

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Tietze (syndrome de)**

**TIETZE, Alexander. - Ueber eine
eigenartige Häufung von Fällen mit
Dystrophie der Rippenknorpel**

*In : Berliner klinische Wochenschrift, 1921, Vol. 58,
pp. 829-31*

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für praktische Aerzte.

Mit Berücksichtigung der Medizinalverwaltung und Medizinalgesetzgebung
nach amtlichen Mitteilungen.

Redaktion:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. Posner und Prof. Dr. Hans Kohn.

Verlag:

August Hirschwald, Verlagsbuchhandlung in Berlin.

Montag, den 25. Juli 1921.

N^o 30.



Achtundfünfzigster Jahrgang.

I N H A L T.

Originalien: Tietze: Ueber eine eigenartige Häufung von Fällen mit Dystrophie der Rippenknorpel. (Aus dem Allerheiligen-Hospital in Breslau.) S. 829.
Cohn: Die Coxa valga luxans. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik Berlin [Direktor: Geh.-Rat Bier]) (Illustr.) S. 831.
Künne und Holmgren: Kasuistischer Beitrag zur schnellenen Hüfte. (Aus dem orthopädischen Versorgungs-Krankenhaus Schloss Charlottenburg [Chefarzt: Reg.-Med.-Rat Dr. Scharif, fachärztlicher Leiter: Reg.-Med.-Rat Dr. Böhm]) S. 832.
Holmgren: Die künstliche Hand beim Doppeltarmamputierten. (Aus dem orthopädischen Versorgungs-Krankenhaus Schloss Charlottenburg.) S. 833.
Hofer: Beitrag zur Diagnostik und therapeutischen Methodik bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. (Aus der III. medizinischen Klinik der Universität Berlin [Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider]) S. 835.
Eisner und Forster: Zur alimentären Hyperglykämie und Glykourie. (Aus dem biochemischen Laboratorium und der I. inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Moabit.) S. 839.
Erdmann: Reorganisationsvorgänge bei „einzelligen“ Lebewesen und ihre Bedeutung für das Problem der „Verjüngung“. S. 842.
Wiesneck: Weitere Versuche über die Herabsetzung der Salvarsan-Toxizität. (Aus der Universitäts-Hautklinik Jena [Direktor: Prof. Dr. Spiethoff]) S. 845.
May: Ein Beitrag zur Frage der Geschlechtsbeeinflussung. S. 846.
Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften: Berliner medizinische Gesellschaft. S. 847. — Hutelandische Gesellschaft zu

Berlin. S. 853. — Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin. S. 853. — Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. S. 854. — Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr. S. 854. — Medizinische Gesellschaft zu Kiel. S. 856. — Aerztlicher Bezirksverein zu Zittau i. S. S. 857.
Bücherbesprechungen: Fuchs: Lehrbuch der Augenheilkunde. (Ref. Silex.) S. 858. — Lehrbuch der Psychiatrie. (Ref. Seelert.) S. 858. — Nonne: Syphilis und Nervensystem. S. 858. Singer: Leitfaden der neurologischen Diagnostik. (Ref. Bielschowsky.) S. 858. — Kindberg: Suggestion, Hypnose und Telepathie. (Ref. Meyer.) S. 858. — Sommer: Leib und Seele in ihrem Verhältnis zueinander. S. 859. Loowy: Krieg, Revolution und Unfallneurosen. S. 859. Hildebrandt: Norm und Entartung des Menschen. Norm und Verfall des Staates. S. 859. Piskler: Schriften zur Anpassungstheorie des Empfindungsvorganges. S. 859. Schmidt: Wie erhalte ich Körper und Geist gesund? (Ref. Henneberg.) S. 859. — Sadger: Friedrich Hebbel. S. 859. v. Muralt: Ein Pseudoprophet. (Ref. Abraham.) S. 860. — Moritz: Ueber die Heilkraft der Natur. (Ref. Posner.) S. 860.
Literatur-Auszüge: Physiologie. S. 860. — Pharmakologie. S. 860. — Therapie. S. 860. — Parasitenkunde und Serologie. S. 861. — Innere Medizin. S. 861. — Nervenkrankheiten und Psychiatrie. S. 862. — Chirurgie. S. 863. — Röntgenologie und Lichttherapie. S. 863. — Urologie. S. 864. — Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 864. — Geburtshilfe und Gynäkologie. S. 864. — Augenheilkunde. S. 865. von Kern: Zum Gedächtnis an Otto von Schjerning. S. 866. Tagesgeschichtl. Notizen. S. 867. — Amtl. Mitteilungen. S. 868.

