

Ueber einen Fall der Madelung'schen Deformität auf den Truk-Inseln in der Südsee und ihre Beziehung zur Framboësie.

von

T. MATSUNAGA.

(Direktor des Truk-Hospitals, Truk, Südsee.)

南洋トラツク島ニ於ケルマーデルング氏畸形ノ

一例及本病ト Framboësie トノ關係ニ就テ

南洋トラツク島海軍病院長

松 永 照 太

- I. Einleitung.
- II. Der Fall.
- III. Aetiologische Untersuchung.
- IV. Zusammenfassung.

I. Einleitung.

Einer Anregung von Professor Dr. H. Ito der Kaiserlichen Universität Kyoto folgend, versuche ich seit November 1923, also seit etwa drei Jahren, die Häufigkeit der Rachitis auf den Truk-Inseln in der Südsee festzustellen. Ich untersuchte viele Leute in diesem Gebiet, konnte aber keinen einzigen Fall von rachitischer Erkrankung finden.

Dagegen begegnete mir am 9. September 1926 ein Patient mit Madelungscher Deformität, der aber auch nicht an Rachitis litt.

Die Madelungsehe Deformität ist eine seltene Krankheit, für deren Aetiologie verschiedene Theorien aufgestellt worden sind. Viele Autoren nehmen an, dass diese Deformität zur Rachitis in sehr inniger Beziehung steht, was aber nach dem oben Bemerkten an meinem Patienten nicht zu erweisen war. Dagegen fand sich bei ihm eine Komplikation mit Framboësie vor. Ich will im Folgenden diesen Fall unter besonderer Berücksichtigung seiner Aetiologie beschreiben.

II. Der Fall.

Rasse : Karoliner (Mikronesier).

Name : Menko.

Alter 17. Lebensjahr.

Geschlecht : Männlich.

Datum der ersten Diagnose : 9. September 1926.

Anamnese.

Hereditäre Belastung. Die Grosseltern väterlicher- und mütterlicherseits starben an einer dem Patienten unbekannten Krankheit. Vater und Mutter sind zur Zeit gesund. Pat. hat drei Brüder und drei schwestern und ist selbst das viertälteste Kind. In der Familie sind Erkrankungen, die der seinen ähnlich sind, nicht nachweisbar.

Vorgeschichte. Der Patient wurde von seiner Mutter gestillt. In seiner Säuglingszeit litt er an kleinen Geschwüren sekundärer Framboësie am Munde. Im 11. oder 12. Lebensjahre hatte er ein framboësisches Geschwür an der rechten Fusssole. Syphilitische Anamnese its nicht vorhanden. Sonst ist nichts Besonderes zu bemerken.

Das jetzige Leiden. Vor ca. drei Jahren bemerkte der Patient eine leichte Deformität an beiden Handgelenken und seitdem eine allmähliche Verschlimmerung bis zum heutigen Tage. Von Anfang an waren spontane Schmerzen,

Druckempfindlichkeit und Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden. Aber seit kurzem klagt der Kranke über geringe Beugestörungen.

Status praesens.

Mittelgrosse Statur. Knochenbau und Muskulatur gut entwickelt. Ernährungszustand gut. Subkutanes Fettgewebe nicht verändert. Haut und sichtbare Schleimhäute nicht anämisch. Der Kopf ist normal geformt, gut behaart; kein abnormer Haarausfall. Der Gesichtsausdruck ist normal. An den Hör- und Sehorganen sind keine Abnormitäten zu beobachten. Am linken Mundwinkel findet sich eine eigentümliche, taubeneigrosse Narbe, wie solche Narben von framboesischen Geschwüren zurückzubleiben pflegen. Gebiss regelmässig; Zähne gut entwickelt nicht kariös, Lippen, Schleimhaut der Mundhöhle, Zunge, Rachen und Tonsillen normal. Puls regelmässig, gut gespannt, Frequenz ca. 74. Bau des Thorax, Rippen, Sternum und Wirbelsäule sind ohne Abnormitäten. Auch sind an den Organen der Brust und des Bauches keine krankhaften Veränderungen nachzuweisen. An den Lymphdrüsen des Halses, der Achselhöhlen und der Inguinalgegend sind durch Tasten keine abnormen Vergrösserungen festzustellen.

An den unteren Extremitäten findet sich nichts Abnormes vor. Dagegen befindet sich an der rechten Fusssole ein erbsengrosses Geschwür sekundärer Framboësie. Symptome von rachitischer Erkrankung, z. B. rachitische Skoliose, Hühnerbrust, rachitischer Rosenkranz, Zweigwuchs, X-Beine, O-Beine sind nicht vorhanden. Sachs-Georgische Reaktion stark positiv.

