

### X. Medicinischer Verein zu Greifswald.

Sitzung Sonnabend den 30. Mai 1884. Abends 7 Uhr.

Vorsitzender: Geh. Med.-Rath Pernice.

Protokollführer: Stabsarzt Schondorff.

Professor Mosler: Ueber Spindelzellensarkom des Kreuzbeins als Ursache von Ischias postica.

M. H. die Ischias ist eine bei uns sehr häufig vorkommende Neurose, in Folge klimatischer Verhältnisse ist sie vielfach durch Erkältung bedingt. Zu wiederholten Malen habe ich Ischias aus dieser Ursache bei Aerzten unserer Provinz gesehen. Leider zeigen die rheumatischen Fälle hier grosse Hartnäckigkeit, weshalb ihre Kur oft Monate lang in meiner Klinik dauert. Die Ischias hervorruhenden Neubildungen des Beckens hatte ich früher noch keine Gelegenheit zu beobachten. Um so grösseres Interesse hatte für mich der folgende Fall, über den ich heute in Kürze zu berichten mir gestatte.

Th. L., 54 Jahre alt, Schäfer aus G., gab an, dass sein Vater im 72. Lebensjahre an Leberverhärtung, seine Mutter im 74. Lebensjahre an einer Brustkrankheit gestorben sei. Kinderkrankheiten hat Patient, soweit er sich erinnern kann, nicht durchgemacht. Die Lungenentzündung hatte er 2mal überstanden. Auch an gastrischem Fieber litt er.

Vor ca. 4 Wochen bekam er Reissen und Stechen in der rechten Hüfte und im rechten Oberschenkel. Die Schmerzen strahlten bis in die Mitte der Wade aus und wurden so heftig, dass Patient schliesslich nicht mehr laufen konnte und sich am 28. Dec. 1883 in meine Klinik aufnehmen liess.

Stat. praes. vom 29. Dec. Pat. von mittlerer Statur, kräftigem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur und entsprechendem Panniculus adiposus. Gesichtsfarbe blass, Schleimhäute anämisch. Thorax zeigt mässige Wölbung und dehnt sich bei der Inspiration genügend aus. Der Herzstoss ist nicht zu erkennen. Bei der Percussion zeigen sich normale Verhältnisse, bei der Auscultation der rechten Lungenspitze kleinblasige Rasselgeräusche, während der In- und Expiration R.H.U. unbestimmtes Athmen. Zunge mässig belegt, Appetit gering, Stuhlgang angehalten. Leber normal gross, Milz etwas vergrössert. Eine bedeutende Hyperästhesie und Schmerzhaftigkeit an

der Austrittsstelle des Nervus ischiadicus aus dem Becken und im Verlauf desselben an der hinteren Seite des rechten Oberschenkels ist zu entdecken. Auch die rechte Wade ist zum Theil schmerzhaft. Patellarreflex beiderseits vorhanden. Veränderungen der motorischen Nerven fehlen, ebenso Abmagerung des Beines. Die Exploratio per anum ohne Resultat. Urin von hellgelber Farbe, reagirt sauer, hat ein spec. Gew. von 1013 und enthält bedeutende Mengen von Albumen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt zahlreiche hyaline und epitheliale Cylinder. Die Therapie bestand in Anwendung des elektrischen Stromes, warmen Bädern und Einreibung der schmerzhaften Stellen mit Ol. terebinth.

Im Befinden des Patienten trat keine wesentliche Besserung ein. Es kommen vielmehr noch Schmerzen in der Nierengegend hinzu und der Eiweissgehalt des Urins war durchweg ein sehr bedeutender. Es wurden warme Bäder, Einwickelung in warme Decken und Kal. acet. in Anwendung gezogen. Die von der Ischias herrührenden Schmerzen wurden durch Thermokauterisation vorübergehend erleichtert. Am 19. Januar fühlte sich Patient bedeutend schwächer wie bisher, war nicht mehr im Stande sich allein aufzurichten. Die Athemfrequenz war gesteigert, das Sputum geröthet. Die physikalische Untersuchung der Lungen ergab H.U.R. eine Dämpfung und Knisterrasseln, links verschärftes Athmen. Im Verlauf des Ischiadicus dieselben Schmerzen wie früher. T 38,6 P 120. Pat. erhielt Benzoë mit Campher.