Aus dem Allerheiligen-Hospital in Breslau.

Ueber eine eigenartige Häufung von Fällen mit Dystrophie der Rippenknorpel¹⁾.

Von

Prof. Alexander Tietze.

M. H. Ich möchte Ihnen über einige eigenartige Beobachtungen berichten, ohne in der Lage zu sein, sie deuten zu können. Die Absicht bei meiner heutigen Mitteilung besteht also nur darin, die Tatsachen trotz ihrer Unsicherheit festzuhalten und Sie zu bitten, auch Ihrerseits diesen Dingen Ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Es handelt sich um folgendes:

Augenblicklich befinden sich in meiner Privatbehandlung drei Damen im Alter von 28, 42 und 50 Jahren, welche alle drei ein fast genau übereinstimmendes Krankheitsbild darbieten. Eine Dame ist Bürogehilfin, eine die Oberin eines Schwesternverbandes, die dritte ist ohne Beruf, alle drei unverheiratet.

Die erste Patentin wurde als Kind von 15 Jahren wegen Halsdrüsen operiert, die zweite hatte vor 10 Jahren einen Spitzenkatarrh und wurde durch einen vierjährigen Aufenthalt im Auslande völlig geheilt; in der Familie der dritten Person sind ebenfalls Fälle von Tuberkulose vorgekommen, doch ist sie selbst an Tuberkulose nicht erkrankt gewesen. Auch bei den anderen Damen findet sich keine manifeste Tuberkulose. Zeichen von Knochenveränderungen sind bei diesen Damen, abgesehen von den gleich zu schildernden, nicht vorhanden. Nur die 42-jährige hat vor einiger

¹⁾ Nach einem Vortrag in der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 6. V. 1921.

Zeit Schmerzen im Grundgelenk der linken grossen Zehe und neuerdings im rechten Daumen verspürt, ohne objektiven Befund. Klinische Zeichen von Laes sind nicht vorhanden, die Wa.-R. ist nicht angestellt worden. Auch sonst erwiesen sich die übrigen Organe als gesund.

Bei allen drei Damen hat sich im Laufe von einigen Monaten eine schmerzhaft Anschwellung der Gegend der oberen Rippenknorpel entwickelt, bei allen dreien auf der linken Brustseite. Bei der 28-jährigen Dame ist nur die Gegend des Sterno-klavikulargelenks und des Ansatzes der 1. Rippe betroffen, bei der zweiten 1., 2., 3. Rippe, bei der 50-jährigen Dame die 2.—4. Rippe. Die Anschwellung ist deutlich zu sehen, noch besser zu tasten, sie ist aber Schwankungen unterworfen: bei der 42-jährigen Dame, bei welcher sie schon seit März 1920 besteht, war sie im Laufe des vorigen Jahres fast verschwunden, kam dann im März d. J. wieder mit intensiven Schmerzen, hat sich aber auch jetzt wieder zurückgebildet. Auch bei der 50-jährigen Dame sind die objektiven Verhältnisse im Verlaufe eines Vierteljahres ganz erheblich besser geworden, auch hat sie viel weniger Schmerzen. Diese Dame macht bezüglich der Schmerzen sehr charakteristische Angaben. Anfang Januar d. J. hätte sie sehr heftige Schmerzen in der linken Brustseite empfunden, die ohne bekannte Ursache, aber so intensiv aufgetreten wären, dass sie manchmal nur hätte 10 Worte sprechen können und dann eine Pause machen müssen. Auch in den ganzen nächsten Wochen hätte sie sehr grosse Schmerzen gehabt, die zunächst permanent gewesen, aber auch bei Druck eingetreten wären, im Bett hätte sie nicht auf der rechten Seite liegen können. Allmählich sei es besser geworden.

