

P. G. K. BENTZON, KOPENHAGEN:

CHONDROMATOSIS CAPSULARIS ARTICULATIONIS INTERMETATARSEÆ III-IV

Eine 31jährige Frau wurde am 27. Jan. 1929 zur Behandlung in der Klinik aufgenommen. Sie war nie früher krank gewesen, wusste speziell nichts von einer Läsion des linken Fusses. Die letzten zwei Jahre zunehmendes Unbehagen von seiten des linken Fusses teils als Schmerzen beim Gehen und bei Belastung, teils — und besonders die letzte Zeit — als recht starke, spontan auftretende Schmerzen am distalen Ende des IV. Metatarsalknochens: konnte häufig vor Schmerzen nicht schlafen. Sie war anderswo behandelt worden, ehe sie zu mir kam, und hatte Schuheinlagen mit kräftiger Hebung unter der Querwölbung bekommen, inden man geglaubt hatte, es handle sich hier um einen banalen pes transverso-planus (Morton). Als ich die Patientin zum ersten Male sah, war ich auch am ehesten geneigt, dieselbe Diagnose zu stellen, da der Fuss ausser einer leichten Abflachung der Querwölbung nichts klinisch Abnormes darbot und sie selbst stets angab, die Schmerzen seien am Basis der Zehen. Die starken, spontanen Schmerzen stimmten indessen nicht mit dieser Diagnose überein und als die Patientin einige Wochen nach der ersten Konsultation wieder zu mir kam und immer sehr leidend schien, unternahm ich eine eingehende Röntgenuntersuchung des Fusses, indem ich die Vermutung hegte, einen »Koehler II« könne vielleicht in dem III oder IV cap. ossis metatars. vorliegen. Diese Artikulationen zeigten nichts Abnormes; bei genauerer Untersuchung des Röntgenbildes fand ich aber recht ausgesprochene Strukturveränderungen den Zwischenräumen zwischen den proximalen Enden des III und IV Metatarsalknochens ent-

sprechend. Das stereoskopische Bild (Abb. 1) dieser Stelle zeigte, dass es zwischen den Basen dieser beiden Metatarsalknochen und ein Stück in os cuneiforme II hinein eine längliche Cavität von etwas unregelmässiger Form gab, die aber vom normalen Knochengewebe, das an den meisten Stellen des Grenzgebietes ein wenig vermehrte Kalkhaltigkeit zeigte, scharf abgegrenzt war. Ganz proximal in dem freien Zwischenraum zwischen den beiden Mittelfussknochen war eine ganz



Abb. 1.

kleine, vorwärts-konvexe, schattengebende Brücke vom einen Knochen zum anderen zu sehen. Die Kalkhaltigkeit des Fuss skeletts als Ganzheit war nicht verringert. Nachdem diese pathologischen Verhältnisse nachgewiesen waren, zeigte es sich auch, dass es eine ausgesprochene Druckempfindlichkeit sowohl von der Dorsal- als von der Plantarseite gegen die betreffende Stelle des Fusses gab.

Ich war nicht imstande, eine sichere Diagnose zu stellen, ich schwankte zwischen einem gutartigen Tumor (Chondrom?) oder einer Tuberkulose. Obwohl das Bild bei weitem nicht dem für Tub. typischen entspricht, war ich bei der Operation darauf eingestellt, eine »caries sicca« zu finden; der Umstand,

dass die Patientin eine kräftige positive Pirquet-Reaktion hatte, wirkte in dieser Hinsicht mit.

