

- Fig. 15. Ganglien ähnliche Körper von *Ascaris lumbricoides*. Sie liegen im vordersten Theil des Körpers hinter dem Gefässporus zu beiden Seiten der Seitengefässse (Vergr. 600).
- Fig. 16. Eine einzelne Zelle mit ihren Ausläufern (Vergr. 900).
- Fig. 17. Stück eines Muskelfeldchens von *Strongylus*? Durch Contraction erhalten die Ränder ein feinzackiges Aussehen (Vergr. 600).
- Fig. 18. Anordnung der Muskelfeldchen bei *Oxyuris vermicularis* (Vergr. 400).
a) Seitengefäß. b) Rückengefäß. c) Magen und Darm. d) Aftermündung.
- Fig. 19. Ein zerrissenes Stück eines Muskelfeldchens von einer alten *Oxyuris ornata*. a) Fibriläre Corticalsubstanz. b) Kernhaltige Marksubstanz, der Rest des ursprünglichen Protoplasmas.

X.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ueber Abscess im Cavum praoperitoneale Retzii.

Von Prof. Wenzel Gruber in St. Petersburg.

Retzius *) hat im J. 1856 der schwedischen ärztlichen Gesellschaft über die Existenz einer Höhle im unteren Bezirke der vorderen Bauchwand, welche er Cavum praoperitoneale nannte, eine kurze Mittheilung gemacht. Später, in einem an Hyrtl in Wien gerichteten Schreiben, dem drei Abbildungen beigegeben waren, erklärte er sich darüber ausführlicher. Auf Ermächtigung legte darauf Hyrtl in der Sitzung der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Akademie der Wissenschaften in Wien am 26. März 1858 eine Notiz über Retzius Entdeckung mit den genannten Abbildungen vor. Aus dieser Notiz von Hyrtl **), welche in den Sitzungsberichten der Akademie veröffentlicht wurde, ergiebt sich: Die Lineae semicirculares Douglasi auct. sind nicht die scharfen Endränder der hinteren Wand der Scheiden der Mm. recti abdominis, also keine Linien, sondern nur Ränder von Faltungsstellen dieser Wand. An diesen angeblichen Lineae verschmilzt die Fascia transversa mit der hinteren Wand der Scheide der Mm. recti (welche Wand nach Retzius die Aponeurose der Mm. transversi bilden soll), zu einem einfachen fibrösen Blatte. Dieses fibröse Blatt, das wohl nur die Fascia transversa allein

*) Hygiea. No. 11. 1856. (Steht mir nicht zu Gebote.)

**) „Notiz über das Cavum praoperitoneale Retzii in der vorderen Bauchwand des Menschen.“ — Sitzungsb. d. mathem.-naturw. Kl. d. Kais. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. XXIX. Jahrg. 1858. No. 9. S. 259.

darstellt, schlägt sich daselbst und auch seitwärts nach hinten um und bildet dadurch Plicae mit nach unten concaven Rändern. Es steigt dann abwärts, überzieht das zwischen denselben und der Harnblase gelagerte Stück Peritoneum; setzt sich aber weder an die Schambeinsynchondrose, noch an die Arcus crurales an, sondern streicht hinter der Harnblase in das Becken herab und geht in die Fascia pelvis über. Indem die Plicae seitwärts bogenförmig nach unten sich verlängern und mit ihren unteren Enden an den äusseren Rand der Sehnen der Mm. recti sich inseriren, beschreiben sie einen Ring, der eine hinter diesem Muskeln gelagerte Oeffnung, d. i. die Porta cavi praoperitonealis einsäumet. Die Porta führt in eine Höhle, d. i. in das Cavum praoperitoneale, welches ein dehnbare, nachgiebiges Bindegewebe enthält, das dem Scheitel der vollen Harnblase gestattet, in das Cavum einzudringen. Die vordere Wand dieses Cavum bilden die unteren Enden der Mm. recti und das vordere Blatt ihrer Scheide, die hintere Wand — das Stück Peritoneum zwischen den Plicae Douglasii und der Harnblase nebst dem von ersteren zur Harnblase und hinter dieser zur Fascia pelvis absteigenden fibrösen Blatte (Fascia transversa), die Seitenwände die Plicae Douglasii und deren bogenförmige Fortsetzung, die untere Wand der Scheitel der leeren oder wenig angefüllten Harnblase.