Im einzelnen sind die Befunde folgende:

1. Mädchen von 28 Jahren: Das jetzige Leiden hat im März 1920 mit Schmerzen im linken Schlüsselbein begonnen, Ursache unbekannt;

im Mai wurde die jetzt noch bestehende Anschwellung bemerkt, die damals schon so gross war wie heute; sie hat sich gar nicht geändert, war aber immer spontan recht schmerzhaft. Von verschiedenen Aerzten erfolglos behandelt. In letzter Zeit sehr abgemagert, Ernährung in den Kriegsjahren der allgemeinen Lebenshaltung entsprechend. In letzter Zeit könne sie schlecht atmen, „es sei ihr, als ob sie Asthma hätte, sie müsse immer so tief Luft holen.“ Lokalfund: Die Gegend des linken Sternoklavikulargelenks und des Ansatzes der 1. Rippe verdickt und verbreitert. Schon äusserlich ist eine Anschwellung zu sehen. Haut darüber unverändert. Man fühlt eine flache Erhabenheit, unscharf begrenzt, derb, in der Grösse von etwa einem Dreimarkstück. 1. Interkostalraum breit und tief, Interkostalmuskulatur anscheinend verdünnt. Auf Druck keine Schmerzen, dagegen sollen sie spontan auftreten und auch in der Höhe der Knorpelansätze beider 2. Rippen vorhanden sein. Objektiv lässt sich an letzter Stelle ein von der Norm abweichendes Verhalten nicht feststellen. Die allgemeine Untersuchung der Pat. ergibt nichts Besonderes.

Die beiden anderen Krankengeschichten sind einander so ähnlich, dass es genügt, wenn ich nur die eine hier wiedergebe.

2. Frä. K., 50 Jahre alt. Ueber die Familiengeschichte vgl. die früheren Bemerkungen. Pat. selbst angeblich sehr gesund. Bekam Anfang Januar 1921 Schmerzen in der linken Brustseite (vgl. oben) und bemerkte dieselbe eine Schwellung (vgl. oben).

Befund: Die allgemeine Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Lokal: Das Brustbein mit seinen Knorpelansätzen springt etwas stärker hervor, Andeutung eines Pectus carinatum. Auf beiden Seiten Rippenknorpelwinkel stark ausgeprägt. Ganz unzweifelhaft aber besteht zwischen links und rechts eine Asymmetrie insofern, als die linke Seite stärker hervortritt als die rechte. An der 2. Rippe bildet die Knorpelknochengrenze auch schon für das Auge eine knollige Hervorragung, welche auch noch an der 3. und 4. deutlich ist. Die Betastung ergibt, dass der 2. und 3. Rippenknorpel, auch noch der 4., gegenüber der anderen Seite deutlich verbreitert sind; namentlich das Ende des 3. ist so scharf gegen die Rippe abgesetzt und wulstig verdickt, dass man beim Hinübergleiten mit dem Finger vom Knorpel nach der Rippe zu an der Rippenknorpelgrenze direkt in eine Vertiefung zu geraten glaubt, etwa als wenn die Rippe gegen den Knorpel luxiert oder der Knorpelrand stark aufgeworfen wäre. Hier ist auch der Druck auf den Knorpel recht empfindlich, an den anderen Stellen ist dies weniger der Fall, doch war etwa vor 3 Wochen an dem 2. und 4. Knorpel die Betastung jedenfalls nicht unempfindlich. Die Haut ist über der betreffenden Partie unverändert, die subkutanen Venen etwas stärker gefüllt. Die Zwischenrippenräume erscheinen breiter als rechts. Dadurch sieht man die Hervorragung im Rippenknorpelwinkel ganz besonders gut bei der tiefen Inspiration. Wenn man in dieser Atemphase die Thoraxpartie von vorn und seitlich betrachtet, so sieht man bei auffallendem Licht an der Stelle der an der 3. Rippe geschilderten Vertiefung einen deutlichen Schatten.

Zu dieser Anfang März 1921 aufgenommenen Krankengeschichte ist zu bemerken, dass die Schmerzhaftigkeit jetzt, Anfang Mai, fast ganz verschwunden und auch die Schwellung anscheinend geringer geworden ist.

