

SINDING-LARSEN, OSLO:

KASUISTISCHE BEITRÄGE ZUR DIAGNOSE
DER KRANKHEITEN IN DER RÜCKENWIRBELSÄULE
UND IN DEM HÜFTGELENK

1. *Die Diagnose der Spondylitis tuberculosa in dem prædeformen Stadium.* Hierüber hat Guildal vor kurzem in einem Vortrag in der dänischen kirurgischen Gesellschaft gesagt: »Ich habe nie ein Röntgenbild eines tuberkulösen focus in einem corpus gesehen und bezweifle, dass es je gelingen werde, ihn nachzuweisen, und ich suche einen focus, wo man später Destruktion des Wirbelkörpers nachgewiesen hat«.

Der Vortragende demonstrierte Röntgenbilder eines solchen focus bei einem 10-jährigen Knaben.

(Guildal hiess casus als beweisend gut.)

2. *Fraktura columnae (?) bei einer neugeborenen.* Röntgenbilder von Columna eines 3-jährigen, 2-monate vorzeitig asphyktisch geborenen Mädchens, das ad modum Schultze stark geschwungen war. Sie hatte allmählich Gibbus unten im Dorsalteil bekommen, ganz schmerzlos. War lebhaft schnellfüssig, sehr klein, kaum rachitisch. Die Bilder zeigen, dass corpora von vert. dors. XI und XII guten Kalkgehalt haben, aber verkrüppelt und gleichwie eingefallen sind; der meniscus zwischen ihnen ist weg, und sie sind mit einander verwachsen. Der Vortragende hatte ähnliche Bilder in unzweifelhaften Fällen von tuberkulöser Spondylitis gesehen.¹⁾ In casu aber war Pirquet zwei Mal ÷ gefunden, und der Redner meinte, die Verkrüppelung der beiden corpora rühre vielleicht von Traumatisierung

¹⁾ Ein vollkommen analoger Fall ist auch abgebildet und als tuberkulöse Spondylitis von P. Pitzen in seiner »Diagnose d. beg. Kn. u. Gel. Tub.« (Abb. 40) gedeutet. (Späterer Zusatz).

(Fraktur) während der Behandlung der Asphyksie post partum her.

(*Robert Hanson* deutete an, es möge eine spina bifida anterior vorliegen).

3. *Röntgenbilder* von zwei Fällen von afebriler und nicht abscedierender vermeintlich tuberkulöser acetabulärer Coxitis bei einem 29-jährigen Manne und einer 20-jährigen Frau, beide hauptsächlich durch ambulante Bandagebehandlung mit Anchylose geheilt. In dem einen Fall war der Sequester schliesslich resorbiert und normale Knochenstruktur retabliert; im anderen Fall hielt er sich unverändert in einer Sequesterhöhle mit sklerotischer Wand.

4. *Röntgenbilder* von einem ähnlichen Sequester im Pfannendach bei einem 7-jährigen Mädchen, das ohne Fieber ein wenig gehinkt und leichte Hüftschmerzen gehabt, Pirquet ++ und einen »kalten« pararektalen Beckenabscess hatte, dessen Hüftgelenk auf den Röntgenbildern aber ganz frei gewesen war. Nach Behandlung mit Krücken und Gipsbandage waren, bei ambulanter Behandlung und normalem Schulgang sowohl Abscess und Sequester im Laufe einiger Jahre verschwunden. Das Hüftgelenk ist jetzt, 7 Jahre nach dem Anfang der Krankheit, ganz normal.

5. *Röntgenbilder* einer stark abscedierenden Coxitis mit schwerer Destruktion von Acetabulum und Caput fem. Schnell entwickelt einige Monate nach diagnostischer Tuberkulininjektion bei 10-jährigem Jungen, der gehinkt und Hüftschmerzen gehabt hatte, dessen Hüft-röntgenbilder aber vor der Injektion vollkommen normal gewesen waren.

