Deutsche Medizinische Wochenschrift

Begründet von Dr. Paul Börner

HERAUSGEBER:

Geh. San.-Rat Prof. Dr. Schwalbe

Berlin-Charlottenburg, Schlüterstr. 53

VERLAG:

GEORG THIEME · LEIPZIG

Antonstraße 15

Nr. 17

BERLIN, DEN 26. APRIL 1917

43. JAHRGANG

Erfolgreiche Operation einer Kleinhirn-Brückenwinkelgeschwulst im Felde.

Von Hermann Küttner,

Marine-Generalarzt à la suite, Beratender Chirurg im Felde.

Daß im Weltkriege namentlich während des Stellungskampfes in den deutschen Lazaretten auch viel erfolgreiche Friedenschirurgie getrieben wird, ist als erfreuliche, unserer Wehrkraft nützliche Tatsache bekannt. Bis zu welchem Grade aber die Vervollkommnung der aseptischen Einrichtungen und die Spezialausbildung der im Felde stehenden Aerzte gediehen ist, möge daraus hervorgehen, daß ich den größten der von mir operierten sechs Kleinhirn-Brückenwinkeltumoren mit Erfolg in einem Marinelazarett behandeln konnte, welches im Operationsgebiete selbst gelegen ist.

Das gute Resultat wäre nicht möglich gewesen, wenn mir nicht die Hilfe der ausgezeichneten Fachärzte des Lazaretts zur Verfügung gestanden hätte: des Chirurgen Marine-Oberstabsarztes Dr. Rauch, des Neurologen Marine-Stabsarztes Prof. Dr. Forster und des Ophthalmologen Marine-Stabsarztes Prof. Dr. Lenz.

Hans G., 29 Jahre alt, aufgenommen am 11. November 1916. Im Jahre 1912 hat er sich luetisch infiziert und in der Folge drei Salvarsan-Quecksilberkuren durchgemacht. Im Frühjahr 1913 klagte er zum ersten Male über Kopfschmerzen in der Schläfengegend und Ohrensausen. Diese Beschwerden haben nach Angabe des Patienten bis Frühjahr 1916 gedauert, dann haben sie aufgehört, aber gleichzeitig sei das Gehör geschwunden. Im Kriegsdienst war er bis dahin nicht gehindert. Während des Sommers 1916 trat zuweilen Ziehen und Stechen im rechten Ohre auf.

Anfang Oktober habe er auf nächtlicher Patrouille manchmal nichts mehr sehen können, es sei ihm sekundenlang schwarz vor den Augen geworden, sodaß er Leuchtkugeln und Sterne nicht mehr habe leuchten sehen. Die gleiche Erscheinung trat auf, wenn er die Körperhaltung wechselte, beim Uebergang vom Sitzen zum Stehen und vom Liegen zum Sitzen. Zugleich sei ihm sein wackelnder Gang aufgefallen, er sei nach links immer übergetreten. Wegen dieser Beschwerden am 6. November 1916 Aufnahme in die Augenabteilung.

Befund: Baldrian rechts und links gerochen. Rechte Pupille etwas weiter als linke. Augenhintergrund: beiderseits hochgradige Stauungspapille. Sehschärfe rechts $\frac{1}{2}$, links $\frac{1}{4}$. Pupillenlichtreaktion: beiderseits +, ebenso Konvergenzreaktion beiderseits +. Beim Blick nach rechts erreicht die rechte Kornea nicht den äußersten Augwinkel, dabei Nystagmus. Vereinzelt nystagmoide Schläge auch beim Blick nach links. Kornealreflexe rechts +, links —. Masseter rechts dünner als links. Beim Mundöffnen weicht der Unterkiefer wenig nach rechts ab. Sensibilität im Gesicht normal, nur gibt Patient an, Nadelstiche unterhalb des rechten Mundwinkels etwas weniger schmerzhaft zu empfinden als links. Rechts Augenspalt etwas weiter als links. Bei Stirnrünzeln, Augenzukneifen und Zähneflutschen bleibt die rechte Gesichtshälfte etwas zurück. Rechts völlige Taubheit. Bei Romberg etwas Schwanken nach rechts, beim Gehen mit geschlossenen Augen zuerst ein geringes Taumeln nach rechts, dann stärkeres Taumeln nach links und Richtungsabweichung nach links. Gaumensegel ohne Befund, Geschmack ohne Befund. Zunge wird gerade herausgestreckt. Reflexe an beiden Beinen gesteigert, Babinski beiderseits angedeutet. Beim Kniehackenversuch rechts geringes Danebenfahren. Fingernasenversuch ohne Befund. Keine Hypotonie. Schnelle Bewegungen rechts gleich links. Keine Sensibilitätsstörungen. Puls 60.