Von dieser Krankengeschichte weicht die dritte, die der 42-jährigen Dame, nur in folgenden Punkten ab: Die Erkrankung betrifft einen bis drei Rippenknorpel, besteht schon seit mehr als 1 Jahr, war in ihrem Verlauf wechselnd (vgl. oben). Heute sind die Schmerzen nur am Ansatz der 1. Rippe vorhanden, von wo sie bis in die Schulter ausstrahlen. Sie treten ohne besondere Ursache unregelmässig und spontan auf. Druckschmerz weniger ausgesprochen. Die Schwellung an der 2. und 3. Rippe ist jetzt fast ganz verschwunden, dagegen ist die Gegend des Schlüsselbein- und des Ansatzes der 1. Rippe am Sternum verbreitert, auf Druck deutlich schmerzhaft. Während man rechts zwischen Schlüsselbein und 2. Rippe bequem einen Finger einlegen kann und einen deutlichen Zwischenraum bemerkt, ist dieser auf der linken Seite nicht festzustellen, vielmehr liegt hier zwischen Schlüsselbein und der gleichen Rippe dicht am Sternum ein deutlicher „Tumor“, unscharf begrenzt, derb und höckerig. Er füllt den durch Zusammenstossen der genannten Knochen bzw. Knorpel gebildeten Raum aus und erweckt den Eindruck eines baselinsgrossen Körpers.

Ich habe die drei Damen zu photographieren versucht, doch sind die Bilder zur Reproduktion nicht geeignet.

Wir haben natürlich Röntgenbilder gemacht. Am deutlichsten ist der Befund bei der 42-jährigen Dame. Hier lässt sich ganz einwandfrei feststellen (Demonstration), dass der Knorpel der 1. Rippe gefasert, unregelmässig gestaltet und anscheinend durch Kalk eingelagerungen verdichtet ist. Die Ansätze der 2. und 3. Rippe sind zu undeutlich zu erkennen, als dass hier von einer sicheren Unterscheidung die Rede sein könnte. Rechts an der 1. Rippe meinte unser Röntgenologe, Herr Dr. Schiller, auch vielleicht eine stärkere Verdichtung am Rippenknorpel zu erkennen, doch ist zum mindesten der Unterschied zwischen rechts und links ganz in die Augen fallend.

Bei dem 50-jährigen Fräulein ist ebenfalls ein Röntgenbefund zu erheben. Am Ansatz der 1. Rippe am Sternum sieht man an diesem eine eigentümlich scharfe, auf der Platte weisse Gelenklinie, der Knorpel dieser Rippe ist unverändert, dagegen enthält

der zweite Rippenknorpel eine deutliche, schmale, keilförmig von oben nach unten gerichtete Kalkinsprengung, während sich in dem dritten ein etwas weniger deutlicher Kalkschatten findet.

Der Röntgenbefund bei der dritten Dame ist ganz unsicher. Ich scheidet ihn am besten ganz aus. Herr Dr. Schiller glaubte eine Veränderung des Knochens bzw. Knorpels ausschliessen zu können und nahm an, dass die auch von ihm gefühlte Schwellung den Weichteilen angehören müsse, im übrigen hielt er auch die in den anderen Fällen deutlich beobachteten Knorpelveränderungen nicht für spezifisch oder besonders charakteristisch. Er machte vielmehr zur Erklärung auf die physiologischen Knorpelveränderungen im Alter aufmerksam, während Herr Prof. Winkler die Knorpelveränderungen mit denen z. B. bei Arthritis deformans verglich. Das ist selbstverständlich richtig, auch ich möchte nicht missverstanden werden und habe keinen Anhaltspunkt dafür, dass ein spezifischer, sonst nicht bekannter Prozess sich etwa in den Rippenknorpeln abspielte, es besteht nur für mich die auffallende Tatsache, dass ich innerhalb weniger Wochen dreimal ein Krankheitsbild gesehen habe, wie es mir innerhalb von 30 Jahren bei einem relativ grossen Material bisher nicht zu Gesicht gekommen ist und das doch auch anderen Aerzten in der Deutung Schwierigkeiten bereitet haben muss, da alle drei Patientinnen mit von anderen Kollegen zur Diagnosestellung zugewiesen worden waren. Das gewöhnliche klinische Bild der Altersveränderungen des Rippenknorpels, jene Sprödigkeit, Vergrübnung, faserige Umwandlung und eventuell Kalkablagerung, welche Freund zu seiner Lehre von der Thoraxstarre und zu dem Vorschlage seiner Operation Veranlassung gegeben haben, liegt hier jedenfalls nicht vor, insofern wenigstens nicht, als diese Erscheinungen, soweit mir bekannt, sich langsam und ohne Schmerzen einzuschleichen pflegen und doppelseitig sind. Auch spricht das relativ jugendliche Alter zum mindesten der einen Patientin gegen die Deutung als gewöhnliche Altersveränderung. Warum sind diese Veränderungen auch nur auf wenige Knorpel beschränkt? Interessant ist übrigens, dass eine Patientin über ein gewisses Symptom der Thoraxstarre klagte, „es sei ihr, als ob sie Asthma hätte, sie müsse immer so tief Luft holen“ — das würde ja aber natürlich nichts für den pathologischen Prozess, sondern nur etwas für die Beteiligung der Rippenknorpel beweisen.

