DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Dritter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Operative Casuistik

von
Dr. Richard Geissel
in Essen.

(Fortsetzung aus No. 44. Schluss der ersten Abtheilung.)

Ich reihe den Brustdrüsenkrebsen noch eine Geschwulst der Mamma an, die, streng genommen, histologisch nicht hierher zählt, nämlich ein Cystosarcom. Fräulein M. aus Kettwig, 69 Jahre alt, früher stets gesund, regelmässig menstruirt, bemerkte seit einem Jahre eine rapide, indess fast schmerzlose Volumszunahme der linken Brustdrüse; nur in den letzten 2 Monaten sollen sich schnell vorübergehende lancinirende Schmerzen zeitweise eingestellt haben. Anfang August 1877 fand ich bei der sehr wohl genährten, kräftigen Kranken die linke Brustdrüse von der Grösse eines Kindskopfes; die Geschwulst war von praller Beschaffenheit mit deutlicher Fluctuation; die Hautvenen waren bedeutend ectatisch; keine Induration, keine Verwachsung mit der Brustwand; Axillar- sowie Supra- und Infracaviculardrüsen nicht intumescirt. Ich schloss diagnostisch zwar jede carcinomatöse Degeneration aus, war mir, offen gestanden, indess über die anatomische Diagnose nicht recht klar; ich nahm Cystomyxom an. Nur von einem operativen Eingriffe war Heilung zu erwarten; Patientin willigte jedoch nicht in die Ablatio mammae. Am 24. September cr. punctirte ich in der Huyssen-Stiftung in der Chloroformnarkose unter Lister'schen Cautelen den fluctuirenden Tumor und entleerte 800 Gramm einer rostfarbenen, dunklen Flüssigkeit; hierauf collabirte die Brustdrüse gänzlich; wie ich früher auch schon angenommen, fehlte jede Induration des Drüsenparenchyms. Aus diesem Grunde kam ich dem Wunsche der Patientin, von der Ablatio mammae abzustehen, nach und excidirte nur die Mamilla mit dem Warzenhofe; die Cyste, von der Grösse 2 Männerfäuste, wurde hierdurch völlig zugänglich und freigelegt; die glatten Wandungen derselben waren mit 4—5 polypösen, blätterigen Excrescenzen ausgekleidet. Nach sorgfältiger Reinigung des Cystenraums mit 5 procentiger Carbolsäurelösung legte ich von den beiden Wundwinkeln aus je einen Drain in die Cyste; sodann 3 Catgut-Ligaturen zur Vereinigung; Lister'scher Verband. Blutung war sehr gering. In den

ersten 2 Tagen fieberloser Zustand und reichlicher Abfluss der oben erwähnten rostfarbenen Flüssigkeit; am 3. Tage stieg das Fieber auf 39,5° C., gleichzeitig stockte der Abfluss durch den Drain; beim Verbandwechsel zeigte es sich, dass die beiden Drainenden durch das Drüsenparenchym völlig verlegt waren; nach theilweiser Herausleitung derselben aus den Wundwinkeln erfolgte der Ausfluss wieder regelmässig, und liess das Fieber auch sofort nach. Am 4. October waren die Cystenwandungen verklebt, organisch verheilt, denn von diesem Tage an entleerte sich keine Flüssigkeit mehr durch den Drain; am 6. October entfernte ich dieselben; bis zu diesem Tage wurden tagtägliche Ausspülungen mit 5 procentiger Carbolsäurelösung gemacht. Die völlige Vernarbung der Schnittwunde schritt schnell voran; am 16. October cr. wurde die Patientin geheilt entlassen. Die linke Brustdrüse war bis auf die Mamilla und den Warzenhof völlig erhalten worden, zeigte keinen Cystenraum, keine fluctuirende Stelle mehr, sondern nur normales Drüsenparenchym.