Ich habe nach Eintreffen der Notiz von Hyrtl die Sache untersucht und das Cavum praoperitoneale Retzii in meinen Vorlesungen über chirurgische Anatomie und in den Sitzungen der Gesellschaften der Aerzte demonstriert. Ich wies auf die Wichtigkeit der Kenntniss desselben für die Praxis hin und sprach dabei ausserdem die Vermuthung aus, dass abgesehen von Senkungsabscessen aus den Scheiden der Mm. recti, in demselben wohl auch Abscesse primär auftreten mögen. Diese meine Vermuthung wurde bald zur Wahrheit, wie im Nachstehenden dargethan werden wird.

Bei einem 24 Jahre alten Manne, der am 4. Juli 1861 in das Maria Magdalena-Hospital in St. Petersburg aufgenommen wurde, stellte sich im Verlaufe von Typhus abdominalis am 31. Juli ein Schmerz im Unterleibe oberhalb der Schambeinsynchondrose ein. Man fand daselbst die vordere Bauchwand wie von einer gefüllten Harnblase gehoben. Die Geschwulst war empfindlich, hart und gab bei der Percussion einen dumpfen Schall. Der Kranke konnte den Harn ohne Hinderniss lassen und bei der Untersuchung der Harnblase mit dem Catheter fand man diese leer und in derselben nichts Abnormes. Die Kräfte des Kranken nahmen ab, es erschienen Symptome von Scorbut. Bis zum 25. August nahm die Geschwulst an Grösse und Empfindlichkeit bald ab, bald zu. Fieberanfälle traten vom 13. Juli bis zu letzterem Tage nicht mehr ein, es waren in dieser Zeit Tage, an welchen der Kranke sich wohler fühlte und sogar herumspazierte. Vom 25. August angefangen, an dem die Geschwulst zu fluctuiren begann, verschlimmerte sich der Zustand wieder, die Kräfte schwanden mehr und mehr. Am 7. September fand man die Geschwulst zusammengefallen, den Kranken total erschöpft, bewusstlos. Am Abend desselben Tages erfolgte der Tod.

Am 8. September zeigte mir Dr. Canzler, der Oberarzt des Hospitals, die Leiche mit der ungemein auffallenden, deutlich begrenzten, ovalen Geschwulst in

der vorderen Bauchwand über der Schambeinsynchondrose. Dr. Canzler sprach dabei die Vermuthung aus, dass die Geschwulst vielleicht durch einen Abscess in dem von mir demonstrierten Cavum praepertitoneale Retzii bedingt sein möge. Ich glaubte nach dem, was ich gehört hatte und sah, die Existenz dieses Abscesses mit Sicherheit annehmen zu müssen.

Bei der von mir am 9. September auf Ersuchen vorgenommenen Section ergab sich folgender Befund:

Die Haut zeigt an den unteren Extremitäten scorbutische Flecke. Die Geschwulst über der Schambeinsynchondrose, welche Tags zuvor an der Leiche beträchtlich und nach Dr. Canzler's Aussage im Leben des Individuum noch mehr hervorspringend war, ist nach oben bereits zusammengefallen.

Die Schädelhöhle wurde nicht geöffnet.

Das Herz ist nicht verändert. Die rechte Lunge ist mit der Thoraxwand verwachsen, im unteren hinteren Theile des unteren Lappens roth hepatisirt, übrigens acut ödematos. Die linke Lunge ist frei, im oberen Lappen emphysematos, im unteren ödematos. In dem linken Pleurasacke finden sich einige Pfund serösen Ergusses.

Der Unterleib ist aufgetrieben. In der Bauchhöhle findet sich eine grosse Quantität eines gelbröthlichen serösen Exsudats, an den Gedärmen und hier und da an den Bauchwänden eine Schicht geronnenen Faserstoffes, wodurch erstere untereinander und theilweise mit den Bauchwänden verklebt waren, in der Beckenhöhle nebst diesen wirklicher Eiter aus der Geschwulst in der vorderen Bauchwand. Das Peritoneum hat allseitig Zeichen der Entzündung. Die Gedärme sind durch Gase und Faeces ausgedehnt. Die Flexura sigmoidea ist mit ihrem Scheitel an einer Stelle der vorderen Bauchwand, welche etwa der Mitte der genannten Geschwulst entspricht, fester verklebt. An und unter dieser verklebten Stelle quillt beim Drucke auf die Geschwulst Eiter hervor. Nach etwas kräftigem Zuge konnte die verklebte Flexura sigmoidea von der vorderen Bauchwand gelöst werden und es kam dann die kleine, Eiter entleerende Oeffnung ganz zu Gesicht. An der Schleimhaut des untersten Ileum sind 3—4 in der Heilung begriffene Typhusgeschwüre zu sehen. Die Harnblase, welche eine mässige Quantität Harn enthielt, ist vollkommen normal, aber mit dem unteren grösseren Theile der Schambeinsynchondrose und den absteigenden Aesten der Schambeine fest verwachsen.