Nachzutragen ist, dass die 50er-in soeben, d. h. 8 Wochen nach der ersten Röntgenaufnahme, noch einmal geröntgt worden ist und zwar ebenfalls von Herrn Dr. Schiller, der, wie ich eben bemerkte, den Befunden skeptisch gegenübergestanden hat. Er schreibt: „Im Knorpel der 1. Rippe links finden sich deutliche Kalk eingelagerungen, geringere streifenförmig ausgedehnte Kalk eingelagerungen sind in den Knorpeln der 2. und 3. Rippe links vorhanden. Geringe Kalk eingelagerungen in den Rippenknorpeln rechts.“ Die Betrachtung der Platte ergibt, dass der Befund gegenüber dem vor 8 Wochen deutlicher geworden ist.

Interessant war mir, dass der Herr Kollege die Schwellung bei der 28-jährigen Dame nach dem negativen Ausfall des Röntgenbildes als durch Schwellung der Nachbarschaft des Knorpels, also vielleicht des Perichondriums und der Weichteile, bedingt erklärte. Diese Anschauung würde eine gewisse Stütze finden in einem 4. Fall, den ich dann noch in Allerheiligen beobachtete und der mir auch in diese Gruppe von Erkrankungen zu gehören scheint: Bei einem 18-jährigen jungen Manne, der früher immer gesund gewesen war, bildete sich vor $\frac{1}{4}$ Jahr an der linken Brustseite oben eine kleine Vorwölbung, die langsam wuchs. Ueber Schmerzen ist leider in der Krankengeschichte nichts notiert. Auf der linken Brusthälfte fühlt man einen flachen, halbfautgrossen, derben, scharf nach der lateralen Seite begrenzten Tumor, der starr mit dem Sternum und der 2. und 3. Rippe zusammenhängt. Es wurde der Verdacht auf einen Tumor ausgesprochen und es wurde auf das Gebilde eingeschritten. Aus der 2. Rippe, die eigentümlich vorgebuckelt erschien, wurde eine Probeexzision vorgenommen. Prof. Hanser berichtet: Die histologische Untersuchung ergab Knorpelgewebe, dessen unregelmässige Anordnung für Tumorbildung spricht; für Malignität keine Anhaltspunkte. Mich machte nun die Notiz über den Tumor stutzig und ich entfernte unter Druckdifferenz die fragliche Geschwulst, welche zwei Rippenknorpel und den angrenzenden Teil des Sternums enthielt. Zu unserer Ueberraschung waren die Rippenknorpel äusserlich nicht verändert, die überkleidenden Weichteile, Perichondrium, Muskulatur, Faszie und Bänder verdickt, doch hat die mikroskopische Untersuchung in diesen entzündliche Erscheinungen nicht nachweisen lassen. Am Knorpel waren die von Herrn Prof. Hanser beschriebenen Veränderungen

zu sehen, ausserdem fanden sich stellenweise Kalkeinlagerungen mit Auffaserung. Die ganze Untersuchung wird aber noch fortgesetzt werden, wie überhaupt der Gegenstand noch weiter verfolgt werden soll.

Fasse ich also zusammen, so handelt es sich um das Auftreten schmerzhafter Schwellungen in der Gegend der obersten Rippenknorpel der linken Brustseite bei drei bzw. vier Individuen im Alter von 18–50 Jahren, welche sich innerhalb von mehreren Wochen bzw. Monaten entwickelt haben und in ihrem Verlauf Schwankungen bzw. Besserungen zeigen.

Ich habe auch schon oben erwähnt, dass ich nicht gern missverstanden werden möchte. Ich weiss sehr wohl, wie viel Unfertiges meine Beobachtungen haben, und möchte vorläufig weiter nichts, als die Frage zur Diskussion stellen: Kommen derartige Veränderungen öfters vor?

