

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 verlötheten 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. entblösst.

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 zusammengeschrunpften 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 minutiöser 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

sparsamer Nachbildung von Carcinommasse ein damit mindestens Schritt haltender Zerfall eintritt und so wenigstens zeitweise nur mit Schwierigkeit die Pathogenese dieser Geschwüre zu erkennen ist. Dazu kömmt, dass die Recidive bei sorgfältig vorgenommener Exstirpation, sich sehr weit hinausschieben. B. Langenbeck hat in einem Fall die Exstirpation eines solchen Geschwürs auf der Wange gemacht, welches in der Narbe der aus demselben Grund von Gräfe dreissig Jahre früher gemachten Operation entstanden war. So treten auch Recidive in innern Organen, wenn überhaupt, sehr spät auf, sind jedoch unzweifelhaft beobachtet.

Abgesehen von diesen streitigen Formen sind jene Krebsformen allgemein bekannt, die mit leichter Abschilferung der Epidermis beginnend sehr bald in Ulceration übergehen, deren Umgebung in geringer Ausdehnung infiltrirt und hart erscheint, und die oft eine sehr rapide Vergrösserung, jedoch hauptsächlich in der Fläche, erfahren und an deren Krebsnatur, so wie Recidivfähigkeit Niemand zweifeln kann. Sie verdienen recht eigentlich den Namen der Cancroide und es ist bekannt, dass man ihre Entstehung auf locale Reizung zu beziehen geneigt ist.

Ich glaube nun nach einer Beobachtung, welche ich vor Kurzem zu machen Gelegenheit hatte, dass das Spindelsarcom in gleicher Weise, wie das Cancroid, unter der Form eines Hautgeschwürs auftreten kann und dass vielleicht ein Theil jener von mir in der ersten Kategorie aufgeführten Formen zu den Sarcomen zu rechnen ist.

Ich gebe zuvörderst die Krankengeschichte.

Pauline A. aus Tegel, 19 Jahre alt, ist früher stets gesund gewesen, besonders ist keinerlei Dyskrasie bei ihr nachweisbar. Im Herbste 1860 verletzte sie sich beim Reisigsuchen am Hallux des rechten Fusses. Obgleich sie Schmerzen empfand und sich eine Entzündung bildete, setzte sie doch ihre Beschäftigung fort; ärztliche Behandlung wurde nicht nachgesucht. Die grosse Zehe nahm dann zu nicht zu bestimmender Zeit eine livide Farbe an, sie wurde gefühllos; der Zustand ging bald auf die zweite Zehe über und veranlasste — erst im Februar 1861 — die Patientin, sich in das Klinikum aufnehmen zu lassen. Wir fanden die Patientin in ganz leidlichem Allgemeinzustand, die Ernährung hatte nicht gelitten und gegen ihr Leiden zeigte sie eine grosse Indifferenz. Die erste und zweite Zehe waren gangränös, jedoch war fast überall eine Demarkationslinie sichtbar, in der Umgebung war nur eine sehr geringe entzündliche Reaction, von irgend welcher Schwellung der Theile war keine Rede. Ueber die Ursache der Gangrän war nichts zu ermitteln und wir blieben darüber im Unklaren, ob Frost oder grenzenlose Vernachlässigung ihn hervorgerufen hatten. Es wurde die Exarticulation der beiden Zehen vorgenommen und die Wunde vereinigt; eine directe Heilung wurde zwar nicht erzielt, jedoch füllte sich die Wunde im permanenten Wasserbade bald mit Granulationen und schloss sich bis zur Grösse eines Zweigroschenstücks. Jetzt aber ging die Heilung nicht weiter von Statten trotz der verschiedensten angewandten Mittel, die Granulationen waren ganz schlaff, ohne jedoch leicht zu bluten. Vom dritten April ab fing die Wunde in rapider Weise an sich zu vergrössern und zwar nur in der Fläche, der Grund war grau belegt, die Ränder indessen weder infiltrirt noch schmerzhaft, so dass an Gangraena nosocomialis

gar nicht gedacht werden konnte. Indessen applicirten wir das *Ferrum candens* in ziemlich energischer Weise, es begann eine gute Eiterung und die Heilung machte wieder Fortschritte.