Zur besonderen Untersuchung der Geschwulst wurde der mittlere Theil der vorderen Bauchwand, vom Nabel abwärts, und der vorderen Beckenwand nebst den Beckenorganen ausgeschnitten und ausgesägt.

Die Geschwulst, obgleich zusammengefallen wegen Entleerung des meisten Eiters in die Beckenhöhle, ist dennoch deutlich begrenzt. Sie liegt theilweise vor der Schambeinsynchondrose, dann in der Regio hypogastrica propria und theilweise in der Regio umbilicalis. Sie reicht bis $2\frac{1}{2}$ Zoll unter den Nabel aufwärts und bis unter die Mitte der Höhe der Schambeinsynchondrose abwärts. Sie beginnt zugespitzt vor der Schambeinsynchondrose und wird gegen ihr oberes Ende allmälig breiter. Am oberen Rande der Schambeinsynchondrose dehnt sie sich bis zu den Tubercula pubis, darüber an der Bauchwand fast so weit seitwärts

aus, wie die *Mm. recti abdominis*. Sie hat eine Höhe von 5 Zoll, wovon $3\frac{3}{4}$ Zoll über der Schambeinsynchondrose, $1\frac{1}{4}$ Zoll vor dieser liegen. Sie ist an ihrem unteren Ende vor der Schambeinsynchondrose $\frac{3}{4}$ — 1 Zoll, an ihrem oberen Ende $3\frac{3}{4}$ — 4 Zoll breit. Sie hat die Gestalt eines nach unten zugespitzten Ovalen.

Die Haut über der Geschwulst ist normal. Die oberflächliche Schicht des subcutanen Gewebes ist unverändert; die Tiefe zeigt hier und da hämorrhagische Stellen, ist in der Medianlinie verdünnt, seitlich verdickt und mit den Scheiden der *Mm. recti* fest vereinigt. Nach dem Durchschnitt der tiefen subcutanen Schicht sieht man die Scheiden der *Mm. recti* in der Medianlinie geöffnet, vermisst das *Adminiculum lineae albae* zwischen diesen Muskeln und befindet sich in einer Eiterhöhle, welche den unteren Theil der Scheiden der *Mm. recti* und das *Cavum praoperitoneale* einnimmt.

Die Höhle ist vorn 4 Zoll hoch, wovon ein 3 Zoll hoher Theil über der Schambeinsynchondrose, ein 1 Zoll hoher Theil vor dieser liegt; hinten 3 Zoll hoch, wovon ein $2\frac{1}{4}$ Zoll hoher Theil über der Schambeinsynchondrose, ein $\frac{3}{4}$ Zoll hoher Theil hinter dieser gelagert ist. Sie reicht hinten bis zur *Plica semilunaris Douglasii* aufwärts. Vor der Schambeinsynchondrose ist sie $\frac{1}{2}$ Zoll, an ihrem oberen Rande $1\frac{1}{4}$ Zoll, darüber allmälig $2\frac{3}{4}$ — 3 Zoll breit. Ihre grösste Tiefe über der Schambeinsynchondrose beträgt $1\frac{1}{2}$ — 2 Zoll. In derselben findet man noch eine Quantität grauröthlichen, missfarbigen Eiters und in Folge der Eiterbildung das Bindegewebe im *Cavum praoperitoneale* und die inneren Portionen der *Mm. recti*, letztere zusammen in einer Breite von $1\frac{1}{4}$ Zoll und in einer Höhe von $2\frac{1}{4}$ Zoll, durch Zerfall zerstört. Der Eiter hat oben mehr die Scheiden der *Mm. recti*, unten mehr letztere unterminirt. Das die Schambeine und die Schambeinsynchondrose deckende Periost ist noch erhalten. Die vordere Wand bildete in der Medianlinie das subcutane Gewebe, seitlich der innere Theil der vorderen Blätter der Scheiden der *Mm. recti*; die hintere Wand desselben das *Cavum praoperitoneale*; die untere Wand der Scheitel der Harnblase, der Scheitel der Schambeinsynchondrose und die Schambeine vor dieser bis zu ihren *Tubercula* auswärts. Die Verlängerung vor der Schambeinsynchondrose abwärts wurde vorn zunächst von den inneren Portionen der Sehnen der *Mm. recti* und *obliqui externi abdominis* begrenzt.