Natürlich schliesst sich dann daran sofort die zweite: Worauf beruhen dieselben? Nun, die spärlichen Tatsachen, die einem Erklärungsversuch zugrunde gelegt werden können, habe ich oben angeführt. Ich stelle mir die Sache so vor, dass es sich um Ernährungsstörungen im Knorpel handelt, die zu Zersetzungen und Kalkeinlagerungen führen und von reaktiven Schwellungen der Nachbarschaft begleitet sind. Auf diese Weise würde das Schwanken in den Erscheinungen zu erklären sein. Sucht man aber nach dem Grund für diese Ernährungsstörungen, so liegt es ja nahe, an die Skelettveränderungen zu denken, die wir in den letzten Jahren so häufig als durch Aenderung der Lebensbedingungen hervorgerufene Stoffwechselstörungen kennen gelernt haben.

Die Therapie scheint dem Leiden gegenüber machtlos zu sein, glücklicherweise gehen die Erscheinungen offenbar spontan wieder zurück.

Aus der chir. Universitätsklinik Berlin (Direktor: Geh.-Rat Bier).

Die Coxa valga luxans¹⁾.

Von

Dr. med. Bruno Cohn, Volontärassistenten der Klinik.

Wenn ich heute Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehme für die Coxa valga luxans, so geschieht es deswegen, weil diese Erkrankung des Hüftgelenks, in weiteren Kreisen unbekannt, zu mannigfachen Fehldiagnosen Anlass gegeben hat.

Nachdem Hofmeister und Kocher bereits 1894 eine abnorme Stellung des Schenkelhalses als Coxa vara beschrieben haben, hat Mikulicz den Neigungswinkel zwischen Oberschenkelhals und Schaft durch zahlreiche Messungen festgelegt. Der Normalneigungswinkel ist im Mittel 125–128°. Ist der Winkel kleiner als 108°, so entsteht die Deformität im Sinne der Coxa vara, die um so ausgesprochener wird, je mehr sich der Neigungswinkel gegen 90° verkleinert, ist andererseits aber der Winkel grösser als 140°, so entsteht die Coxa valga.

Das allgemeine Interesse hat sich nunmehr der Coxa vara zugewandt, weil man sie durch operative Massnahmen behandeln kann, die Coxa valga hingegen ist bis in die neueste Zeit als für die Behandlung ungünstig angesehen worden.

Ich möchte hier nicht auf die einzelnen Formen der Coxa valga näher eingehen und verweise diesbezüglich auf meine demnächst erscheinende grössere Arbeit. Uns interessiert nur die Tatsache, dass bei sehr vielen Neugeborenen ein Collum valgum, d. h. ein steil aufwärts strebender Schenkelhals gefunden wird, der sich im späteren Leben erst durch die zunehmende Belastung anders stellt. Bleibt der Hals im Sinne der Valgustellung bestehen, so haben wir die kongenitale Coxa valga vor uns.

Nun hat Klapp im Jahre 1906 als erster darauf hingewiesen, dass Beziehungen bestehen zwischen Collum valgum und Hüftgelenkspfanne. Ist nämlich ein Collum valgum vorhanden und ausserdem ein Schrägstand einer in solchen Fällen meist zu flachen Pfanne, dann kommt es zu einem Zustand, den Klapp als Coxa valga luxans bezeichnet.

Der an dem lang aufstrebenden Hals sitzende Oberschenkelkopf findet in der flachen, schräggestellten Pfanne und besonders an dem wohl vorhandenen, aber schlecht ausgebildeten oberen Pfannenrand eine nur mangelhafte Stütze, er tritt höher hinauf. Man sollte nun annehmen, dass durch die dauernde Belastung des

Beckengürtels der Kopf allmählich die Pfanne gänzlich verlassen und in das Stadium der völligen Luxation treten würde. Das tut er aber nicht, ebensowenig, wie sich das Gelenk in einem Subluxationsstadium hält, bei dem grössere Teile der Gelenkflächen in Berührung bleiben.

Klapp hat dieser Form der Hüftgelenkerkrankung die nähere Bezeichnung „luxans“ gegeben, weil man einerseits aus dem Röntgenbilde den Eindruck gewinnt, als sei der Kopf ständig im Begriff, die Pfanne zu verlassen, und andererseits die Praxis lehrt, dass ein völliges Verlassen der Pfanne nie erfolgt.

Die Pfanne selbst ist in ihrer Deformität als Entwicklungsmissbildung aufzufassen. Dabei spielt vielleicht eine Zwangshaltung des Fötus in utero eine Rolle, jedenfalls ist die vorher erwähnte Pfannenmissstaltung neben dem Collum valgum der zweite für die Coxa valga luxans notwendige Faktor.