Während der folgenden Nacht schlief er garnicht, seine Schwäche nahm zu, er liess den Urin unter sich gehen. Athemfrequenz sehr gesteigert, T. 38,7. P. 120. Cyanotisches Aussehen. Nachmittags 2 Uhr trat der exitus letalis ein.

Die am folgenden Tage von Herrn Dr. Rieger vorgenommene Section ergab den wichtigsten Aufschluss in Betreff der Ischias, bestätigte die Diagnose der croupösen Pneumonie und der chronischen interstitiellen Nephritis.

Nach Oeffnung des Thorax zeigte es sich, dass die linke Lunge durch alte Verwachsungen mit der Costalpleura verbunden war, die sich aber leicht ablösen liessen. Inhalt war in der linken Pleurahöhle nicht vorhanden. Desgleichen fand sich die rechte Lunge mit der Rippenwand verwachsen, liess sich aber schwer ablösen. Am Herzen nichts Besonderes. Das Volumen der linken Lunge war etwas vermehrt, die Oberfläche zeigte grössere und kleinere Hervorragungen, die sich daunig anfühlten, namentlich im oberen Lappen. Die Pleura war überall von Schwarten bedeckt, so dass das Parenchym nur an einzelnen Stellen grau-roth durchschimmerte. Pigmentgehalt reichlich. Auf Druck entleerte sich aus dem grossen Bronchus nur wenig Schleim. Knoten waren nirgends durchzufühlen. Auf dem Durchschnitt zeigte der Unterlappen mässigen Blutgehalt, Luftgehalt überall vorhanden, abnorme Flüssigkeit liess sich nicht ausdrücken. Im Unterlappen reichlichen Blut- und Luftgehalt, Oedem nicht vorhanden. Der Bronchus war mit sehr reichlichen, gelblichgrauen Schleimmassen bedeckt, die mittleren Bronchien erweitert, auch sie enthielten reichliche schleimige Massen.

Die rechte Lunge wurde mit der Costalpleura herausgeschält, Volumen sehr stark vermehrt. Die Oberfläche zeigte ebenfalls kleine blasige Hervorragungen. Die Pleura zeigte überall alte Auflagerungen. Auf dem Durchschnitt war der Lappen reichlich blutartig, überall Luftgehalt. Auf Druck entleerte sich aus den mittleren Bronchien blasiger Schleim und wenig ödematöse Flüssigkeit. Der Mittellappen zeigte auf dem Durchschnitt geringen Blutgehalt, Farbe grau-roth. Auf Druck entleerte sich wenig kleinblasige wässrige Flüssigkeit. Der Unterlappen zeigte auf dem Durchschnitt graue, sehr derbe Beschaffenheit. Schnittfläche ganz leicht granulirt. Auf Druck entleerte sich aus den grossen Gefässen wenig Blut, grössere Pfröpfe liessen sich beim Streichen mit der Messerklinge nicht erhalten; namentlich aus den Randpartien liess sich eine schmutziggraugelbe Flüssigkeit ausdrücken. Luftgehalt absolut nicht vorhanden. Ein Schnitt, der weiter hinten geführt wurde, zeigte die Lunge in der Peripherie noch wenig blutig.

Am Gastrointestinaltractus nichts Besonderes. Milz etwas vergrössert, Kapsel verdickt.

Die linke Niere sass in einer ziemlich umfangreichen Fettkapsel. Auf dem Durchschnitt die Rindensubstanz intensiv graugelb. Die Intermediärschicht etwas blass, die Centralzone grau. Niere selbst war sehr stark vergrössert; die fibröse Kapsel leicht verdickt, doch schimmerte das Parenchym deutlich an einzelnen Stellen grau-roth, an andern grauweiss durch, die fibröse Kapsel liess sich leicht abziehen. Länge der Niere betrug 15, grösste Breite 7, grösste Dicke  $4\frac{1}{2}$  cm. Die Oberfläche zeigte einzelne flache Furchen. Farbe der Oberfläche im Allgemeinen grau-roth, an einzelnen Partien grauweiss. Bei genauem Zusehen bemerkte man auf dem grau-rothen Grunde blassgraue Pünktchen. Venensternchen nur vereinzelt stärker gefüllt. An der Oberfläche fand sich eine erbsengrosse Cyste mit klarem gelblichen Inhalt. Auf dem Durchschnitt war die Rindensubstanz verbreitert, ihre Farbe grau-roth, an der Markkapsel contrastirte wenigstens in den