Links in einiger Entfernung von der Medianlinie über dem oberen Drittel der hinteren Wand der Höhle in der hinteren Wand des *Cavum praoperitoneale* ist eine kleine, 2 Linien weite Oeffnung vorhanden, wodurch die Eiterhöhle mit der Bauchhöhle communicirte und der Eiter in die Beckenhöhle sich entleerte. Die Oeffnung sitzt in der Mitte einer kleinen seichten Grube, welche vor Durchbruch des Peritoneum durch Zerstörung der *Fascia transversa*, die die hintere Wand des *Cavum praepertitoneale* bilden hilft, entstanden ist.

In diesem Falle von *Ileotyphus* scheint durch Metastase der Abscess zuerst im *Cavum praoperitoneale* sich gebildet zu haben, durch Vereiterung des *Adminiculum lineae albae* und eines Theiles der *Mm. recti abdominis* in die Scheiden der letzteren vorgedrungen und endlich durch Zerstörung auch der Vereinigung der vorderen Blätter der Scheiden der *Mm. recti* bis unter das subcutane Bindegewebe

gekommen zu sein. Durch Durchbruch der hinteren Wand des Cavum praoperitoneale hatte der Abscess seinen Inhalt in den Beckentheil des Bauchfellsackes entleert, der acute Peritonitis und dadurch Tod zur Folge hatte.

Bei vorausgesetzter Kenntniss des Cavum praoperitoneale und seines beständigen Inhaltes (Bindegewebe) und zeitweiligen Inhaltes (Scheitel der Harnblase im angefüllten Zustande der letzteren), konnte der Abscess des Cavum praoperitoneale in diesem Falle nicht leicht verkannt werden. Das Verhalten der Geschwulst überhaupt und die bei ihrem Verbleiben dennoch wechselnde Zu- und Abnahme an Grösse, was sich durch das Steigen und Sinken der Harnblase erklären liess, so wie der ausgemittelte normale Zustand der Harnblase waren wohl ausreichende Anhaltspunkte zur Stellung einer richtigen Diagnose. Würde aber der Abscess auf das Cavum praoperitoneale allein sich beschränken und die vordere dicke Wand des letzteren, d. i. die Mm. recti und die Vereinigung der vorderen Blätter ihrer Scheide, nicht durchbrochen haben, dann wäre die Diagnose wohl schwierig und ein Verkennen, oder doch ein nicht genug zeitiges Erkennen möglich gewesen.

Ob in diesem Falle der Kranke durch Oeffnen des Abscesses auf operativem Wege nach aussen hätte gerettet werden können, mag dahingestellt sein, aber jedenfalls wäre der Durchbruch des Abscesses in die Bauchhöhle vermieden worden. Das Peritoneum hat auch in diesem Falle, wie bei den subperitonealen Abscessen überhaupt, lange Widerstand geleistet. Es wäre auch wohl bald zum spontanen Aufbruch des Abscesses nach aussen gekommen. Ausser der Möglichkeit des Durchbruches des Abscesses des Cavum praoperitoneale in den Bauchfellsack, ist aber auch noch die Leichtigkeit der extraperitonealen Senkung seines Eiters in die unzugängliche Beckenhöhle, zwischen deren vorderer Wand und der Harnblase herab, ein Moment, welcher anrathen dürfte das Oeffnen des Abscesses auf operativem Wege dem Abwarten bis zum spontanen Aufbruch nach aussen vorzuziehen und zwar um so mehr, als letzterer nach den Angaben der Chirurgen bei den Abscessen in den Bauchwänden überhaupt selten einzutreten pflegt.

Welche Verwüstungen aber ein extraperitoneal in die Beckenhöhle gesenkter, verkannter Abscess des Cavum praoperitoneale anrichten kann, sah ich im September 1860.