Die Tuberkulinreaktion war generell + + gewesen, in der Hüfte aber focal ÷. Der Vortragende hatte Angst gehabt, das Tuberkulin hätte den gewaltsamen Verlauf provoziert. Casus fordert zur Vorsichtigkeit mit Tuberkulin auf, wenn man Verdacht auf eine acetabuläre Coxitis hegt.¹⁾

¹⁾ In Oehleckers »Tub. d. Kn. u. Gel.« wird doch ein Fall einer vollkommen ähnlichen Coxitis abgebildet, vermeintlich ohne vorhergehende Tuberkulinprobe, die der erwähnte Verfasser nicht benutzt. (Späterer Zusatz).

6. *Präepiphyseolytische »foci« in der oberen Femurmetaphyse.* Bei einem 14-jährigen gesunden Mädchen (Pirquet +), die hinkte und Hüftschmerzen hatte, zeigte das Röntgenbild kalkatrophische »foci« in der Femurmetaphyse. Sie bekam wegen Verdacht einer Tuberkulose Gips und Krücke, wurde der Schmerzen entledigt und ging auf dem Bein. Dieses Jahr fand man beim Wechsel der Bandage, dass eine typische Epiphyseolyse während der ambulanten Behandlung trotz dem Gips ganz schmerzlos eingetreten war, die nachher zur coxa vara führte. Keine Zeichen von Coxitis, »foci« verschwunden.

7. Röntgenbilder von *traumatischer Epiphyseolysis acetabularis* beim 5-jährigen Knaben.

8. *Fleckige Kalkatrophie in caput femoris und Usur des Gelenkknorpels in der Hüfte* bei einem 48-jährigen Hauptmann mit teilweise schweren Hüftsymptomen. Das Bild wurde vom Redner bei der Sitzung in Göteborg 1924 als diagnostisches Rätsel demonstriert und wurde da von einigen als Tuberkulose gedeutet, von anderen — worunter der Redner — als eine nicht tuberkulöse Arthritis. Der Patient hatte im 1924 eine kräftige Badebehandlung bekommen und war jetzt mehrere Jahre funktionell — sogar nach militären Forderungen — ganz restituiert gewesen; leider hatte man ihn nicht dazu bewegen können, sich jetzt röntgenphotographieren zu lassen. Die Diagnose würde *arthritis coxae deformans* sein.

9. *Sublux. coxae congenita mit schweren kalkatrophischen »foci« im Dach des Acetabulum* bei zwei nicht-tuberkulösen Frauen in den Dreissigern. Die eine, die bedeutende Plagen gehabt hatte, war vom Vortragenden ein paar Jahre mit Gips- und Lederbandage ambulant behandelt worden und mit normaler Funktion in der Hüfte geheilt, hatte aber auf Röntgenbildern noch ihre juxta-acetabulären »foci«. Diagnose: *Arthritis deformans acetabularis propter sublux. coxae congenita?*

DISKUSSION:

Nils Silfverskiöld, Stockholm:

Im Anschluss an Dr. *Sinding-Larsens* Vortrag über kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose bei Krankheiten der

Wirbelsäule will ich hier nur einen Teil des in Rede stehenden Gebietes berühren, nämlich den der *Sakro-Lumbalgrenze*.

Sowohl klinisch wie röntgenologisch lassen sich in dieser Region krankhafte Zustände beobachten, die allgemein wegen ihrer diagnostischen Schwierigkeiten bekannt sind. Die aufrechte Haltung des Menschen bedingt starke mechanische Beanspruchungen im Winkel zwischen L_V und S_I , an der Grenze zwischen dem beweglichen Teil der Wirbelsäule und ihrem unbeweglichen Teil, dem Kreuzbein. Die schädliche Einwirkung dieser Beanspruchungen wird dadurch noch grösser, dass auf diesem Gebiete nicht sehr selten Anomalien resp. mangelhafte Verknöcherungen vorkommen, die mitunter eine Festigkeitsverminderung mitsichbringen. Ich meine die Spina bifida (occulta) und die Pseudoarthrosen im Bogen des L_V . Zahlreiche Aufsätze in der Literatur der letzteren Jahre haben gezeigt, dass Spina bifida occulta auf diesem Gebiet in einer beträchtlichen Prozentzahl vorkommt, und was die Pseudoarthrosen im Bogen von L_V betrifft, so haben neuere Untersuchungen Belege dafür geliefert, dass auch diese nicht eben selten sind. So fand *L. R. Shore* (Brit. Journ. of Surg. 1929, Jan., S. 431—439) bei nicht weniger als 9,1 % von 56 untersuchten Skeletten einen interartikulär geteilten Bogen mit fibröser statt knöcherner Verbindung. Und *T. A. Willis* wies in einem Aufsatz »The Lumbal-sacral Column in Man, its Stability of Form and Function«, Americ. Journ. of Anat., Bd. XXXII, auf das Vorkommen desselben Verhaltens in 4,28 % von 748 untersuchten Skeletten hin.

