

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

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

Zweiter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Resection eines erheblichen Theiles des Kreuzbeines durch dessen ganze Dicke hindurch und mit Eröffnung des Rückenmarkcanales, wegen eines centralen Knochensarcoms (Myeloid). Heilung.

Von

Richard Volkmann.

Frau Dorothee R., eine 23jährige kräftige Gutsbesitzerin, vor 3 Jahren einmal entbunden, hat seit einem Jahre über Schmerzen im Kreuzbein sowie im Rectum geklagt. Seit etwa $\frac{3}{4}$ Jahren ist ein stetig wachsender Tumor auf der äusseren Fläche des Os sacrum bemerkt worden, Patientin wurde beim Gehen und Sitzen mehr und mehr behindert, die Defäcation fing an schwierig und schmerzhaft zu werden. Bei der etwa $\frac{1}{2}$ Jahr vor der Operation vorgenommenen ersten Untersuchung findet sich ein der linken unteren Hälfte des Kreuzbeins flach aufsitzender hühnereigrosser, derb-elastischer Tumor. Führt man 2 Finger in das Rectum, so fühlt man den Tumor ziemlich stark in dasselbe prominiren, doch ist das Rectum mit dem Tumor nicht verwachsen, sondern überall deutlich über demselben zu verschieben. Uebt man dann weiter mit dem im Rectum liegenden Finger einen raschen Druck auf den Tumor aus, während die Finger der anderen Hand der hinteren (der Körperoberfläche zugewandten) Fläche des Kreuzbeins, resp. dem die Weichtheile hier vorwölbenden Tumor aufliegen, so fühlt man ganz deutlich, dass die Bewegung sich durch das Kreuzbein hindurch fortsetzt. Es muss also das Kreuzbein an der von Geschwulst eingenommenen Stelle vollständig

zerstört sein, die Geschwulst hier in einem grossen, nach beiden Seiten penetrirenden Knochendefecte liegen.

Patientin konnte sich, da ihr wegen der unvermeidlichen Eröffnung des Rückenmarkcanales ein glücklicher Ausgang nicht mit absoluter Sicherheit garantirt werden konnte, erst Anfang März v. J. zur Operation entschliessen, nachdem sie sich überzeugt, dass der Tumor stetig wuchs, die Beschwerden zunahmen und namentlich das Gehen, Stehen und Sitzen durch heftige reissende Schmerzen mehr und mehr erschwert würde.

Am 2. März dieses Jahres wird durch einen grossen Schnitt der linke Rand des Kreuzbeins von der Synchondrosis sacroiliaca bis zur Spitze des Kreuzbeines blossgelegt. Der Rand des Kreuzbeines ist hier durch die im Mark des Knochens entwickelte Neubildung zu einer schaligen Masse aufgebläht, die sich gegen die Incisura ischiadica major und die Spina ischii vorwölbt. Dann wird hart unter der Synchondrosis sacroiliaca sinistra der Meissel aufgesetzt und dicht unter dem Foram. sacrale post. sinistr. II. hinweg das Kreuzbein im Bogen nach rechts durchmeisselt, so dass der Tumor vollständig umschrieben wird. Der Meisselschnitt geht zuerst horizontal, krümmt sich aber dann, nachdem er über die Mittellinie und die Processus spinosi hinausgelangt rasch nach unten und verläuft dann vertical nach abwärts, so dass von der rechten Kreuzbeinseite eine laterale, etwa 2 Centimeter breite Spange stehen bleibt. Nach unten fällt der Meisselschnitt in die Verbindung zwischen Kreuzbein und Steissbein. Das gesunde Steissbein wird, um die betr. Muskelinsertionen zu schonen und den grossen Defect nicht noch unnötig zu vergrössern, zurückgelassen.

Nachdem der Knochen unter ziemlich erheblicher Blutung mit grosser Vorsicht vollständig durchmeisselt ist, wobei natürlich auf die im Rückenmarkscanale gelegenen letzten Fäden der Cauda equina keine Rücksicht genommen werden kann und nur darauf geachtet wird, nicht etwa in der Tiefe das Peritoneum oder das Rectum zu verletzen — wird der Tumor mit der resecirten Knochenpartie noch durch scharfe Haken nach links umgeworfen und nun in der Tiefe der Meisselspalte mit Messer und Scheere der Tumor vom Rectum abgelöst. Hierbei mussten einige stark blutende grössere Gefässe unterbunden werden (Catgut). Zuletzt erst wird der linke, freie Rand des Kreuzbeins, der wie schon erwähnt ganz von der Geschwulst eingenommen wird, von seinen Verbindungen mit den Weichtheilen abgetrennt. Zwei etwa stricknadeldicke Fäden des Plexus pudendalis kommen dabei unter das Messer.

Ausfüllung der Wundhöhle, die etwa Grösse und Tiefe einer derben Männerfaust hat mit antiseptischer Gaze. Operation unter Spray; antiseptische Nachbehandlung, sorgfältige Drainage.

Der Verlauf bot nichts Bemerkenswerthes dar; es entstanden keine Symptome von Entzündung oder auch nur von Reizung des Rückenmarkes oder seiner Umhüllungen. Sechs Wochen nach der Operation konnte Patientin mit flacher, wenig secernirender Granulationsrinne entlassen werden. Sie steigt bereits Treppen und geht halbe Stunden lang im Garten spazieren. Als einziges, schwer zu erklärendes Symptom ist das Unvermögen zurückgeblieben den Urin so lange zurückzuhalten, als es der Patientin vor der Operation möglich war, und klagt dieselbe ausserdem nach jeder Defäcation noch über länger anhaltende Schmerzen im Rectum, die am meisten Aehnlichkeit mit denen bei Fissura ani haben. Indess nehmen auch diese Beschwerden von Tag zu Tag ab. (Sie sind seitdem fast ganz geschwunden. Juni 1876. R. V.)

Der Tumor ergab sich als ein im Innern des Kreuzbeins entstandenes, resp. von erster Spongiosa (Markgewebe) ausgegangenes, sehr gefässreiches und zum Theil pigmentirtes Riesenzellensarcom (Sarcoma gigantocellulare, centrales Osteosarcom, Myeloid, Tumeur à myeloplaxes), welches ursprünglich eine blasige Knochenschale gehabt, die jedoch bei dem raschen Wachsthum des Tumor sowohl an der inneren, dem Rectum zugewandten, als an der äusseren, der Cutis zugekehrten Fläche bis auf geringe Reste schon wieder verzehrt

war. An verschiedenen Stellen enthielt der Tumor glatte, cystoide mit veränderter Blutflüssigkeit gefüllte Höhlen, wie sie in derartigen Neubildungen häufig vorkommen.

Der Tumor, der nach der Virchow'schen Nomenclatur als ein schaliges, myelogenes Riesenzellensarcom zu bezeichnen wäre, stellt also eine Bildung dar, die auf der einen Seite gewiss leicht sehr gross geworden wäre und das Leben der Kranken auf das Ernstlichste bedroht haben würde, auf der anderen Seite aber, nach einer, wie hier sicher, rein ausgeführten Exstirpation nicht wiederzukehren pflegt. Patientin wird daher aller Wahrscheinlichkeit nach gesund bleiben, und wir dürfen ihr gratuliren sich entschlossen zu haben, einen so schweren Eingriff über sich ergehen zu lassen. —