In dem genannten Hospitale starb ein Mann, welcher mit einem Abscresse in der Regio anoperinealis, der sich durch das Rectum einen Ausweg gebahnt hatte, behaftet war, unter den Erscheinungen des Ileus. Bei der Section fand ich in der Bauchhöhle kein flüssiges Exsudat, keine Jauche aus dem Cavum praoperitoneale, nur wie einen leichten Anflug eines faserstoffigen Exsudates auf den Gedärmen, und einige feine, leicht zerreissbare Pseudostränge von der hinteren Wand des Cavum praoperitoneale zur Flexura sigmaidea und zum Endstück des Ileum. Ueber der Harnblase in der hinteren Wand des Cavum praoperitoneale befand sich ein grosses Loch, das in querer Richtung 2 Zoll in vertikaler Richtung $1\frac{1}{3}$ Zoll weit war und die Communication der Höhle des Bauchfellsackes mit dem Cavum praoperitoneale vermittelte. Das Cavum praoperitoneale verlängerte sich in eine zwischen der vorderen Beckenwand und der Harnblase gebildete bis zur Prostata herabreichende Höhle. Von der gemeinschaftlichen Höhle gingen zwei, unter dem

Peritoneum gelagerte Gänge aus. Der eine davon verlief nach rechts und theilte sich in zwei Nebengänge, wovon der vordere im Schenkelkanale eine Strecke abwärts stieg, der hintere in der Fossa iliaca zwischen dem Peritoneum und der Fascia iliaca bis zu dem mit dem Peritoneum verlöhten Coecum nach rückwärts sich krümmte. Der andere verlief nach links, begab sich durch das Foramen ischiadicum majus hinaus in die Gesäßregion bis zum Trochanter major. Am Boden der gemeinschaftlichen Höhle, jederseits neben der Prostata, befand sich im fibrös-fleischigen Diaphragma des Beckens ein grösseres Loch. Jedes derselben führte in eine grosse, in der Regio anoperinealis gelagerte Nebenhöhle, welche die Excavatio ischio-rectalis und das entsprechende Perinealdreieck einnahm. Von den Nebenhöhlen communicirte die rechte durch ein Loch in der rechten und vorderen Wand der Portio anoprostatica des Rectum mit diesem. Die gemeinschaftliche Höhle war leer, die rechte Nebenhöhle enthielt nur eine geringe Quantität Jauche, die Nebengänge des rechten Ganges, der ausserhalb des Beckens befindliche Theil des linken Ganges, namentlich die linke Nebenhöhle dagegen war ganz von Jauche angefüllt. Die Harnblase war zusammengezogen, sonst nicht verändert. Die Prostata und das Rectum oberhalb seiner Perforation waren normal. Die Spina ischiadica sinistra war vom Periost etc. entblössst.

2.

Sarcomatöses Geschwür der äusseren Haut.

Von Dr. A. Lücke,

Assistenzarzt am königl. chir. Univ.-Clinicum.

Wenn ich mir erlaube, diesen Namen anzuwenden für ein Sarcom, welches in geschwüriger Form auf der äussern Haut auftritt, so liegt es mir dabei fern, eine neue Gattung zu den glücklicherweise jetzt sehr zusammengeschrumpften Arten der Geschwüre hinzufügen zu wollen; ich will damit nur sofort auf die Analogie hinweisen, welche auch in Bezug auf die geschwürige Form zwischen Sarcom und Carcinom stattzufinden scheint. Wie allgemein bekannt, kommen besonders bei ältern Leuten Geschwürsformen vor, die ihren Sitz gewöhnlich im Gesicht haben, und in mehr oder weniger schnellem Fortschritt, oft sehr langsam verlaufend, die oberflächlichen Gewebe zerstören, kaum je tiefer als in das subcutane Bindegewebe greifen und in ihrer Umgebung keine Härte oder Infiltration nachweisen lassen. Man hat diese Geschwüre mit mancherlei Namen belegt, *Ulcus senile*, *Ulcus rodens* u. s. f. und ist über ihre krebsige Natur in Zweifel. Besonders die Engländer sind geneigt, sie von den Krebsen abzusondern. Soll ich nach einer Anzahl von Fällen urtheilen, welche ich zu untersuchen Gelegenheit gehabt habe, so muss ich sagen, dass sich bei sehr minutöser Untersuchung meistens Elemente auffinden lassen, welche uns berechtigen, wenigstens den grössten Theil dieser Geschwüre zu den Krebsen zu rechnen. Der Verlauf ist eben der, dass bei