11. November 1916. Lumbalpunktion. Flüssigkeit fließt in starkem Strahle aus, es werden ungefähr 50 ccm abgelassen. In der Flüssigkeit schwimmen eine Reihe kleinerer und größerer Partikelchen, die sich bei mikroskopischer Untersuchung größtenteils als stark verfetteter

Detritus erweisen, teils aber deutlich faserige Struktur zeigen. Starke Eiweißvermehrung.

16. November. Da Wa.R. negativ, die hochgradige Stauungspapille Druckentlastung fordert und die stets zunehmenden, immer auf einen Herd hinweisenden Symptome gegen Lues sprechen, wird Patient unter der Diagnose „Kleinhirn-Brückenwinkeltumor“ zur Operation auf die Chirurgische Abteilung verlegt.

Operation in Lokalanästhesie nach Injektion von Skopolamin-Morphium. Ueber dem rechten Hinterhaupt Bildung eines Haut-Muskel-Periost-Lappens von der Höhe des oberen Ohrmuschelrandes medialwärts bis zur Mittellinie, von dort herabreichend bis zum Nackenansatz, lateralwärts, entsprechend dem Ohransatz, herabreichend bis zum Ansatzgebiet des Kopfnickers. Abschiebung der ganzen Weichteile einschließlich des Periostes mit dem Raspatorium. Von einer Bohroffnung aus wird mittels Luerscher Zange eine Trepanationsöffnung hergestellt, welche nach oben dem Verlaufe der Linea nuchae superior entspricht, nach außen bis zur Basis des Processus mastoideus, nach unten bis zum Rande des Foramen magnum und nach innen bis zur Mittellinie des Schädels reicht. Beim Abkneifen des unteren Randes der Oeffnung entsteht durch Verletzung eines großen Emissariums eine starke venöse Blutung, welche durch Tamponade mit Vioformgaze zum Stehen gebracht wird. An der oberen Begrenzungslinie der Oeffnung liegt der Sinus transversus frei und unverletzt zutage. Zurückklappen des Hautmuskelperiostlappens. Hautnaht mit Freilassung einer Lücke für den herausgeleiteten Tampon. Kompressionsverband. Die Lokalanästhesie mit Unterstützung von Skopolamin-Morphium war sehr wirksam. Der Kranke klagte bei vollem Bewußtsein nicht über Schmerzen. Lagerung in sitzender Stellung, flüssige Kost.

17. November. Befinden nach der Operation gut, Puls kräftig. Patient hat nachts geschlafen, mußte heute Nachmittag katheterisiert werden, hat mäßigen Brechreiz gehabt und wenig Schleim erbrochen, klagt über Kopfschmerzen. Temperatur 38,6°. Puls 108, kräftig, voll.

18. November. Nach Aspirin Nachlassen der Kopfschmerzen, heute Befinden besser. Kein Kopfschmerz mehr, in der Nacht spontan Urin gelassen. Verbandwechsel, Tampon entfernt, keine Nachblutung. Steriler Verband. Gebogene Kramerschiene für Kopfseiten und Schultern. Patient muß nachmittags wieder katheterisiert werden. Temperatur 38,4°; Puls 102.

