

AUS DER ORTHOPÄDISCHEN KLINIK DES KAROLINISCHEN INSTITUTES, STOCKHOLM (CHEF: PROFESSOR PATRIK HAGLUND) UND DER PATHOLOGISCHEN ABTEILUNG DES MARIA KRANKENHAUS, STOCKHOLM (CHEF: DOKTOR F. WAHLGREN).

EIN OPERIERTER FALL VON TENDINITIS CALCIFICANS TROCHANTERICA

VON
HARALD NILSSONNE

47jährige Frau, Krankengeschichte Nr. 17729.

Anamnese: Vor etwa zwei Jahren stolperte die Patientin beim Aussteigen vom Strassenbahnwagen, stürzte dabei und fiel mit der rechten Hüfte und dem Oberschenkel auf das Strassenpflaster auf. Sie hatte während einiger Zeit Schmerzen in der Hüfte, wurde aber dann beschwerdenfrei.

Vor einem Jahre wieder allmählich zunehmende Schmerzen im rechten Oberschenkel. Den letzten Monat hatte die Pat. starke Schmerzen, namentlich bei Arbeit in kniender Stellung (Scheuern u. dgl.). Die Schmerzen strahlten von der Hüfte in die Aussenseite des Oberschenkels aus; ab und zu auch hochgradige Schmerzen im rechten Knie. In der Nacht wurde sie oft von Schmerzen geplagt, die in das ganze Bein ausstrahlten, so dass sie nicht schlafen konnte. Ein Monat Behandlung mit Wattenumschlägen und Aspirin erwies sich als erfolglos.

Status den 6. III. 30: Grosse und recht kräftige Frau. Allgemeinzustand gut. Innere Organe ohne Befund. Senkungsgeschwindigkeit im Blute nach einer Stunde 9 mm.

Normale Beweglichkeit der Fuss-, Knie- und Hüftgelenke. Lasègue neg. Reflexe o. B.

Pat. markiert deutliche Druckempfindlichkeit über der Spitze des rechten Trochanter major. Sonst nichts Objektives.

Röntgenaufnahme (Fig.1): Hüftgelenk und oberes Femurende o.B. An der Spitze des Trochanter major und etwas lateral davon erscheint ein länglicher, bohnengrosser Schatten mit fleckiger Kalkzeichnung. Innerhalb dieses Schattens ist keine Knochenzeichnung zu beobachten.

Operation 13. III. 30 (Verf.): Lateraler Schnitt über dem Trochanter major. Bei Durchschneidung des M. gluteus maximus tritt eine zwischen ihm und der Insertion des M. gluteus medius befindliche straff gespannte Bursa zutage. Diese Bursa ist beinahe pflaumengross, und ihre Wand



Fig. 1.

weist eine beträchtliche Gefässinjektion auf. Weder in der Bursa noch in ihrer Wand ist Kalk vorhanden. Exstirpation der Bursa. Da diese Stelle dem Röntgenbefund entspricht, wird ein Schnitt in die Insertion des *M. gluteus med.* unter dem Boden der Bursa gelegt. Hier findet man im *M. gluteus med.* unmittelbar oberhalb der Spitze des *Trochanter major* einen spindelförmigen, krachmandelgrossen Hohlraum, der mit einer gelblichen, schmierigen, feinkörnigen Kalkmasse ausgefüllt ist. Exzision dieses Gebietes. Sutura.

22. III. 30: Heilung p. p. Pat. ist seit einigen Tagen vollkommen frei von Schmerzen und betrachtet sich als ganz wiederhergestellt.

Pathologisch-anatomische Untersuchung (Dr. Wahlgren): Das Bindegewebe der Bursawand ist hyalinisiert und weist stellenweise noch andere regressive Veränderungen mit Auflösung der Zellen und der Zwischensubstanz auf. Entzündliche Zellinfiltrate können nicht nachgewiesen werden; auch von einer Kalkinkrustation ist nichts zu sehen. Die Bindegewebezellen, die regressive Veränderungen zeigen, nehmen in den äusseren Schichten eine leicht blaue Farbe an. Diese Farbe könnte wohl auf einer diffusen Inbibition von Kalksalzen beruhen, was jedoch unsicher ist, da keine Kalkablagerungen in der gewöhnlichen Form von Klumpen und Schollen vorhanden sind.

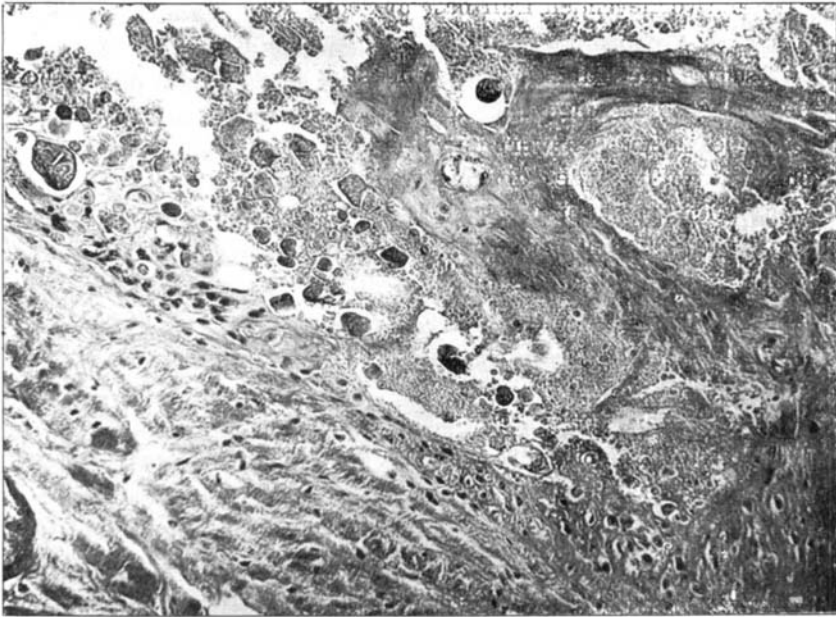


Fig. 2.