Man sollte ja glauben, diese Region liege sehr leicht zugänglich für einen operativen Eingriff von der Dorsalseite des Fusses, wenn der Zwischenraum zwischen den beiden Mittelfussknochen als *point de repère* verwendet wird. Da das Leiden

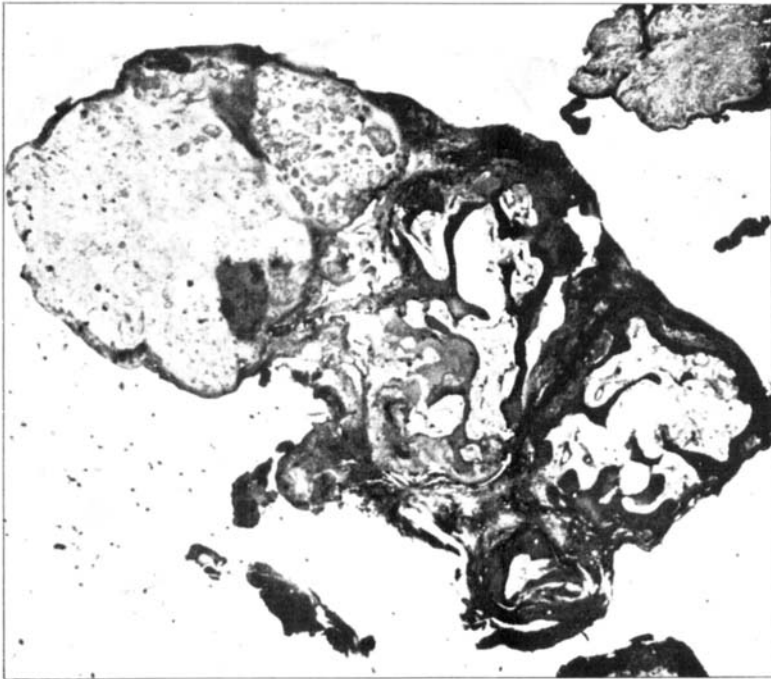


Abb. 2.

nicht an der Dorsalseite hervorgebrochen war, sondern die pathologischen Veränderungen etwa 1 cm plantarwärts gelegen und nur durch Wegmeisseln vom normalen Knochengewebe zugänglich waren, war es keineswegs leicht, den recht schmalen »focus« zu finden, indem man — wenn man nicht über die Lage sehr genau orientiert war — leicht zu lateral oder medial gehen konnte. Ein vorhergehendes genaues Studium des stereo-

scopischen Bildes erleichtert dem Operateur in einem solchen Falle die Orientierung sehr.

Es zeigte sich bei der Operation eine typische Chondromatosis capsularis zu sein mit Bildung von etwa 10 charakteristischen Knorpelperlen (bis zur Erbsengrösse), die zwischen den Basen der beiden Mittelfussknochen ausserordentlich fest eingeklemmt lagen, indem sie sich recht fest in das Knochengewebe »usuriert« hatten — auch ein Stück in das distale Ende des os cuneif. II hinauf. Ich exstirpierte die pathologischen Elemente, so dass ich an allen Seiten normales Knochengewebe hatte, was sich, ohne die Mittelfussknochen zuerst zu durchmeissen, machen liess. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigte es sich, dass die Perlen aus Hyalinknorpel bestanden mit ziemlich grossen Knorpelzellen haufenweise geordnet. An mehreren Stellen war der Knorpel ins Knochengewebe mit wohlentwickelten Knochenbalken und Fettmark umgewandelt. (Abb. 2.)

Ich habe in der Literatur keinen Fall von Chondromatose mit dieser eigentümlichen Lokalisation finden können. Während die Chondromatose anderswo — von transitären Incarcerationsfällen abgesehen — eine bedeutende Entwicklung erreichen kann ohne grösseres subjektives Unbehagen zu verursachen, ist es verständlich, dass die Affektion, wenn sie eine Artikulation mit so wenig Platz wie bei den Intermetatarsalgelenken trifft, durch die starke Spannung und den Druck gegen die umgebenen Knochen sehr schmerzvoll werden muss. — Wenn es in diesem Falle so verhältnismässig früh gelang, das Leiden so weit zu diagnostizieren, dass man bei der Operation die Patientin von der Krankheit befreien konnte, hat die Verwendung von Röntgen-Stereoscopie bei der Untersuchung keinen geringen Anteil. — Die Patientin ist später — letzte Untersuchung im März 1930 — klinisch und röntgenologisch symptomfrei gewesen.