Professor Köster in Bonn hatte die Güte, mir über die übermittelte Flüssigkeit und excidirten Cystenpartien folgende Mittheilung zu machen:

„Die Flüssigkeit enthielt nichts Charakteristisches. Cholestearin, Eiweiss, Fibrin, Schleim, Körnchenkugeln und zerfallene Blutkörperchen; kein Epithel; Reaction neutral; specif. Gewicht 1,028. In dem excidirten Stück aber lässt sich deutlich der Process der Geschwulstentwicklung verfolgen und die Cyste erklären. Es handelt sich um ein sog. Cystosarcoma (phyllodes) mit starker epithelialer Wucherung. In die erweiterten epithelialen Schläuche (Milchgänge) drängen sich papilläre Wucherungen hinein, die sehr blutgefässreich sind. Wahrscheinlich fand in einem cystös erweiterten Gang eine stärkere Blutung nach und nach statt und zwar aus den Gefässen der papillären Wucherungen. Die Prognose ist nicht gerade schlecht; immerhin kommen aber locale Recidive gerne vor. Eine Heilung des Cystenraums ohne Exstirpation halte ich für unwahrscheinlich, da die Wand Epithel trägt, das wohl nicht völlig weglucern kann.“

Auch ich bin jetzt noch der Ansicht, dass die Ablatio mammae entschieden indicirt war; indess die Patientin gab die Einwilligung zu dieser Operation nicht. Interessant ist in diesem Falle die Verheilung

resp. organische Verklebung der Cystenwandungen. Die antiseptische Verbandmethode in Verbindung mit starken Carbonsäureausspülungen hat wohl diesen Erfolg gesichert. — Ueber den weiteren Verlauf, über etwaige spätere Recidive werde ich berichten.

8. Carcinoma recti

hatte ich Gelegenheit in 4 Fällen operativ zu behandeln. In den 2 ersten Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung Cylinderepithelialkrebs, im 3. Cancroid mit verhorntem Plattenepithel, im 4., letzten Falle Zottenkrebs. (Professor Köster in Bonn.)

a) Frau Gutsbesitzer B., klagte Herbst 1871 über Beschwerden bei der Defäcation, angeblich veranlasst durch Hämorrhoiden. Die Exploration ergab ein bereits exulcerirtes Carcinom, welches vom Introitus ani aus $1\frac{1}{2}$ " hinaufreichte, und auf die Rectovaginalwand übergrieff. Ende November 1871 totale Exstirpation des Carcinoms nach der Lisfranc'schen Methode; der Eingang des Mastdarms wird kreisförmig umschnitten. Heilung nach 3 Wochen; Reaction gering; keine Incontinentia alvi. Die sehr heruntergekommene Patientin erholte sich sehr; blieb frei von Recidiv bis Frühjahr 1873; im Mai 1873 Exstirpation desselben, welches, von der Narbe ausgehend, sich 2" in das Rectum hineinerstreckte; nach 3 Wochen Heilung; theilweise Incontinentia alvi. October 1873 abermals Recidiv; die Grenze der carcinomatösen Degeneration war nicht mehr zu bestimmen; nur theilweise Entfernung, Exitus lethalis Mitte November 1874 unter den Symptomen des höchsten Marasmus. Section leider nicht gestattet.

b) H. Schmidt, Tagelöhner, 48 Jahre alt, wurde am 31. December 1874 in der Huyssen-Stiftung wegen Carcinoma recti operirt; dasselbe war am Analrande exulcerirt und reichte bis 2" in den Mastdarm hinauf. Mittels der Lisfranc'schen Methode glaubte ich die carcinomatöse Degeneration völlig entfernt zu haben; es trat nach dieser freilich sehr eingreifenden Operation eine heftige Blutung ein; Patient verfiel wiederholt in tiefe Ohnmachten, aus welchen er mittelst grosser Gaben Wein, subcutaner Injectionen von Aether mit Campher und Autotransfusion erst nach längerer Zeit wieder zu sich kam. Heilung binnen 4 Wochen. Bereits Anfang September 1875 Recidiv, welches unoperirbar war wegen seines sehr hohen Sitzes; Mitte November 1875 Tod unter den Symptomen des grössten Marasmus. Section wies carcinomatöse Ablagerung im Peritoneum und der Leber nach.

