Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Rostock.
(Direktor: Prof. Dr. W. Müller.)

**Intraartikuläre umschriebene akute Osteomyelitis der Synchondrosis sacroiliaca.
Operation, Heilung mit guter Funktion.**

Von Dr. Herrmann Plagemann, Assistent der Klinik.

Abgesehen von den chronisch-tuberkulösen Eiterungsprozessen im Gebiete der Synchondrosen, welche durch ausgedehnte Gelenkresektionen oft mit Erfolg behandelt sind (Bardenheuer, Schede, Riedel, Delbet, Ollier, Tillmanns), sind die entzündlichen Prozesse der Articulatio sacroiliaca, zumal die akut entzündlichen, der Literatur nach zu urteilen, ein relativ seltenes Vorkommnis. Von den in der Literatur beschriebenen Fällen ist ein Teil primär nach Verletzungen (Fagan), nach Gelenkfrakturen und Gelenkrupturen während der Entbindung (Dührssen, Gulinsky, Trousseau, Riedel) metastatisch im Wochenbett, durch Metastase bei Pyämie und Gonorrhoe (Tillmanns) entstanden, ein anderer Teil kam im Anschluß an akute Knochenerkrankungen im Bereiche des Kreuz- und Darmbeins zur Beobachtung, wobei die Erkrankung der Synchondrose eigentlich mehr einen sekundären Prozeß darstellte. Häufiger fand sich die akute Synchondrositis bei ausgedehnten Erkrankungen des Darmbeins (A. v. Bergmann, Helferich, Tiling, Seremin), seltener im Anschluß an die akute Osteomyelitis des Kreuzbeins (Hahn, Gross).

Die im folgenden mitzuteilende Beobachtung bietet gegenüber anderen einige Besonderheiten, auf die ich später noch zurückkommen werde; die Krankengeschichte stellt sich in Kürze folgendermaßen dar.

Fritz Sch., 19 Jahre alt, Bäckergerelle, eingetreten am 8. Juni 1906.

schen Bild mehr latent bleibenden, kleineren Osteomyelitisherden, die gleichwohl wie hier der Ausgangspunkt schwerer klinischer Krankheitsbilder sein können.

Die Lokalisation des osteomyelitischen Knochenherdes in der Nähe der Synchronrose ist im Gegensatz zum kindlichen Alter nicht ungewöhnlich im späteren Alter. Dies entspricht der artiiellen Versorgung des Darmbeins, welche Lexer durch seine Quecksilber-Terpentininjektionen klargelegt hat.

Die Blutversorgung geschieht danach durch zwei Arterien, von denen die eine sich über den unteren Teil des Darmbeins ausbreitet und mit ihren Endästen bis zum Darmbeinkamm und zur Hüftpfanne reicht. Die zweite Arterie tritt oberhalb der ersteren in den Knochen und sendet in die Gegend der Synchronrosis sacroiliaca ihre Endäste. Die Darmbeinosteomyelitis in der Nähe des Hüftgelenks ist bei Kindern häufiger, d. h. so lange die Wachstumsvorgänge des Knochens in der Nähe und im Hüftgelenk vorherrschen und der Gefäßreichtum und die Verlangsamung des Blutstroms in der Wachstumszone eine Ablagerung der Infektionserreger begünstigen. Dagegen im späteren Alter vom 20. bis 35. Lebensjahr, wenn die Verknöcherung der Hüftpfanne beendet ist, begünstigt die längerdauernde Entwicklung der Spongiosa im Darmbeinkamm und den Darmbeinstacheln die Lokalisation des osteomyelitischen Knochenherdes in dem dicken, lockeren Knochengewebe in der Nähe der Articulatio sacroiliaca (Lexer, Steinthal).

Die auffallend gute Gelenkfunktion, welche trotz der Eröffnung der Synchronrose und der Ausmeißelung des Darmbeinherdes innerhalb der Symphysis sacroiliaca bei unserem Patienten eingetreten ist, beweist wohl zur Genüge, daß der relativ frühe, wenn auch ernste Eingriff durchaus berechtigt war, auch ohne daß es zur Abszeßbildung außerhalb der Synchronrose gekommen war.

Gerade dadurch ist das Besondere unseres Falles gekennzeichnet, daß es sich noch um eine geschlossene Gelenkeiterung handelte, während bei den übrigen publizierten Fällen es gerade die größeren Beckenabszesse waren, welche auf die Diagnose geführt hatten. Es hat sich also in gewissem Sinne um eine Frühoperation gehandelt, wie sie von W. Müller auf Grund der Beobachtungen der Göttinger Klinik zum Zwecke der Erhaltung einer relativ guten Gelenkfunktion für andere Gelenke seinerzeit empfohlen wurde.

Zusammenfassung. In dem vorliegenden Fall sollte das Krankheitsbild umschriebener intraartikulärer Synchronrosen-Osteomyelitis als Analogon der bekannteren intraartikulären Epiphysenosteomyelitis anderer Gelenke gezeichnet werden, und zwar in einem Stadium, in welchem das Bild der Gelenkerkrankung überwiegt der primäre osteomyelitische Knochenherd gewissermaßen latent, ist und das gewöhnlich maßgebende Symptom des Beckenabszesses fehlt oder noch fehlt. Die Ausheilung mit guter Funktion tritt in ähnlicher Art ein wie bei der Frühoperation kleiner epiphysärer Osteomyelitisherde innerhalb der Gelenke an den Extremitäten.