2. Dezember. Operation (zweite Sitzung) in Lokalanästhesie nach Injektion von Skopolamin-Morphium. Entnahme der Nähte, die Wunde ist reaktionslos verheilt. Auftrennung und Zurückklappen des Lappens. Ueber der Trepanationsstelle ein hühnereigroßer Blutkuchen, der entfernt wird. Reinigung der Dura mit scharfem Löffel. Eröffnung der Dura mit der Schere unter Bildung eines viereckigen Lappens mit medianer Basis. Die Kleinhirnhemisphäre wird mit dem Finger herausgehoben. Der eingeführte Finger fühlt am Kleinhirn-Brückenwinkel einen Tumor, der sich bis zur mittleren Schädelgrube hin erstreckt und mit der Schädelbasis ziemlich fest verwachsen ist. Infolgedessen gelingt es nicht, die ungewöhnlich große Geschwulst in einem Stück zu entfernen, vielmehr wird der Tumor durch stumpfes Auslösen in drei Stücken herausgebracht, die zusammen etwa die Größe eines Apfels haben. Die beim Herausnehmen des Tumors entstandene starke arterielle Blutung wird mittels Tamponade gestillt, dann wird aus dem rechten Oberschenkel ein freier Faszienlappen entnommen und nach Entfernung des Tampons ohne Naht über die vorgefallene und nicht vollständig reponierbare Kleinhirnhemisphäre gelegt, von der sich der normale Duraüberzug ganz zurückgezogen hat. Zurückklappen des Haut-Muskel-Periost-Lappens, Naht, steriler Wundverband. Kopf schiene wie früher. Patient war während des ganzen Eingriffes bei Bewußtsein, die Lokalanästhesie war gut, der Schmerz gering.

30. November. Fazialisparese, das untere rechte Augenlid beteiligt sich beim Schluß nicht völlig, sodaß ein schmaler Lidspalt offen bleibt. Allgemeinbefinden gut. Harn und Stuhl entleert. Temperatur nicht

wesentlich gesteigert. Puls voll, kräftig, keine Nachblutung. 3 mal täglich 1 g Urotropin.

7. Dezember. Die Körperwärme bewegt sich um 38°. Der Puls gleichmäßig, gut gefüllt, nicht über 100 in der Minute. Allgemeinbefinden sehr gut.

12. De-

zember. Vor-

übergehend

stieg der Puls

auf 120, kein

Temperatur-

anstieg. Ver-

bandwechsel.

Der Verband

ist durch-

feuchtet, die

Wunde per

primam ge-

heilt, in der

medianen

Wundlinie

eine steckna-

delkopfgröße

Liquorfistel.

Entfernung

der Nähte.

15. De-

zember. Der

Verband ist

trocken, aber

zeigt Spuren

von eingetrockneten feuchten Ringen. Trockener aseptischer Verband. Allgemeinbefinden gut.

19. Dezember. Verband völlig trocken, die Liquorfistel hat sich geschlossen. Unter dem vernarbten Hinterhauptlappen besteht eine pulsierende Vorwölbung.

26. Dezember. Subjektives Befinden gut. Temperatur normal. Fazialisparese unverändert. Schutzverband.

31. Dezember. Fazialis-

parese unverändert. Wunde

fest vernarbt, die pulsierende

Vorwölbung wesentlich ver-

kleinert. Keine subjektiven

Beschwerden. Schutzverband.

Patient sitzt einige Stunden

am Tage im Lehnstuhl.

5. Januar 1917. Augen-

befund: Fazialisparese rechts

unverändert. Hornhaut wird

beim Lidschluß eben gedeckt.

Ziliarinjektion seit gestern,

besonders außen. Randinfil-

tration in dieser Gegend,

außerdem querüber die Horn-

haut ziemlich ausgedehnter

Epitheldefekt. Sensibilität der

Hornhaut erhalten, jedoch er-

heblich herabgesetzt. Blick-

lähmung nach rechts mit

nystagmusartigem Zurückwei-

chen in assoziiertem Sinne.

Dasselbe nach links, aber we-

niger ausgesprochen. Blick

nach oben und unten frei,

linke Pupille eine Spur weiter

als die rechte, Licht- und

Konvergenzreaktion prompt.

Augenhintergrund rechts, Pu-

pillengrenzen noch etwas ver-

waschen, Venen noch etwas

gestaut, Arterien etwas eng.

Nur noch sehr geringe

Prominenz, keine ausge-

sprochene Atrophie. Links analoges Bild, hier jedoch kaum noch Pro-

minenz vorhanden. Gesichtsfeld beiderseits für grobe Prüfungen frei.

Fig. 1.

Fig. 2.

Histologische Diagnose: Gliosarkom.