Befund an den oberen Extremitäten. An beiden Vorderarmen, besonders an den Handgelenken, ist eine eigentümliche, beiderseitig ungefähr gleichstarke Deformität deutlich zu beobachten.

Das Cap. ulnae springt an der Dorsalseite stärker vor als bei einem Gesunden und täuscht eine Subluxation des Handgelenks vor.

Besonders bei Beugung der Hand im Handgelenk nach unten sind auf der Oberseite unter der Haut über diesem

Gelenke die Sehnen der Dorsalmuskeln deutlich sichtbar, und auch auf der Volarseite zwischen der Hand und dem Vorderarm fallen die „brückenartig“ hervortretenden Beugesehnen auf.

An der Grenze zwischen der Hand und dem Vorderarm ist eine Einsenkung vorhanden.

Es verschiebt sich die ganze Hand bei Ueberanstrengungen der Beugemuskeln nach der Volarseite, und es treten auf der Volarseite die Enden der Vorderarmknochen stark hervor.

Das Handgelenk ist mässig breiter als das eines Gesunden.

Beide Vorderarme sind verkürzt.

Der Radius ist deutlich nach der Volar- und auch Radialseite gebeugt. Ebenso ist die Ulna im vorderen Drittel mässig stark nach der Volar- und ein wenig nach der Ulnarseite gebeugt.

Die Beugung des Handgelenks nach der Volarseite ist ein wenig gehemmt, aber nach der Dorsalseite hin ist die Störung nicht nachweisbar.

Die Kraft der Hand ist normal geblieben. Sensibilitätsstörung, Druckempfindlichkeit und spontane Schmerzen sind nicht vorhanden.

An den Unterschenkelknochen sind keine Abnormitäten nachweisbar.

Röntgenuntersuchung. Die Knochen beider Vorderarme sind verkürzt, aber beiderseits die Ulna weniger als der Radius.

Auch sind die Vorderarmknochen im allgemeinen mässig konkav nach der Volarseite hin gekrümmt, besonders an dem dem Handgelenk nahen Teil.

Der Radius ist nach der Volar- und gleichzeitig nach der Ulnarseite verkrümmt, ebenso die Ulna konkav nach der Volar- und nach der Ulnarseite. Jedoch ist die Verkrümmung der letzteren weniger stark als die des ersteren.

An den Knochenenden des Radius und auf den Handgelenkflächen erschienen Röntgenschaten, die auf der Radiusseite deutlich, auf der Ulnarseite dagegen undeutlich waren.

Die Radiusenden schliessen sich auf der Ulnarseite nicht gut an die erste Reihe der Handwurzelknochen an, so dass man eine Subluxation vor sich zu haben glaubt.

Die Röntgenschaten der Knochen sind im allgemeinen scharf, aber an den mittleren Teilen des Radius auf der Ulnarseite auf der Länge von einem Viertel des ganzen Knochens etwas undeutlich.

Exostose oder andere Veränderungen sind nicht festzustellen.

(Fig. 1 und 2 sind die Röntgenbilder von beiden Vorderarmknochen.)

An den Unterschenkeln sind durch Röntgenuntersuchung die gleichen Abnormitäten nicht nachzuweisen.

Auf Grund des oben geschilderten Befundes können wir leicht die Diagnose auf Madelung'sche Deformität an beiden Oberextremitäten stellen.

III. Aetiologische Untersuchung.

1. Geschlecht und Alter.

Die Madelung'sche Deformität kommt nach Tocoulet überwiegend beim weiblichen Geschlecht vor. Unser Fall jedoch betrifft einen Mann.

Sie wird im allgemeinen im 15. bis 18. Lebensjahre beobachtet. Nach Siegist beginnt sie häufig im 12. bis 18. Lebensjahre.

Unser Kranker steht jetzt im 17., und nach seiner Angabe begann die Krankheit in seinem 14. Lebensjahre.

Diese Tatsachen stimmen mit Siegist's Angaben überein.

2. Mechanische Reize und Traumen.

Viele Autoren behaupten, dass ein gewisser Reiz oder ein Trauma die Ursache der Deformität sei. In meinem Falle jedoch können weder Reiz noch Trauma verantwortlich gemacht werden, da nach meiner genauer Untersuchung der Patient keinen Beruf ausübt, welcher eine Ueberanstrengung besonders der Volarmuskeln der Arme, wie Madelung

es hervorhebt, mit sich bringt. Auch sind sonstige verdächtige Traumen nicht nachweisbar.

