Angioma venosum racemosum der linken motorischen Region.

Von

Prof. Dr. med. Mariano R. Castex,

Chefarzt der inneren Abteilung im städtischen Krankenhaus Durand

und

Dr. med. Pedro O. Bolo,

Oberarzt an der chirurgischen Universitätsklinik im Krankenhaus Durand
(Buenos-Aires).

(Mit 1 Abbildung.)

Joseph N., Argentinier, 43 Jahre alt, verheiratet, Bildhauer, kommt am 3. August 1913 in unsere Behandlung. Familienanamnese ohne Belang; hereditär nicht belastet. Aus der eigenen Anamnese ist Folgendes hervorzuheben: Als Kind Masern und Pocken, mit 21 Jahren Tripper, mit 22 verschiedene Schanker, die aber ohne Sekundärererscheinungen blieben, mit 26 Jahren Influenza. Seit 10 Jahren leidet er beständig an heftigen Kopfschmerzen, die vornehmlich im oberen Teil des Schädeldaches lokalisiert sind. Früher starker Raucher und Trinker, trinkt und raucht aber seit 4 Jahren garnicht mehr.

Vor etwa 4 Jahren begann seine gegenwärtige Krankheit: Eines Morgens bei der Arbeit hatte er plötzlich im rechten Fuss ein Gefühl von Eingeschlafensein, das sich bald darauf, von krampfartigen Zuckungen begleitet, auf die ganze rechte Körperhälfte ausbreitete. Der Kranke verlor für einige Minuten das Bewusstsein und war hinterher abgeschlagen und wie betäubt. Nach diesem ersten Anfall besserten sich die Kopfschmerzen etwas, blieben aber immerhin bestehen. Ein Jahr darauf wiederholte sich der Anfall, diesmal mit stärkeren Krämpfen; auch dauerte er länger als der erste. Seit der Zeit folgte ein Anfall dem anderen in immer kürzeren Zwischenräumen und immer heftiger.

1912 konsultierte er einen Arzt, der ihm eine Medizin verschrieb, auf die die Anfälle seltener und schwächer wurden; aber Anfang 1913 kehrte der alte Zustand wieder, und die verordnete Arznei tat nicht die geringste Wirkung. Ende Juli behielt er nach einem derartigen Anfall eine fast völlige Lähmung des rechten Beines zurück. Von da ab sind die Anfälle alle 4 bis 5 Tage aufgetreten; aber der Kranke verliert dabei nicht mehr das Bewusstsein. Seit Beginn des Jahres kann er auch nicht mehr den Versuch machen zu lesen, ohne sofort einen Anfall zu bekommen.

Die Anfälle tragen immer denselben Charakter: rechtsseitige Jacksonsche Epilepsie, die in Fuss und Bein beginnt, dann auf den Arm und schliesslich auf das Gesicht übergreift.

Befund am 3. August:

Mittelkräftiger Körperbau, gut entwickeltes Skelett, guter Ernährungszustand.

Auf der Haut Pockennarben; blasse Schleimhäute.

Sensibilität für Berührung, Schmerz, Temperatur überall normal.

Sinnesorgane normal.

Motilität: Kopf, Gesicht, Hals, rechter und linker Arm, linkes Bein normal.

Vollständige schlaffe Lähmung der rechten Mm. glutei und ileo-psoas, der Muskeln des rechten Oberschenkels, Unterschenkels und Fusses.

Im rechten Bein Reflexe sehr stark gesteigert: Oppenheim, Strümpell, Brissaud positiv; Babinski, Rossolimo, Mendel-Bechterew negativ.

Im linken Bein leichte Reflexsteigerung.

R. und l. Arm: Reflexe normal.

Haut- und Schleimhautreflexe normal.

Pupillen gleich weit, reagieren prompt. Augenmuskeln o. B.; Augenhintergrund normal.

Schädel und Gesicht wohl gebildet; Schädel weder druck- noch klopfempfindlich. Dicke Venen beiderseits in der Schläfengegend nachweisbar.

Kau- und Schlingakt, Speichelsekretion normal.

Brust- und Bauchorgane normal.

Sphinkteren funktionieren gut.

Gehen unmöglich infolge der vollständigen schlaffen Lähmung des rechten Beines.

Intelligenz intakt; Sprache gut artikuliert.

Die Anfälle traten enorm häufig auf, bis der Kranke am 12. August nach einem sehr heftigen Anfall eine komplette rechtsseitige Hemiplegie mit totaler motorischer Aphasie zurückbehielt.

Befund: Sehr starke Reflexsteigerung auf der ganzen rechten Seite; keine pathologischen Reflexe.

Vollständige schlaffe Lähmung der rechten Gesichtshälfte, des rechten Armes und Beines. Zunge weicht nach rechts ab.

Intelligenz normal; vollständige reine motorische Aphasie.

Linksseitige homonyme Hemianopsie.

Augenmuskeln funktionieren gut. Pupillen gleich weit, reagieren prompt.

Alle 5 bis 10 Minuten Anfälle von Jacksonscher Epilepsie; der Kranke befindet sich in einem wahren Zustand von „Epilepsia continua“. Jetzt bleiben die Anfälle auch nicht mehr auf die rechte Seite beschränkt; sie fangen zwar immer in derselben Weise an, greifen dann aber auch auf die andere Körperhälfte über, wo die Krämpfe zuerst das Gesicht befallen, sich dann auf den Arm und schliesslich auf das Bein ausbreiten.

Diagnose: Organische Läsion der linken motorischen Region.

