XXIII.

Zur Behandlung des chronischen Hydrops der Sehnenscheiden und der Ganglien.

Von

Professor Lücke.

Unzweifelhaft ist das, was ich hier vorbringen will, Vielen bekannt und wird von Manchen längst geübt; ich finde jedoch, dass fast sämtliche Lehrbücher der Chirurgie, seien dies deutsche oder französische und englische, die Methode der einfachen Incision der Sehnenscheidenhydropsien und der Ganglien für sehr gefährlich und verderblich erklären.

Ich will zunächst von den so häufigen Hydropsien des *Mus. flexor profundus digitorum* reden. Die Erscheinungen dieser Erkrankungsform sind fast in jedem Falle einigermaassen verschieden, nur haben alle vorgeschrittneren Formen das Gemeinsame, dass sie Cysten bilden, welche vom Vorderarm unter dem *Lig. carpi volare propr.* (Ringband) hindurch in die Volarfläche der Hand hineinreichen. Ihr Verhalten ist besonders in dem Handteller ein verschiedenartiges, je nachdem die Cyste gänzlich unter der *Palmarfascie* verborgen bleibt oder hie und da durch Lücken derselben sich hervorstülpt, wodurch dann in der Hand ein oder mehrere kuglige oder ovale Buckel entstehen können. Der Theil der Geschwulst, welcher der dem Index zugehörigen Sehne des *Flex. profundus* entspricht, zeigt sich fast in allen Fällen als eine abgesonderte Hervorragung, welche sich auch unter die Muskeln des Daumenballens hineindrängen kann. Gemeinsame Symptome sind die Möglichkeit, den Geschwulstinhalt unter dem Ringband der Handwurzel auf- und abwärts verschieben zu können, dann die constante Beugestellung der dritten Fingerglieder, deren Streckung bis zur Vollständigkeit nicht möglich ist.

Die Inhaltsflüssigkeit scheint sehr gern bei diesen Hydropsien des Flex. prof. mit körperlichen Elementen sich zu mischen. In drei Fällen, die ich incidirte, fand ich diese Körper, welche bei Druck, wenn sie das Ringband passiren, das bekannte gurrende Geräusch machen. Sie waren alle drei Mal in ihrer Form verschieden, untereinander in jedem einzelnen Falle ähnlich, nur von ungleicher Grösse und Consistenz. Einmal waren sie von der bekannten Gurken- oder Melonenkernform, ein anderes Mal waren es die Reiskörner, ein drittes Mal waren sie völlig eiförmig, nur sehr wenig auf den Seitenflächen abgeplattet. In einem Hydrops bursae praepatellaris fand ich unlängst noch eine andere Form, die Grieskörner, welche übrigens in diesem Fall sämmtlich gleichgros, oder besser gleich klein waren.

Die Farbe der Concremente war immer dieselbe weisse Farbe, ihre Structur die des Fibrins. Obgleich es augenblicklich wohl als Ketzerei gelten wird, diese Concremente für Niederschläge zu halten, die nur aus Fibrin bestehen, da man nach Virchow meist annimmt, dass sie eigentlich losgelöste Zotten oder besser papilläre Geschwulstchen seien, so kann ich doch nicht umhin, nach mikroskopischem Augensehein manche von ihnen für reines Fibrin zu erklären, eine Ansicht, der auch Prof. Klebs für einzelne Fälle, welche ich ihm zur Untersuchung übergeben konnte, beistimmt. Dass es sich hier oft auch um wandständige Bildungen handelt, welche allmählig sich ablösen und sich mit Fibrinschichten bedecken können, darüber kann nach den vorliegenden Untersuchungen und bekannten Präparaten kein Zweifel herrschen, auch im Fall 3 handelte es sich um solche wandständige Producte; aber man darf die alte Ansicht der Fibrinniederschläge wohl ebenfalls beibehalten; ich wüsste die Erfolge der einfachen Incision und Entleerung solcher Cystenformen, welche Concremente enthalten, sonst nicht zu erklären, da ja bei wandständiger Zottenbildung die Eiterung mit Losstossung der Cystenwände wohl in der Regel (wie im Fall 3) die Folge der Incision sein möchte. Freilich habe ich wandständige Formen grössern Calibers schon mehrere Male gefunden, so gross, dass man sie wohl schon als Fibrome bezeichnen konnte, und auch diese Fibrome zeigten in diesen Cysten einen sehr labilen Charakter. In einem Fall von doppeltem Hygroma praepatellare war rechts die ganze Kapsel der Cyste der Art verdickt, dass ich dieselbe öffnete und exstirpirte. Auf der andern Seite war die Kapsel weniger verdickt, dagegen zeigte sie an einigen Stellen überhaselnussgrosse, in die Cyste hineinragende, aber flach aufsitzende Knoten, welche