3. Heredität.

Viele Autoren glauben, dass die Deformität etwas mit Heredität zu tun habe, und nach Esto soll das in 40% der Fälle der Fall sein. Bei meinem Falle spielt aber Heredität keine Rolle.

4. Rachitis.

Rachitis wird als wichtige Ursache der Deformität angenommen. In diesem Fall ist jedoch nichts von einer rachitischen Erkrankung als Komplikation nachzuweisen. Nach meiner Untersuchung ist überhaupt Rachitis in dieser Gegend sehr selten.

5. Pels-Leusden wies auf Unregelmässigkeiten in der Verknochernungszone am distalen Radiusende als Ursache hin. Erkrankungen, welche am distalen Radiusende eine Wachstumsabnormität verursachen können, sollen auch als Ursache dieser Deformität in Frage kommen.

6. Takaori beschreibt einen Fall unserer Deformität, wobei der Patient zugleich an Tuberkulose litt. Er vermutet, dass Rachitis, Tuberkulose, Syphilis u.s.w., welche am distalen Radiusende eine Wachstumsabnormität verursachen können, auch in gewisser Beziehung die Ursache der Deformität seien. Das ist nicht unmöglich. Der von mir hier beschriebene Fall von Madelungseher Deformität aber steht in keiner Beziehung zu Rachitis, Tuberkulose oder Syphilis.

7. Dagegen fand ich bei dem Patient eine Komplikation mit sekundärer Framboësie.

Framboësie ist eine der Syphilis sehr ähnliche Krankheit, und ihre Erreger sind auch Spirochaeten, welche 1923 von Castellani entdeckt wurden und bis heute morphologisch von der Spirochaeta pallida nicht zu unterscheiden sind.

Auch die Symptome der Framboësie sind denen der Syphilis sehr ähnlich, und die verschiedenen Erkrankungen des Periosts, Knochens und des Knorpels, die von Framboësie herrühren, ähneln in hohem Masse den durch Syphilis hervorgerufenen Erscheinungen.

Wenn Syphilis die Ursache der Madelungsehen Deformität sein kann, so mag das auch für die Framboësie gelten.

Auch ich vermute in meinem Fall eine sehr innige Beziehung zwischen Framboësie und der Deformität und halte es nicht für ausgeschlossen, dass die Framboësie die Ursache der Deformität ist.

Jedenfalls sollten die Ärzte, welche tropische Krankheiten behandeln, eine etwaige Beziehungen zwischen Framboësie und der Madelungsehen Deformität immer im Auge behalten.

IV. Zusammenfassung.

1. Der vorliegende Fall von Madelungseher Deformität weist keine starken Bewegungsstörungen, keine spontanen Schmerzen oder Druckempfindlichkeit oder Sensibilitätsstörungen auf. Der Patient kam nicht zwecks Behandlung zu mir, sondern ich stiess zufällig auf den Fall.
2. Der Patient steht jetzt im 17. Lebensjahre. Der Krankheitsbeginn fällt nach seinen Angaben in sein 14. Lebensjahr.
3. Die Krankheitsherde befinden sich an den beiden Oberextremitäten, dagegen sind beide Unterextremitäten davon verschont.
4. Ich kann als Ursache dieser Deformität weder Rachitis, noch Tuberkulose, noch Syphilis, noch Reiz durch Ausübung eines Berufes, noch ein Trauma, auch nicht Heredität oder Exostose u.s.w. erkennen; dagegen liegt beim Patienten eine Komplikation mit sekundärer framboësischer Erkrankung vor.
5. Framboësie ist ihrer Aetiologie, ihren Symptomen und der Therapie nach der Syphilis sehr ähnlich. So können z. B. die Krankheitserscheinungen am Perioist, an den Knochen und Knorpeln den im Zusammenhang mit Syphilis auftretenden zum Verwechseln ähnlich sein. Wenn Tuberkulose oder Syphilis solche Knochenerkrankungen und die Madelungsehe Deformität hervorrufen können, ist auch die Framboësie als Ursache der Deformität nicht von der Hand zu weisen.
6. Jedenfalls sollten das Ärzte, welche tropische Krankheiten untersuchen, immer im Auge behalten.

Literatur.