Die Patientin verliess, nicht völlig geheilt, die Anstalt, kam aber im August zurück. Die Wunde war wieder ziemlich gross, eiterte fast gar nicht, hatte flache Ränder. Bei passender Behandlung verkleinerte sie sich wieder ohne zu heilen. Pat. entzog sich wieder der Behandlung. Im Monat October stellte sie sich wieder ein. Die Patientin sah jetzt wohl und kräftig aus, trotzdem das Monatliche seit sieben Monaten ausgeblieben war; Fluor albus ist nicht vorhanden. Das Geschwür hat sich bedeutend, aber nur in der Fläche vergrössert, der Grund ist schlaff und von eigenthümlicher grauröthlicher Farbe, die Ränder ziemlich flach, nicht hart und nicht geröthet. Die Leistendrüsen der untern Reihe sind ziemlich stark und hart geschwollen. Es wurde nun das Geschwür mit der dritten Zehe und den Köpfen des ersten und zweiten Metatarsalknochens entfernt und die Wunde vereinigt. Die Heilung ging gut von Statten, jedoch Anfang December trat in der Narbe ein kleines Geschwür auf, welches ganz das Aussehn des früheren hatte; es nässte ein Paar Tage und überhäutete sich dann wieder. Bald trat seitlich von der Narbe ein ähnliches auf, das gegenwärtig noch besteht. Die Weichtheile um die Narbe zeigen noch eine gewisse Schwellung, der Knochen dagegen ist nur in so weit verdickt, als dies durch die Callusablagerung leicht erklärlich ist. Das Allgemeinbefinden der Pat. ist vorzüglich.

Der Verlauf des Geschwürs, der, auch wenn man eine absichtliche Verzögerung der Heilung von Seiten der Pat. annehmen will, immerhin etwas Besonderes hatte, veranlasste mich, eine genauere mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. Sie ergab Folgendes: Die secernirte, sparsame Flüssigkeit des Geschwürgrundes zeigte neben wenigen Eiterkörperchen hauptsächlich moleculäre Zerfallmasse und in ziemlicher Menge Spindelzellen mit deutlichem ovalen Kern und Kernkörper, jedoch bereits wenig scharfen Zellencontouren und mit körnigem Inhalt. Ein Schnitt durch den Geschwürsrand liess mikroskopisch eine sehr dünne röthliche Gewebsschicht unterhalb des Geschwürsgrundes erkennen, die aber keineswegs an allen Seiten des Geschwürs von gleicher Stärke, an einigen Stellen gar nicht zu entdecken war. Strich man mit dem Messer über jene röthliche Schicht, so erhielt man eine ausserordentliche Menge mittelgrosser, scharf contourirter, stets nur einen ovalen Kern, ein oder mehrere Kernkörper enthaltender Spindelzellen in dem ausgestrichenen Saft. Feine Schnitte ergaben ein Gewebe von massenhaft aneinander gelagerten Spindelzellen, von denen häufig nur die Kerne hervortraten, die sich aber mit Leichtigkeit isoliren liessen, und nach aussen hin allmählig in eine körnige Zerfallmasse sich verloren. An andern Stellen sah man in dem subcutanen Bindegewebe nur Züge von Spindelzellen von verschiedener Mächtigkeit hinstreichen; an wieder anderen Stellen sah man nur eine Anhäufung von runden Kernen von der Grösse der Eiterkörper; zuweilen ging das unveränderte Bindegewebe nach aussen unmittelbar in den fettigen Detritus des Geschwürsgrundes über.