Links Sehngewebe; zentral kalkkörnige Detritusmassen, in deren Mitte metaplastische Verknöcherung vorhanden ist.

In den zentralen Teilen der Sehne fehlt die normale Struktur vollständig und alle Kerne sind verschwunden. Diese Teile sind diffus blau gefärbt mit eingestreuten, unregelmässig geformten Kalkschollen und Körnern. Hier und da findet sich eine Verknöcherung (Fig. 2) des abgelagerten Kalkes und in den peripheren Teilen der Sehne sieht man stellenweise Nekrose der Faszikel und beginnende Kalkablagerung.

Entzündliche Veränderungen wurden nicht beobachtet.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Tendinitis calcificans.

Meiner Meinung nach ist dieser Fall — obgleich nur ein Einzelfall — wert publiziert zu werden, da er vieles von Interesse bietet.

Der Fall scheint den bekannteren Fällen von Peritendinitis calcificans in der Schulter vollkommen analog zu sein. Die Lokalisation dieses Prozesses in der Trochanterregion ist nicht so oft beobachtet worden; jedenfalls findet sich kein ähnlicher, operierter Fall beschrieben.

Beim vorliegenden Fall besteht keine Peritendinitis sondern der Prozess muss als Tendinitis calcificans bezeichnet werden. Die schmierige Kalkscholle befand sich im Zentrum der Sehne des *M. gluteus med.*, deren äussere Schichten intakt waren. Besonders bemerkenswert ist, dass stellenweise eine echte Knochenumwandlung des abgelagerten Kalkes stattgefunden hat, was in den früher publizierten Fällen ähnlicher Prozesse in der Schulter nicht beobachtet worden ist. Dies dürfte wohl als eine späte reaktive Veränderung aufgefasst werden und auf eine ausgeprägte Chronizität des Falles deuten. Die Pat. hatte auch seit einem Jahre Symptome, welche besonders im letzten Monat zugenommen hatten.

Es ist mir stets merkwürdig erschienen, dass die in der Schulter lokalisierte Peritendinitis calcificans, die meist ein so charakteristisches Symptomenbild mit heftig einsetzenden neuralgischen Attacken aufweist, die jedoch durch eine schonende Therapie relativ oft schnell zum Verschwinden gebracht werden können, von einer Kalkablagerung um die Sehne oder in deren Innerem bedingt sein sollte; dies dürfte ja ein relativ chronischer Prozess sein. Im Anschluss an einen Vortrag von *Perman* über dieses Krankheitsbild (*Svenska Läkaresällskapets förhandlingar* 1926) äusserte *Waldenström*, dass die Kalkablagerung an sich keine Symptome geben könne. Erst wenn sie die darüber liegende Bursa zur Inflammation reize, erscheine das charakteristische Symptomenbild.

Der Operationsbefund in meinem Falle bestätigt vollkommen die Richtigkeit der Auffassung *Waldenströms*. Als ich dem *M. gluteus maximus* durchschnitt, trat eine pflaumengrosse Bursa zutage, die straff gespannt und zwischen den Muskelschichten des *M. gluteus maximus* und *medius* eingeklemmt war. Die Reizung durch den Prozess in der Sehne des *M. gluteus med.* hatte eine Bursitis trochanterica hervorgerufen und diese Bursitis war es, die die neuralgischen Schmerzen verursachte.

Der Zusammenhang dieser Krankheit mit einem Trauma dürfte wohl zu den Ausnahmen gehören. Am häufigsten erscheint das Symptomenbild ähnlich wie das eines akuten Gichtanfalles ohne nachweisbare Ursache. In Einzelfällen kommt es

jedoch vor, dass ein Trauma für die Diskussion der Genese von Bedeutung sein kann, namentlich vom Gesichtspunkte der Unfallversicherung. *Troell* bespricht (in der Diskussion nach dem Vortrag *Permans*) einen Fall, wo ein Mann mit Peritendinitis calcificans subdeltoidea vor einem Jahre einem direkten Trauma gegen die Schulter ausgesetzt gewesen war. In meinem Falle war die Pat. gestürzt und mit der Hüfte auf das Straßenpflaster aufgeschlagen, wonach sie einige Zeit Schmerzen hatte. Erst nach einem Jahre trat das Symptomenbild auf, das die Operation veranlasste. Es lässt sich da denken, dass dieses Trauma einen Schaden des Gewebes verursacht hatte und dass der degenerative Verkalkungsprozess sich nachher in dieser Region lokalisierte. Wenn dieser vor einem Jahre erlittene Unfall den Pat. bei der Arbeit betroffen hätte, wäre der nachfolgende Krankheitsprozess meines Erachtens vom Gesichtspunkte der Unfallversicherung als Berufsunfall anzuerkennen gewesen.