man nach Entleerung des Hygroms durch den Troikar deutlich zwischen den Fingerspitzen fühlen konnte. Hier wurde nach der Entleerung nur die elastische Compression angewandt und die Fibrome verschwanden in sehr kurzer Frist. Siehe auch den Fall No. 3.

Dieser Hydrops des Flexor profundus, wenn man in ihm Concrementbildung diagnosticirt hat, ist unzweifelhaft mit den Mitteln, mit welchen man die sogenannten Ganglien sonst anzugreifen pflegt, nicht zu heilen. Von einem Zersprengen ist keine Rede, die subcutane Incision lässt die Körper nicht austreten, die Punction mit dem Troikar hat ebenfalls den Nachtheil, dass die Körper nicht vollständig entfernt werden können, und wenn man dann, nachdem man versucht hat, durch Drücken und Kneten der Geschwulst die Körper durch die Kanüle herauszuschaffen, Jod injicirt, geräth man in die Gefahr, dass eine Vereiterung eintritt und man dann doch zum Einschnitt seine Zuflucht nehmen muss. So geschah es mir mit einem Hygroma praepatellare, in das ich einen grossen Troikar einstach, doch aber die griesförmigen Körperchen nur sehr mühsam und trotz Ausspülens mit Wasser unzweifelhaft auch nur unvollständig entleerte und dann Jod einspritzte. Ich musste nach vierzehn Tagen die vereiterte Bursa spalten und hätte, wenn ich dies von Anfang an gethan hätte, nur Zeit gewonnen.

Die einzige sichere Methode zur Heilung des in Rede stehenden Hydrops der Schnenscheide ist die Incision, und die Gefahren derselben sind auch durchaus nicht bedeutend, wenn man die richtigen Vorsichtsmassregeln trifft, welche in einem Spital unbedingt in der Anwendung der Lister'schen subphenylen Methode bestehen muss und unter allen Umständen in einer Fixirung von Hand und Vorderarm. Von den drei Fällen, welche ich auf diese Art behandelte, heilten zwei ohne irgend welche Zufälle, unter einer etwa 14 Tage bis 3 Wochen dauernden ganz dünnen serösen Eiterung, welche mit völliger und definitiver Obliteration des serösen Sackes endigte, nur im letzten Falle bildeten sich Senkungen dem Vorderarm entlang, doch trat auch hier Heilung ein.

1) W. Imhof, Landarbeiter. Aufgenommen den 15. Mai 1870. Die Geschwulst war am Vorderarm am weitesten hervorragend, die Crepitation der Fremdkörper war sehr deutlich. Die Incision wurde am Vorderarm gemacht, wobei die Sehnen der oberflächlichen Musculatur vorsichtig bei Seite geschoben wurden. Die Körner waren sogenannte Melonen- oder Gurkenkörner. Die Eröffnung wurde unter einem Phenyllappen gemacht, sobald einmal die Cystenwand freilag, dann die Lister'sche Phenylpaste aufgelegt und Vorderarm und Hand auf einer Schiene fixirt. Der Verband wurde stets schnell geändert; es trat eine dünne Eiterung ein, die nach

3 Wochen nachliess. Die Heilung war eine vollständige, die Gebrauchsfähigkeit der Finger wurde gänzlich hergestellt.

2) Johann Murri, 52 Jahr alt, Landarbeiter. Die Geschwulst, rechtsseitig, wurde seit 2 Jahren bemerkt und bei seiner Aufnahme am 29. Mai 1871 war sie sehr gross und unter den Muskeln des Daumens am meisten hervorragend; die Gebrauchsfähigkeit der Finger war bedeutend beeinträchtigt. Die Incision wurde neben dem Daumenballen gemacht unter der Vorsichtsmaassregel wie oben. Die Körper hatten die Form von Reiskörnern. Dünner seröser Ausfluss binnen drei Wochen. Dann Heilung mit vollkommener Brauchbarkeit der Hand.