Entlassungsbefund: Ueber der rechten Hinterhauptseite eine glatte Operationsnarbe, die einen viereckigen Hautlappen umgrenzt. An der Basis dieses Lappens fühlt man im Knochen des Hinterhauptbeines einen nicht scharf zu unterscheidenden Defekt. Lähmung des Fazialisgebietes der ganzen rechten Gesichtshälfte, Gang unsicher, schwankend. Patient schleppt das rechte Bein nach und macht ausfahrende Bewegungen. Wird durch Lazarettzug in die Heimat überwiesen.

22. Januar. Befund im Heimatlazarett: Der Gang ist noch unsicher, aber er ist besser geworden. Rechter Arm und rechtes Bein schleppen nach. Kopfschmerzen bestehen nicht.

23. Januar. Nervenbefund: Armbewegung: rechts nicht ganz so ausgiebig wie links. Alle Bewegungen frei. Händedruck rechts 23 kg, links 28 kg. Beinbewegung: rechts nicht so ausgiebig und kräftig wie links. Spasmen: 0. Periostadiusreflexe: + etwa gleich. Bizepsreflexe: + etwa gleich. Trizepsreflexe: + etwa gleich. Kniephänomen: lebhaft, links etwas größer. Achillessehnenphänomen: rechts +, links lebhaft. Babinski: 0. Oppenheim: beiderseits angedeutet. Bauchdeckenreflexe: +. Hodenheberreflexe: +. Fußsohlenreflexe: +. Rachenreflexe: +. Gaumensegel: weicher Gaumen, wird gerade gehoben. Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert nicht. Händezittern: 0. Geruch: +. Trigemini: rechts etwas schmerzhaft, links anästhetisch. Gesichtsnerv: periphere Fazialisparese rechts. Sprache erschwert, etwas verwaschen. Hautnachröten: +. Stereognostische Erkennung: +. Tiefensensibilität: in Hand- und Fingergelenken rechts etwas herabgesetzt, in Zehngelenken gut. Ataxie der Arme: im linken Arm deutlich +, greift nach links vorbei. Ataxie der Beine: rechts +, die Bewegungen des rechten Beines werden durch unwillkürliche, ausfahrende Bewegungen unterbrochen. Romberg: mäßiges Schwanken, lebhaftes Lidflattern, erst nach längerem Stehen schwankt Patient nach rechts. Pinselberührungen: werden überall prompt gefühlt. Nadelstiche: werden überall scharf gefühlt. Sensorium: frei, weiß über die einzuleitende Untersuchung sehr genau Bescheid. Keine apraktischen Störungen. Bárány's Zeigerversuch: linke Hand nach links, rechte Hand nach rechts.

Ohrenbefund: Stimmgabeltöne und Flüsterzahlen werden rechts nicht gehört, links normal. Krankheit: Labyrinthtaubheit rechts.

[Augenbefund: Rechts Fazialislähmung. Wegen Lagophthalmus Lidspaltverengung gemacht. Beim Blick nach rechts deutlicher Nystagmus, nach links angedeutet. Konjunktivale und ziliare Injektion. Epitheldefekte der Hornhaut außen. Optikus: beiderseits Papillengrenzen leicht verwaschen, Arterien eng. Behandlung: rechts Atropin, Noviformsalbe. Zweimal wöchentlich Fichtennadelbad.

Es handelte sich also um einen ungewöhnlich großen Kleinhirn-Brückenwinkeltumor mit klassischem Symptomenkomplex. Die Operation wurde in zwei Sitzungen von der hinteren Schädelgrube aus vorgenommen und verlief ohne jede Störung. Dem entsprach auch der völlig glatte Heilungsverlauf, wir haben in der ganzen Rekonvaleszenz niemals für das Leben des Patienten zu fürchten brauchen.

Daß die histologische Untersuchung einen Tumor von sarkomatösem Charakter ergeben hat, braucht, zumal die Geschwulst abgekapselt war, die Prognose der Dauerheilung nicht notwendig zu beeinträchtigen, denn ein analoger, von mir operierter Fall, bei dem die histologische Diagnose ebenfalls auf Sarkom gestellt wurde, ist seit Jahren geheilt geblieben.

Von den Photographien zeigt Fig. 1 die glatt vernarbte Schädelschwund, in der sich keine Meningozele entwickelt hat, Fig. 2 beweist, daß auch die Kleinhirnsymptome durch die Operation günstig beeinflusst sind, denn der Patient steht vollkommen frei, ohne zu schwanken oder nach der Seite zu fallen.