobei die muskulösen Anteile sich allmählich zurückbilden. Es entwickelt sich daraus ein bindegewebiges Blatt, die Plantaraponeurose. Man wird auch hier annehmen müssen, daß solche muskulöse tendinöse Anteile, wenn sie in größerer Zahl in der Fascie eingelagert sind, infolge ihrer minder-

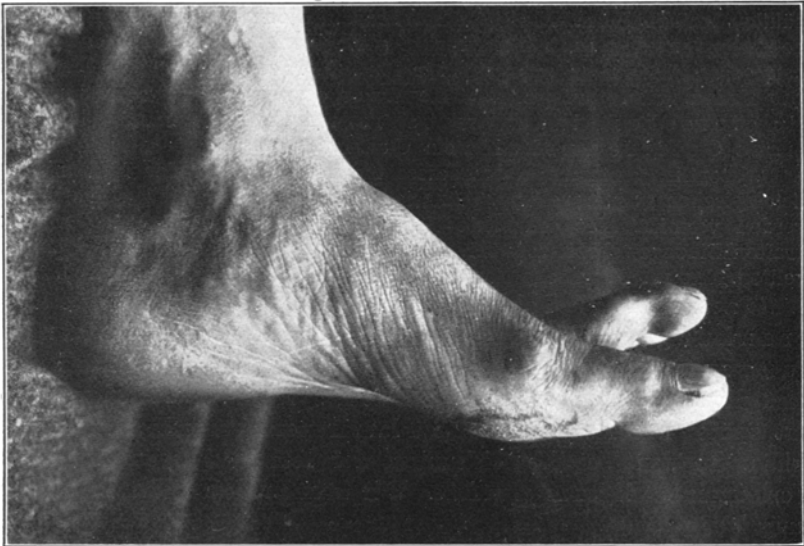


Abb. 1.

wertigen Anlage bei starker Beanspruchung entarten werden. Es kommt dann zu narbig-sehniger Schrumpfung, die ihrerseits je nach der Ausbreitung der ursprünglichen muskulösen Anteile zur Kontraktur führen wird.

Das hier beobachtete Zusammentreffen von *Dupuytrenscher* Kontraktur in Palmar- und Plantaraponeurose stützt die *Krogius*-sche phylogenetische Erklärung der Krankheitsentwicklung.

Nachtrag: *Flaviano Silva* (Brazil-med. 1924, 2, S. 269; ref. Zentralorg. f. d. ges. Chirurg. 1925, 33, S. 75) sah *Dupuytrensche* Kontraktur an beiden Daumen, dann an den Mittel- und Kleinfingern, schließlich an den Fußsohlenfascien auftreten. Er nimmt endokrine Störungen auf Grund von Lues als Ursache an.