c) Wittwe A., 71 Jahre alt, klagt seit etwa $\frac{1}{2}$ Jahr über Hämorrhoidalbeschwerden; die Exploration ergiebt exulcerirtes Cancroid der rechten Analseite; dasselbe reicht 1" über Introitus ani hinauf, verbreitet sich nach der Rectovaginalwand; Exstirpation Mitte September 1875; Auskratzen mittelst scharfer Löffel nach Volkmann und Simon; Heilung binnen 10 Tagen; keine Incontinentia alvi. Ende December 1876 Recidiv und abermalige Operation; keine Reaction; keine Sedes involuntarii. Mai 1877 abermaliges Recidiv und Exstirpation; nach dieser Operation trat geringe Incontinentia alvi ein. Soviel ich weiss, ist die Kranke bis jetzt, Ende September, noch ohne Rückfall.

d) Director H., 50 Jahre alt, klagt seit Jahren über chronischen Darmkatarrh, verbunden mit zeitweiligen Schmerzen, Abgang von übelriechenden, schleimigen Massen; doch angeblich ohne Blutbeimischung. Ich sah Patienten zuerst Ende September 1876, und konnte anfänglich eine Rectalexploration nicht erlangen. Mitte October trat zum ersten

Male Blut im Stuhlgang auf; deutlicher Kräfteverfall; Ende October constatirte ich 2" oberhalb Introitus ani eine hühnereigrosse, zerklüftete, maulbeerartig sich anfühlende Geschwulst. Anfang November Operation; hinterer Sphincterenschnitt und Herableiten des Rectums; die Geschwulstmasse wurde theils mit der Scheere entfernt, theils durch Auslöffeln mit dem Simon'schen scharfen Löffel. Geringe Blutung. Tod am 4. Tage durch Peritonitis. Section nicht gestattet. Mikroskopische Diagnose: Zottenkrebs.

Besonders der erste Fall hat in mir unbedingt den Entschluss gereift, bei nicht allzugrosser Ausdehnung jedes Mastdarmcarcinom zu operiren; denn die Patientin wäre meiner Ueberzeugung nach unbedingt viel früher und unter sehr desolaten Verhältnissen bei nicht vorgenommener Operation gestorben, während sie nach der ersten Exstirpation über 15 Monate zufrieden und schmerzlos lebte. R. Volkmann theilt 2 Fälle mit, in denen die Recidive 7 resp. 5 Jahre ausblieben.

Die Carcinomfrage und besonders die Behandlung der inoperablen bösartigen Neubildungen wird auf dem nächsten Congress (1878) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eine eingehende Erörterung finden, ein Beweis, wie rathlos zeitweise auch die Meister der Wissenschaft diesem schrecklichen Leiden gegenüberstehen!

9. Inversio uteri puerperal. completa. Reposition. Heilung.

Frau M., 19 Jahre alt, lpara, von zarter Constitution, wurde am 18. November 1868 von einem 8 Pfund schweren Knaben in erster Schädellage leicht und schnell entbunden; die Menge des Fruchtwassers soll sehr bedeutend gewesen sein. Unmittelbar nach der Abnabelung des Kindes versuchte die Hebamme die Entfernung der Nachgeburt und da dieselbe nicht sofort folgte, übte sie angeblich einen nur „gelinden Zug“ an der Nabelschnur aus; sofort schoss ein „grosser Fleischklumpen“ durch die Scheide vor die äussern Genitalien. Ich kam $\frac{1}{2}$ Stunde nach diesem Ereignisse zu der Wöchnerin und wurde aufgefordert, „das Gewächs, welches dieselbe bei sich habe, abzuschneiden“. Die Wöchnerin war im höchsten Grade collabirt, hatte kühle Extremitäten, einen fadenförmigen Puls, Brechneigung, Ohnmachten. Der Blutverlust soll bedeutend gewesen sein. Die Diagnose war leicht; Fundus uteri war oberhalb der Symphyse durch die Bauchdecken nicht durchzufühlen; der zwischen den Schenkeln der Wöchnerin liegende kindskopfgrosse Tumor konnte mithin nur der völlig invertirte und prolabirte Uterus sein; die Placenta, im Fundus uteri inserirt, war etwa zur Hälfte gelöst; die Blutung bei meiner Ankunft mässig. Ich löste die Placenta völlig, glücklicherweise ohne bedeutenden neuen Blutverlust, und reponirte sodann den Uterus lege artis ohne irgend welche Schwierigkeiten; derselbe contrahirte sich nach der Reposition sehr fest; Nachblutungen traten nicht auf. Die Therapie bestand sodann noch in Application von Eisbeuteln auf die Bauchdecken, in Darreichung von Secal. cornut., später Acid. phosph.-Mixtur. Der Verlauf des Wochenbettes bot nichts Abnormes; die Lochien waren einige Tage übelriechend in Folge mässiger Endometritis; indess ohne erhebliche Fieberbewegung. Die Involution des Uterus ging regelmässig von Statten. Obwohl die Wöchnerin nicht stillte, blieb sie doch längere Zeit anämisch.