3) Anna Zwahlen, 41 Jahr, Landarbeiterin. Aufgenommen den 27. November 1871. Seit zwei Jahren ist der Anfang der Geschwulst bemerkt worden. Dieselbe sitzt an der linken Hand. Sie wurde gleich Anfangs, wo sie am Vorderarm bemerkt wurde, mit Compression behandelt, jedoch mit ganz vorübergehendem Erfolge. Das Wachsthum der Geschwulst verhinderte schliesslich die Arbeit, da bei Druck Schmerzen entstanden und die Bewegung der Finger beschränkt wurde. Die Crepitation der Inhaltkörper war sehr deutlich, am centralen Ende der Geschwulst, welche an dem Daumenballen am oberflächlichsten sich zeigte, fühlte man zwei knollige, haselnuss-grosse, ziemlich consistente, durchaus nicht mobile Geschwülste, welche ziemlich nah nebeneinander sassen und ihre Geschwulstmasse in die Cyste hineinstreckten. Die Incision wurde neben dem Daumenballen subphenyl gemacht, die hervortretenden Körper waren meistens wie Apfelsinenkörner, wenig abgeplattet. Die Eiterung war äusserst gering, sie wurde schon nach wenigen Tagen oberflächlich und schien die Heilung nach 3 Wochen vollendet. Es wurde nun auf die Fibrome ein consequenter elastischer Druck ausgeübt und dieselben verkleinerten sich allmähig, aber in der 4. Woche trat plötzlich hohes Fieber auf und der Arm der Patientin schwoll an; die Incisionswunde brach wieder auf und ergoss stinkenden Eiter, eine Senkung am Vorderarm (Beugeseite) markirt sich, wurde geöffnet und von hier ab eine Drainröhre durch die Cyste gezogen. In der nächsten Zeit stiessen sich viele Bindegewebssetzen los, welche mit papillären Wucherungen besetzt waren, das Fieber liess nach, die Eiterung wurde dünner und 8 Wochen nach der ersten Operation war die Heilung vollständig, und Pat. fing an, die Hand zu gebrauchen, als sie im Spital einen Typhus acquirirte, der gut verlief und die völlige Wiederherstellung der Function der Hand nur verzögerte.

Es scheint mir nach diesen Erfolgen die Incision an der Stelle, wo die hydropische Geschwulst am meisten sich der Oberfläche nähert, durchaus empfohlen werden zu müssen. Ich zweifle nicht, dass bei günstigen äussern Verhältnissen die Incision auch ohne Phenylbehandlung ohne Gefahr zum Ziele führen wird; in Spitalern, wo wir unter der Einwirkung und dem Eindruck häufiger Infectionen stehen, wird die Vorsicht jene Behandlungsweise erheischen. Die Incision darf nicht zu klein sein, damit die Concremente auch in bequemer Weise und vollständig hinausgeschafft werden können und

bei etwa eintretender Eiterung mit Losstossung der Wandungen der Cyste keine Eiterverhaltung entsteht.

Auch bei den Ganglien, welche keine Fremdkörper enthalten und an Hand- und Fusswurzel, so wie an den oberflächlichen Sehnen des Vorderarms als isolirte Geschwülste auftreten, kann die Incision dann zweckmässig angewandt werden, wenn die subcutane Discision nicht ausgereicht hat. Ich habe auch in Fällen, wo die Ganglien als Ausstülpungen der Handwurzelgelenke oder derer der Fusswurzeln angesehen werden mussten und wo mich die andern Methoden verlassen hatten, zu der subphenylen Incision gegriffen und die besten Erfolge davon gesehen.