1. Ueber die Madelung'sche Deformität mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung. R. Takaori. Archiv für japanische Chirurgie. Erste Band. Am 9. Mai. 1924. S. 552-565.
2. Die spontane „Subluxation“ des Handgelenks (Madelung) Albert Hoffa. Orthopädische Chirurgie. II. Band. S. 51-52.
3. Deformität des Handgelenks. Prof. Vullstein und Prof. Wilms. Lehrbuch der Chirurgie. Dritter Band. S. 130.
4. Das Chondrom. Erich Lexer. Allgemeine Chirurgie. II. Band. S. 262-264.
5. Ostéite hypertrophique au cours du pian. Bull. Soc. Path. Exot. 1920. Apr. Vol. 13. No. 4. pp. 315-324.
6. Parangi. Spittel. Ceylon Branch of the Brit. Med. Assoc. 1922. May-Aug. Vol. 19. Pt. 2. pp. 1-14.
7. Framboesia tropica. Castellani & Chalmers. Manual of tropical medicine. 1919. pp. 1536-1564.
8. Yaws. Manson-Bahr. Manson's tropical diseases. 1921. pp. 526-540.
9. Framboesie. Prof. Dr. Reinhold Ruge und Dr. Max. Zur Verhütung von Tropenkrankheiten und Tropenhygiene. 1912. S. 167-177.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1 und 2 sind die Röntgenbilder von beiden Vorderarmknochen.

摘 要

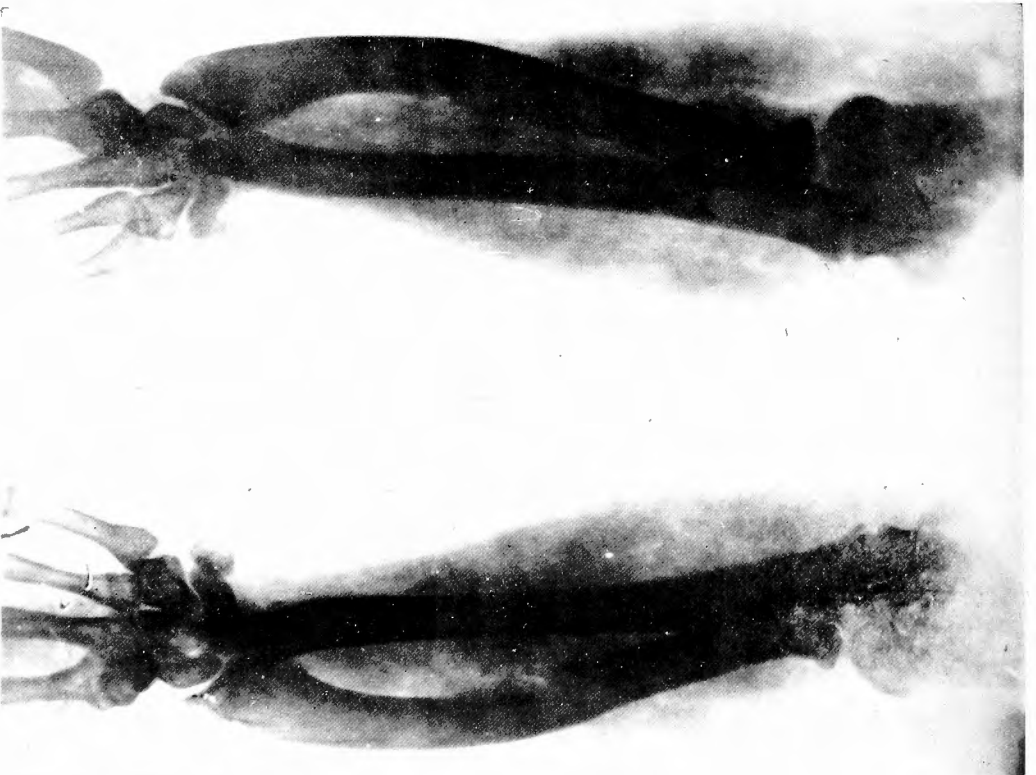
著者ハ南洋トラツク島ニ於テマーデルング氏畸形ノ一例ヲ經驗セリ、患者ハ十七歳ノ男子ニシテ十四歳發病セルガ下肢ニハ來ラズ上肢ノ兩側ニ來レリ軍動障礙、自發痛、壓痛及感覺障礙強度ナラズ。

本病ノ原因ニ就テ著者ノ一例ガ Frambösie ト續發セシハ本病ト Frambösie トノ間ニ密接ナル原因的關係アルコトヲ思ハシム。

Fig. 1.



Fig. 2.



MATSUNAGA : Ueber einen Fall der Madelon'schen Deformität auf den Truk-Inseln in der Südsee und über ihre Beziehung zur Framboësie.