peripheren Theilen durch eine mehr lebhaftere Röthe. Die Zone der Gefässe, die Glomeruli traten an einzelnen Stellen wenigstens als mehr blassgraue Pünktchen hervor. Die rechte Niere zeigte in ihrer Fettkapsel dieselbe Beschaffenheit wie links, Nebenniere ebenso wie links. Im kleinen Becken, am rechten Rande des 2. Kreuzbeinwirbels war eine leicht fluctuirende, sich in der Ausdehnung eines kleinen Hühnereies hervorwölbende Geschwulst zu fühlen. Daher wurde das Kreuzbein in Verbindung mit Steissbein, dem letzten Lendenwirbel und dem anstossenden Theil der Darmbeinschaukel herausgenommen. Es ergab sich sodann, dass fast die ganze rechte Hälfte des 1. Kreuzbeinwirbels bis zum 4. herab von einer Geschwulst in einer Längsausdehnung von 11 cm. ersetzt war. Die grösste Querausdehnung betrug etwa 4 cm. Diese Geschwulst reichte einerseits bis in den Wirbelkanal, sie war weich und deshalb bei der Herausnahme eingerissen, im übrigen von blass hühnerfleischartigem, faserigem Ansehen. Auch hinten reichte sie bis zum Periost, desgl. nach vorn, letzteres etwas hervordrängend. Durch die Geschwulst wurden die Nervenstämme des Lumbalis, sodann die des I.—III. Sacralis von vorn nach hinten glatt gedrückt. Die Beschaffenheit der 3 letzteren war blassgrau sulzig aussehend, von stark verminderter Consistenz. Linkerseits fand sich seitlich von den Körpern des 1. und 2. Kreuzbeinwirbels ein etwa wallnussgrosser, weicher Geschwulstknoten, welcher den 1. Sacralnerven stark comprimirt hatte. Die beiderseitigen Darmbeinschaukeln zeigten auf dem Durchschnitt ebenfalls noch kleine Geschwulstherde in ihrer spongiosen Substanz. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulstmasse erwies ein Spindelzellensarkom. Ich unterlasse es, weitere Bemerkungen an die Mittheilung dieses höchst interessanten Falles von Ischias zu knüpfen, der seiner Aetiologie wegen in die Casuistik eingereiht zu werden verdient. Derselbe ist ausführlich beschrieben in der kürzlich hier erschienenen Dissertation von Dr. L. Greger. —

2) Dr. Löbker über die Behandlung gangränöser Hernien:

M. H.! Wenn ich heute auf einen Gegenstand nochmals eingehe, den ich bereits vor einigen Jahren an dieser Stelle erörtert habe, so geschieht es aus dem Grunde, weil sich meine Ansichten über diese Angelegenheit inzwischen wesentlich geändert haben. Ich demonstirte Ihnen damals ein Präparat von geheilter circulärer Darmnaht nach Resection einer incarcerirten gangränösen Dünndarmschlinge; da ein Theil der heute hier anwesenden Herren damals nicht zugegen waren, so erlaube ich mir das Präparat nochmals vorzulegen. — Redner demonstirt das Präparat entsprechend der Beschreibung, welche er von demselben in den „Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Greifswald“ Wien u. Leipzig bei Urban und Schwarzenberg 1884 gegeben hat. — Die 69jährige Frau, von der das Präparat gewonnen wurde, starb zwar am vierzehnten Tage der Operation den Erschöpfungstod; dennoch glaubte ich damals Ihnen die operative Resection und Naht des Darmes bei gangränösen Hernien empfehlen zu dürfen, da trotz der ungünstigen Verhältnisse, unter denen die Operation unternommen war, keine Peritonitis eintrat und die einfache Lembert'sche Naht die Vereinigung der Darmenden in vollkommener Weise geleistet hatte. Die später von uns gesammelten Erfahrungen modificirten dieses Urtheil jedoch mehr und mehr und auch die an anderen Orten erzielten Resultate der Operation bestärkten uns in der Meinung, dass die in Rede stehende Indication im allgemeinen zu verwerfen ist. B. Schmidt theilte auf dem 12. Chirurgen-Congress mit, dass die Statistik der Resection des Darmes bei brandiger Hernia nicht weniger als 76,1 Proc. Mortalität aufweise, während nach der Angabe von Frickhöffer in der voraseptischen Zeit, in welcher nicht resecirt wurde, die Sterblichkeit bei gangränösen Hernien überhaupt nur 21 Proc. betrug. Von jenen 76,1 Proc. Todesfällen waren 87,5 Proc. auf septische Peritonitis zurückzuführen. Zweifellos steht die Steigerung der Sterblichkeit in directem Zusammenhang mit der Operation, welche bei brandigen Brüchen unter sehr ungünstigen Verhältnissen unternommen wird. Die Ursachen der Misserfolge habe ich bereits in unseren erwähnten Mittheilungen kurz dahin zusammengefasst: „Der meist sehr stark alterirte Kräftezustand des Kranken, welcher durch die lange Dauer des Eingriffs noch mehr leidet, die oft, wenn auch nicht immer nachweisbar, bereits bestehende Peritonitis, die Gefahr der Darmgangrän, das Auseinandergehen der Naht im entzündeten Gewebe, der im zuführenden Darmrohr angestaute Koth — das sind im wesentlichen die Momente, welche zusammen den ungünstigen Ausgang bedingen.“ Diese Complicationen können wir aber meistens ausschliessen, wenn wir zunächst die momentan bestehende Lebensgefahr durch Anlegung eines künstlichen Afters beseitigen und später diesen letzteren zum Verschluss bringen — mit anderen Worten, wenn wir auf das Verfahren der älteren Zeit zurückgehen. Dadurch schalten wir zunächst alle diejenigen Fälle aus, die überhaupt nicht zu retten sind, und die übrigen Kranken werden der eingreifenden Operation erst später unter-