Ich vermag die makroskopischen und mikroskopischen Bilder nicht anders zu deuten, als dass wir es hier mit einem Geschwür zu thun haben, welches dadurch

unterhalten wurde, dass bei einer ungleichmässigen Anbildung von Spindelsarcommasse ein damit mindestens Schritt haltender fortwährender Verfall derselben stattfand. Andere Geschwüre, deren Grund eine ähnliche mikroskopische Structur zeigte, sind mir nicht bekannt; bei den lupösen Geschwüren sind die mikroskopischen Bilder bekanntlich ganz andere, auch das äussere Ansehn unseres Geschwürs zeigte nichts denselben Angehörnden. Nur die oben erwähnten Ulcera, welche als *Ulcus rodens* u. s. w. bezeichnet werden, könnten möglicherweise der Kategorie der Sarcomgeschwüre theilweise eben so gut angehören, als sie theilweise sicher zu den Carcinomen zu stellen sind. Dass Spindelzellensarcome in Geschwulstform nach ihrer Exstirpation in der Narbe recidiviren und dann auch wohl stets in derselben Form, ist, so gut wie bei den Carcinomen, bekannt; dass Spindelsarcome zerfallen und dann eigenthümliche Geschwüre bilden, die in ihrem Charakter, wenn sie auf innern Häuten vorkommen, schwer erkennbar sein mögen, ist gleichfalls constatirt und erst neuerdings hat Vix (Archiv f. klin. Chirurgie 2. Bd. S. 102) einen sehr instructiven Fall der Art beschrieben. Nun kommt auch noch der Fall hinzu, dass ein Spindelzellensarcom von vorn herein in Geschwürsform auftreten und in derselben Form beharren kann, womit eine weitere Analogie der Sarcome mit den Carcinomen in Bezug auf das Vorkommen und die Form gegeben ist.

Es ist in unserem Fall nicht leicht, den Zeitpunkt zu bestimmen, wo das Geschwür den Charakter eines Sarcoms angenommen hat. Aeusserst wahrscheinlich ist es, dass die Verletzung die mittelbare Ursache zur Sarcombildung dadurch geworden ist, dass dieselbe unbeachtet blieb und ein fortwährender Reiz auf die Wunde ausgeübt wurde. Den Brand kann ich mit der Sarkombildung desshalb in keinen Zusammenhang bringen, weil dieselbe nur in der Flächenausdehnung fortschritt, und halte ihn für etwas Accidentelles, durch Kälteeinwirkung verursacht. Ich bedauere, bei der ersten Exstirpation das Objekt nicht mikroskopisch untersucht zu haben, ich würde dann einen sicheren Anhaltspunkt für die Zeit des ersten Auftretens des Sarcoms haben. Bei dem Charakter der Patientin liegt die Vermuthung sehr nahe, dass dieselbe absichtlich auf die Wundfläche Reize ausgeübt habe, um möglichst lang im Spital bleiben zu können. Nach Analogie der Cancroide könnte man hierin das ursächliche Moment suchen; von ihnen ist man ja, lokale Reizung als Entstehungsgrund anzunehmen, geneigt.

Da gegenwärtig wieder kleine Ulcerationen an der Narbe aufgetreten waren, lag die Vermuthung eines Recidivs sehr nahe. Eine mikroskopische Untersuchung ergab indessen nur eine starke Kernwucherung des subcutanen Gewebes, Spindelzellen waren nicht nachzuweisen. Dies beweist indessen noch keineswegs, dass hier nicht der Beginn einer neuen Sarcombildung ist. Findet man doch auch bei Beginn der Cancroide zu der Zeit, wo erst eine leichte Hautabschilferung besteht, nichts für das Carcinom Charakteristisches, sondern nur Kernwucherungen im Bindegewebe. Die leichte aber anhaltende Schwellung der Theile um die Narbe, die leichten Ulcerationen und vor allem die fortbestehende Drüsenschwellung lassen den Verdacht gerechtfertigt erscheinen, dass der Krankheitsprozess noch nicht abgelaufen ist.