Die Erfolglosigkeit einer Jod-Quecksilberbehandlung machte einen syphilitischen Prozess unwahrscheinlich, das Fehlen eines tuberkulösen Habitus und die ganze Entwicklung der Krankheit in gleicher Weise einen Prozess dieser Ätiologie.

Dagegen liessen uns Krankheitsverlauf und klinisches Bild an drei andere Prozesse denken, um die es sich hier handeln konnte:

entweder eine gefässreiche Neubildung oder eine Pachymeningitis haemorrhagica oder schliesslich eine cystische seröse Meningitis.

Unter dieser Voraussetzung schlug man dem Patienten einen chirurgischen Eingriff vor, womit er einverstanden war.

Am 13. August nimmt Dr. Palma den ersten Teil der zweizeitigen Operation in Angriff. Anlegung einer Umstechungsnaht durch die Kopfschwarte nach Heidenhain entsprechend dem Bereich der Zentralwindungen. Professor Palma umschneidet innerhalb dieses Bereiches einen 7 cm hohen, 6 cm breiten viereckigen Lappen, dessen Spitze 2 cm von der Sagittallinie entfernt bleibt. Die Blutstillung war vorzüglich. Man legte vier Bohrlöcher entsprechend den vier Ecken des Lappens an und klappte den so entstehenden Haut-Periost-Knochenlappen auf. Die drei freien Seiten des Lappens waren mit der Martellschen Fräse umsägt, die Basis mit einem leichten Meisselschlag eingebrochen worden. Dura nicht sichtbar verändert; keine Spannungsänderung. Palpation durch die Dura hindurch gibt keinen weiteren Anhaltspunkt für die Diagnose.

Am 14. August geringe Besserung im Befinden des Kranken; die Krampfanfälle sind seit dem Abend nur einmal aufgetreten; der Kranke kann etwas sprechen.

Am 15. August neue Verschlimmerung; die Anfälle treten so häufig auf, dass wir nahe daran sind, am 17. August, also 4 Tage nach dem ersten Eingriff, den zweiten vorzunehmen.

Starke Dosis Brom. So warten wir den 8. Tag ab (Nähte schon am 4. Tag entfernt).

Am 21. August zweiter Teil der Operation. Es werden bei dem Kranken in Chloroformnarkose die Wundränder mit der Schere stumpf getrennt; — auf die Weise blutet die Wunde nur wenig, und die Blutstillung gelingt schnell und leicht.

Einige Blutcoagula, die sich auf der Dura gebildet haben, werden mit der Curette entfernt und aus der Dura selbst mit dem Bisturi ein Lappen von der Form des Hautlappens, aber mit oberer Basis ausgeschnitten.

Bei Aufhebung des Dura-Lappens wird die Unterbindung einer äusserst dicken Vene nötig, die von der Pia zur Dura verläuft.

Auf den ersten Blick bemerkten wir einen ganz anomalen Gefässreichtum der Pia. Dicke sinuöse Venen bilden durch vielfache Anastomosen ein reich verzweigtes Netz (Fig. 1).

Unterbindung der Venen rings an den äussersten Grenzen des Operationsfeldes mit feiner Seide. Dabei wurden einige Venen an-

gestochen; es gelingt nur mit Mühe, die starke Blutung zu stillen. Venenwand äusserst zart und leicht zerreisslich.

Sorgfältige Naht der Wunden.

Der Erfolg der Operation hätte nicht befriedigender sein können. Nachdem die unangenehmen Nachwirkungen der Narkose und der unbedeutende Shock einmal überwunden sind, zeigt sich im Zustand des Kranken unter Behandlung mit Massage, Elektrizität, Arsen und Strychnin eine schnell fortschreitende Besserung, bis schliesslich im

Fig. 1.

Gesicht und rechten Arm jede Störung vollständig verschwunden ist. Nur im rechten Bein bleibt eine leichte Parese mit Hypotonie und geringer Reflexsteigerung bestehen.

Ende Oktober und Anfang November einige Anfälle von Krämpfen im rechten Bein. Seither keine Anfälle mehr. Die Bewegungsfähigkeit im rechten Bein hat sich gebessert, bis der gegenwärtige Zustand erreicht war, der als einzigen pathologischen Befund eine leichte Verminderung der Muskelkraft zeigt.

Ausserordentlich selten trifft man diese Angiomata racemosa

venosa der Pia; so nennt sie Krause, der selber zwei Fälle, bei einem Kind und bei einem Erwachsenen operiert hat.

Wir möchten diese Affektion als in der Mitte stehend zwischen echten Angiomen und Venenvarizen ansehen; von den Angiomen unterscheidet sie der Umstand, dass ihre Gefäße keine Kapillaren sind und keinen richtigen Tumor bilden, sondern von verschiedenem Kaliber und gut isolierbar; ebensowenig sind es echte Varizen, denn die Venen haben hier ihre dicke bindegewebige Wand nicht behalten, sondern sind, wie oben erwähnt, sehr zartwandig.

Was die Therapie betrifft, so zogen wir — wie wir glauben, mit Recht — die einfachen atrophierenden Ligaturen einer Venenresektion vor; denn wir hätten hierbei nicht nur die Schwierigkeit der Blutstillung gehabt, sondern hätten auch eine Erweichung fürchten müssen — als Folge der Exzision der Pia, die die Trägerin der Ernährung für die Hirnrinde ist.

Der Verlauf der Krankheit hat uns in dieser Ansicht bestärkt.

Der Mann ist von uns am 1. April 1914 als vollkommen gesund entlassen.