Diese oben erwähnten Verhältnisse kamen in den allerletzten Jahren auch in der klinischen Literatur immer öfter zur Sprache, und zwar umso mehr, als die Technik der Röntgendiagnostik verfeinert wurde. So erschienen zahlreiche Publikationen über Fälle mit Spondylolisthesis.

Ich möchte hier Bilder von vier solchen Fällen zeigen, die mir im letzten Halbjahre überwiesen wurden. Sie litten alle an Müdigkeitsschmerzen in der Sakro-Lumbalregion, und waren sämtlich alico loco früher als Lumbago diagnostiziert worden.

Einer der Fälle, ein 17jähriger Jüngling (Abb. 1)¹⁾ leidet an einer ausgeprägten Spondylolisthesis und Spina bifida occulta des Bogens von L_V und des Bogenteiles vom ganzen Sakrum (Abb. 2). Die drei anderen Fälle sind einander ziemlich gleich und können als Spondylolisthesis incipiens bezeichnet werden; einer von ihnen, ein 28jähriger Mann, hat Spina bif. occult.

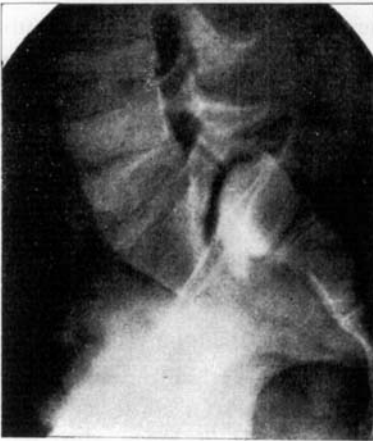


Abb. 1.



Abb. 2.

im Bogen von L_V . Siehe Abb. 3, 4 und 5 (In Professor G. Forsells Röntgeninstitut aufgenommen).

Eine andere Gruppe von krankhaften Zuständen in der Wirbelverbindung zwischen L_V und S_I ist diejenige, die Th. von Barsony gemäss einem Referat unter der Bezeichnung »Die typische Form der lumbosakralen Osteochondropathie« (Orvosi hetilap. 37, 1928) schildert: »Schmerzen, die in den Beinen oder in der Kreuzgegend auftreten, veranlassen den Arzt, im Zweifelsfalle Röntgenaufnahmen anfertigen zu lassen, da sehr oft nur röntgenologisch wahrnehmbare Veränderungen den Sitz

¹⁾ Wurde mir von Dr. A. Lundquists Röntgenabteilung am Krankenhaus in Sundsvall unter der Diagnose Spondylolisthesis überwiesen.



Abb. 3.

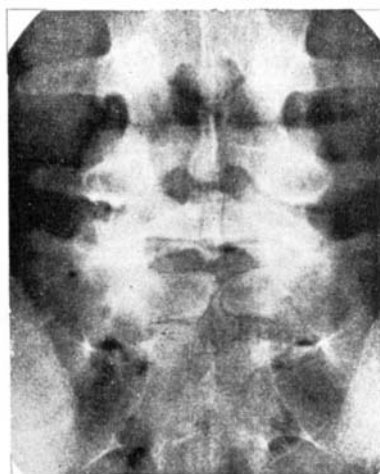


Abb. 4.