Sie wurde 1870 während meiner Abwesenheit in Frankreich von einem anderen Collegen bei Querlage des Kindes durch die Wendung

entbunden; 1872 leitete ich eine Geburt bei Beckenendlage. Kurze Zeit darauf verzog die Familie nach Schlesien. — Der vorliegende Fall ist ein Schulfall und bietet eigentlich nichts Besonderes. Die complete Inversion ist theilweise wenigstens veranlasst worden durch den Zug an der Nabelschnur unmittelbar nach der Ausstossung des Kindes; die Hebamme selbst behauptete zwar, nur einen „gelinden Zug“ ausgeübt zu haben; doch

„Die Botschaft hör ich wohl,
Allein mir fehlt der Glaube.“

Indess müssen auch noch andere prädisponirende Momente vorgelegen haben, denn sonst müsste die Inversio uteri bei der oft rohen Placentarlösung sich unbedingt häufiger ereignen. Es ist wohl mit Hohl anzunehmen, dass neben der stürmischen Contraction und Verengerung im Fundus uteri ein abnorm erweiterter und paralysirter Muttermund in diesem Falle vorlag; begünstigt wurde das Zustandekommen dieser pathologischen Beschaffenheit durch die bedeutende Ausdehnung des Fruchthalters durch das 8 Pfund schwere Kind und die grosse Menge Fruchtwasser, sowie durch den schnellen Verlauf der Geburt. Zudem war die Placenta im Fundus uteri inserirt, und Henning stellt ja die Theorie auf (Archiv f. Gynäk. Band VII, 491—506), dass schon allein der Sitz der Placenta im Fundus uteri wegen der schwächeren Muskelentwicklung dieser Partie den anderen Gebärmutterabschnitten gegenüber zur Inversion disponire.

Ueber die sonst wohl bei der Behandlung der completen puerperalen Uterusinversionen herrschende Streitfrage, ob man die noch adhärende Nachgeburt vor oder erst nach der Reposition lösen soll, konnte ich in diesem Falle nicht zweifelhaft sein; die Placenta war bereits zur Hälfte gelöst, und da war es wohl selbstverständlich, auch den Rest vor der Reposition zu trennen. Hohl vertritt durchgängig die Ansicht, die Placenta vor der Reduction zu lösen, er hält dann den Repositionsact für leichter. Freilich wäre es sehr fatal, wenn nach gelöster Placenta krampfartige Contractionen im Bereiche des Os internum die Reposition vorübergehend vereitelten, oder wenigstens verzögerten; dann müsste die Blutung natürlich heftiger und anhaltender sein als bei nicht entfernter Placenta. Könnte man denn nicht die von Esmarch zum Zwecke der künstlichen Blutleere angegebene Constriction der Abdominalaorta vorübergehend in Anwendung ziehen, in Verbindung mit der Autotransfusion und der von P. Müller empfohlenen Einwicklung der Extremitäten mittelst elastischer Binden?