Die Wechselbeziehung hängt ursächlich mit dem Umstand zusammen, dass die Pfanne entwicklungsmechanisch in ihrer späteren Form angelegt wird und durch appositionelle Knochenansetzung wächst und tiefer wird, wobei die Bewegungen des Kopfes offenbar einen starken Reiz auf die Ossifikation ausüben. Es handelt sich dabei um einen ähnlichen Vorgang, wie die Beobachtung, dass die Patienten mit einer eingerenkten Hüftluxation, solange sie im Gipsverband liegen, keine Pfannenänderung aufweisen, sondern diese erst nach Abnahme des Verbandes und mit Eintritt der Bewegung einsetzt.

In der missstalteten Pfanne sitzt also der Kopf nicht wie eine Nuss in der Schale, sondern er gleitet wie in einer Mulde und kommt zunächst vorübergehend in ein Subluxationsstadium, um sich später bis zu zwei Drittel seines Umfanges ausser jeder Gelenkverbindung zu befinden.

Ich bin in der Lage, Ihnen an zwei Fällen zu zeigen, wie sich im Laufe der Zeit der Kopf sogar in seiner Form den veränderten statischen Verhältnissen anpasst.

Aetiologisch kommt für das Entstehen der Coxa valga luxans in erster Linie ein mehr oder weniger stark einwirkendes Trauma oder irgend ein das Hüftgelenk treffender Insult in Frage. So geben die Patienten einem Sprung oder Fall die Schuld, oder es wird auch die Veränderung der beruflichen Tätigkeit verantwortlich gemacht, die zu einer stärkeren Belastung des Beckengürtels zwingt. Aber wir haben auch Fälle gesehen, bei denen eine rein toxische Arthritis im Gefolge einer Paerperalinfektion für die Coxa valga luxans auslösend gewirkt hat. Und darauf kommt es an!

Die Patienten sind so lange beschwerdefrei, bis die Beschwerden durch einen äusseren Anlass ausgelöst werden. Anamnestisch haben sie zu irgend einer Zeit einmal vorübergehend in der erkrankten Hüfte Schmerzen gehabt, die völlig verschwanden, bis nach langer Zeit das komplette Krankheitsbild erscheint.

Wir kommen nun zur Symptomatologie der Coxa valga luxans. Die Patienten kommen zum Arzt zumeist im Anschluss an die erwähnten Ursachen wegen schmerzhafter Sensationen in dem erkrankten Hüftgelenk. Sie können z. B. nur mit Schmerzen auf der betreffenden Seite liegen. Ausserdem ist ihnen aufgefallen, dass sie leichter als bisher beim Gehen ermüden, ein Zustand, der besonders bei ansteigendem Terrain und Treppensteigen manifest wird und von starken Schmerzen begleitet ist.

Dann stellt sich auch nach kurzer Zeit ein Hinken ein, das zunächst vorübergeht, später aber bestehen bleibt. Auf Befragen kann man fast stets eruieren, dass Patient bereits früher einmal vorübergehend gehinkt hat, doch wurde das weiter nicht beachtet, da es sich spontan wieder verloren hat.

Zu diesen subjektiven Beschwerden tritt nun ein sich regelmässig gleichermaassen wiederholender objektiver Befund: Man findet zunächst eine Verkürzung der betreffenden Extremität um 1–2 cm. Der Trochanter major steht meist oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie und zeigt eine weite seitliche Ausladung. Damit verbunden ist ein watschelnder Gang, der indes nicht so charakteristisch ist, wie der Entengang bei der kongenitalen Luxation oder der Coxa vara, wie Sie selbst später im Film sehen werden, und ein Schiefstand des Beckens mit kompensatorischer Skoliose und Lordose der Wirbelsäule.

Ferner eine Atrophie der gesamten Muskulatur des Beines und infolge dieser Atrophie die Unmöglichkeit, beim Stehen auf einem Bein mittels der Beckenmuskulatur die erkrankte Seite zu fixieren, d. h. positiver Ausfall des Trendelenburg'schen Phänomens.

Ueberhaupt wird die kranke Extremität nach Möglichkeit entlastet und die gesunde augenscheinlich mehr in Anspruch

1) Vortrag, gehalten am 2. Mai 1921 in der Sitzung der Berliner radiologischen Gesellschaft.