worfen, nachdem sie sich leidlich erholt haben und nachdem sie in der nöthigen Weise für die Operation vorbereitet werden konnten. In dem letzten Jahre hatte ich drei Mal Gelegenheit, brandige Brüche behandeln zu müssen; in allen drei Fällen habe ich nur einen künstlichen After in der Weise angelegt, dass ich den brandigen Darm mit einer durch das Mesenterium gezogenen Fadenschlinge draussen fixirte, das Lumen des Darms öffnete und den letzteren mit mehreren Suturen festnähte. Zwei von den Kranken sind in den ersten zwölf Stunden nach der Operation an bereits vorher bestehender septischer Peritonitis gestorben; die dritte dagegen ist mit dem Leben davon gekommen, trotzdem sie zur Zeit der Operation nach acht Tage bestehender Einklemmung mit hohem Fieber aufs äusserste collabirt war. Ich bin der festen Ueberzeugung, dass auch diese Kranke gestorben wäre, wenn ich die primäre Resection und Vernähung des Darmes ausgeführt hätte.

Was nun die nachträgliche Operation behufs Verschluss des widernatürlichen Afters anlangt, so bin ich der Meinung, dass man dieselbe nicht zu früh ausführen soll; ich würde im gegebenen Falle ruhig ein Jahr lang zwischen dem ersten und zweiten Eingriff verstreichen lassen, da notorisch eine Anzahl der Oeffnungen nach allmählicher Refraction des Darmes zum spontanen Verschluss gelangt. Vor etwa 1½ Jahren suchte ich vergeblich einer Kranken mit Anus praeternaturalis in Folge Darmeinklemmung für unsere Klinik zu gewinnen — vor Kurzem erhielt ich die Nachricht, dass der Verschluss von selbst eingetreten sei. Ob die Operation des widernatürlichen Afters stets durch Resection und Darmnaht oder unter Umständen durch Anwendung der Darmscheere ausgeführt werden soll, scheint mir trotz der günstigen Erfolge der ersteren, die auch wir bei einem von P. Vogt operirten Fall erzielten, eine noch nicht ganz abgeschlossene Frage zu sein.

Schliesslich möchte ich noch meine durch eine grössere Reihe von Beobachtungen begründete Ansicht über die Behandlung irreponibler entzündeter oder gangränöser Netzstücke in incarcerirten Hernien im Gegensatz zu B. Schmidt dahin aussprechen, dass ich von der Resection dieser Netzstücke nur gutes gesehen habe. Ich resecire dieselben in jedem Falle, da eine genügende Desinfection des meist lipomatös entarteten und wegen des lockeren, weitmaschigen Gewebes zu fortschreitender septischer phlegmonöser Entzündung sehr geneigten Netzes nicht möglich ist. Eine radicale Beseitigung desselben kann daher nur von Nutzen sein.