Abb. 5.

der Krankheit verraten. Gewöhnlich wird bei diesen Aufnahmen die Gelenkspalte zwischen dem fünften Lendenwirbel und dem Kreuzbein nicht beachtet, und gerade da findet man sehr oft pathologische Veränderungen. Zu einer guten Aufnahme der Gelenkspalte müssen die Patienten so gelagert werden, dass sie entweder die Beine in der Hüfte stark einbiegen, oder



Abb. 6.

die Aufnahme wird in dorsoventraler Richtung gemacht, ähnlich wie bei Gallenblasenaufnahmen. Bei der lumbosakralen Osteochondropathie zeigt das Röntgenbild eine Einengung der Gelenkspalte, die Konturen sind uneben, die Ränder der Wirbel und des Sakrums zeigen eine starke Verdichtung. Die Anamnese ergibt in diesen Fällen Rücken- und Kreuzschmerzen, die oft seit Jahren bestehen, die Patienten nicht bettlägerig machen, aber doch eine starke Beeinträchtigung der Arbeitskraft mitsichführen. Die Schmerzen strahlen auch in die Beine aus. Die Diagnose heisst gewöhnlich Neuralgie, atypische Ischias, Rheuma, Gicht, auch Plattfüsse.

Durch Überweisung vom Röntgeninstitute Prof. *Gösta Forsells* hatte ich kürzlich zwei solcher Fälle zur konsultierenden



Abb. 7.



Abb. 8.



Abb. 9.



Abb. 10.

Untersuchung, und durch Entgegenkommen seines Assistenten, Dr. *H. Hellmer*, bin ich in der Lage, hier eine Serie von 7 Fällen mit Veränderungen zu zeigen, die sichtlich gut mit der oben

wiedergegebenen Beschreibung *Barsonys* übereinstimmen. Als Beispiel seien hier einige von ihnen publiziert (Abb. 6—11).

Pathologisch-anatomisch dürften sie ihre Erklärung in der Degeneration der Intervertebralscheiben finden, die in *Schmorls* bekannten Publikationen auf diesem Gebiete geschildert wurde. Sämtliche Patienten befanden sich im Alter zwischen 43 und 54 Jahren und alle wiesen Lumbagosymptome auf.



Abb. 11.

Bei Betrachtung der Abb. 7, 9, 10, 11 findet man verschiedene Typen der Form und Grösse des Sakrums in dem Winkel, den es mit der Lendenwirbelsäule bildet. Diese morphologischen Variationen dürften auch bei der Beurteilung der statischen und dynamischen Beschwerden zu beachten sein, die in dieser Region vorkommen. Dies geschah auch in dem interessanten Aufsatz von *Scherb* (Zeitschr. f. orthop. Chir. 1928) mit dem Titel »Spondylolisthesis, Sacrum acutum, Sacrum arcuatum, Regio lumbalis fixa«.

Differentialdiagnostisch scheint mir die Verbindung zwischen L_V und S_I in den Fällen, wo sie positive Befunde gibt, nicht zum mindesten für die Heraushebung der Fälle aus der

grossen Gruppe von Bedeutung zu sein, deren Diagnose meist auf Myoneuralgien, Lumbago, Ischias, Muskelrheumatismus oder dergl. lautet.

Da die Frage der Therapie hier ausserhalb des Rahmens der Diskussion liegt, will ich sie hier nur mit einigen Worten berühren. Manche Fälle verlangen keine andere Behandlung als Regimevorschriften, Vermeidung von Überanstrengungen. Fällen mit hochgradigen Beschwerden wird oft durch ein Stützkorsett geholfen. Sollte dies nicht zutreffen, so ist eine Operation modo *Albee* indiziert. Dies auch bei Spondylolisthesis, wo Stabilität durch eine Knochenspange zu gewinnen ist, die mit dem Sakrum, (L_V), L_{IV} und L_{III} verbunden ist. Die Wirbelkörperverbindung zwischen L_{IV} und L_V sichert auf diese Weise die Sakrolumbalverbindung.

Haglund, Stockholm:

Haglund hebt hervor, congenitale Veränderungen im Rückgrat seien nicht so selten und werden bedauerlich oft Gegenstand einer Tuberkulose-Diagnose mit damit folgender Behandlung. Führt Fälle an, wo vollkommen gesunde Personen zum jahrlangen Bettlager verurteilt worden waren.

Betreffs der Spondylolisthesis hob H. hervor, dass sie in drei verschiedenen Gruppen vorkomme: 1) die rein traumatische; 2) die bei spondylitis sacro-lumbalis tuberculosa; und schliesslich 3) eine chronische Verschiebung, die an eine chronische, juvenile Epiphyseolyse erinnert.