

capitis sunt digressi, subito gradum veluti sistentes, ac mirum in modum gracilescentes, viam longius prosequi desinunt, eoque deficiunt, quo alias in vasa axillaria propagantur. Ex adverso, colli et capitis vasa proportionem aetati debitam excedentia, haud minus quam in adulto crassa et ampla sunt conspicua"

Bei Otto (a. a. O. S. 134) finden wir nur folgende kurze Notiz:

„Arteria subclavia admodum tenuis est et in musculos membranamque distribuitur; idem valet de crurali obturatoriae; etiam hypogastrica solito minor est.“

XIX.

Kleinere Mittheilungen.

Ein parasitischer Steisszwillling.

Von Dr. M. Simmonds,

Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Kiel.

(Hierzu Taf. XIV. Fig. 1—2.)

Vor Kurzem kam auf der Klinik des Herro Geheimrath Esmarch eine angeborene Steissgeschwulst zur Beobachtung, welche wegen mancher Eigenthümlichkeiten der Mittheilung werth scheint.

Am 24. Mai brachte eine Frau ihren neunwöchentlichen Sohn behufs Entfernung einer Geschwulst am Rücken, welche seit der Geburt langsam an Grösse zunommen hatte, in's Krankenhaus. Missbildungen sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Ihre beiden anderen Kinder sind wohl entwickelt. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal.

Auf dem Rücken des kräftig gebauten Knaben haftet mit breiter Basis in der Ausdehnung vom unteren Theil der Brustwirbelsäule bis hinab zum Kreuzbein eine stark prominirende halbkuglige Geschwulst, welche nach links in einen freien Fortsatz ausläuft. Der Umfang der Basis der Geschwulst beträgt ca. 25 Cm., die Höhe 5 Cm., die Länge des Fortsatzes 10 Cm. Die gesammte Geschwulst wird von einer Fortsetzung der Rückenhaut überkleidet, welche links sich glatt hinüberschlägt, während sie rechts, oben und unten eine 2 Cm. tiefe Falte bildet.

An der linken Seite der Geschwulst dicht oberhalb des Abgangs des Fortsatzes befindet sich ein kleiner Hodensack und Penis. Letzterer besitzt eine wohl ausgebildete Eichel, ist indess undurchbohrt. Dafür findet sich oberhalb seiner Wurzel eine Oeffnung, durch welche feine Sonden ca. 1 Cm. tief eingeführt werden können. Im Hodensack sind keine Hoden fühlbar. Auf dem unteren Drittel der Geschwulst

findet sich eine 2 Cm. lange querverlaufende Einziehung der Haut und unterhalb dieser ein kleines trichterförmiges Grübchen, welches dem Anus entsprechen dürfte.

Die Geschwulst ist sehr weich, in den oberen Partien fluctuiren. Im unteren Theil fühlt man eine thalergrosse Knochenplatte, an die das Skelett des Fortsatzes sich ansetzt. Der Fortsatz besteht aus einem fingerbreiten etwas abgeplatteten Cylinder, dem in seitlich luxirter Stellung ein verkümmter Fuss anhaftet. Der Fuss theilt sich in zwei nagelführende Zehen; der kleineren sitzt seitlich eine nagelführende Phalanx an, der grösseren ein kleiner Hautzapfen. Passive Beweglichkeit des Fortsatzes ist in ziemlicher Ausdehnung gestattet, active scheint zu fehlen.

Da der Wirbelkanal des Kindes dicht oberhalb des Tumors klappte, wurde eine Communication des oberen fluctuierenden Theiles der Geschwulst mit dem Markkanal vermutet. Das Verhalten der durch Punction entleerten Flüssigkeit bestätigte diese Annahme. Herr Geheimrath Esmarch sah sich daher veranlasst von einer Totalexstirpation Abstand zu nehmen und sich auf eine Amputation des Fortsatzes samt dem unteren Drittel der Geschwulst zu beschränken. Die Operation verlief günstig; mehrere spritzende Gefäße wurden leicht gefasst, so dass die Blutung eine unbedeutende war. Narcotica und Carbolpräparate wurden nicht angewandt.

In der ersten Zeit nach dem Eingriffe zeigten sich keine beunruhigenden Symptome. Plötzlich, am dritten Nachmittage wurde das Kind sopörös und starb wenige Stunden später. Die Section gab keine genügende Erklärung für diesen Ausgang. Atelektatische Lungenpartien, Ecchymosen der Pleura, schleimiger Inhalt kleiner Bronchien deuteten auf einen mässigen Bronchialkatarrh; lobuläre Infiltrate fehlten. Die Anämie der Organe war keine übermässige. Hirn und Rückenmark boten nichts Abnormes.

Die Verbindung der Geschwulst mit dem Träger ist einmal durch eine Fortsetzung der tiefen Rückenfascie, dann durch Fasern des aus der Wirbelpalte vortretenden Durasackes vermittelt. Die Hauptgeschwulst enthält zwei Höhlen, deren Grenzen äusserlich nicht erkennbar sind. Die der Wirbelsäule nächstliegende ist collabirt, wird ringsum von Dura mater, nur an einer Seite von dem hier auffällig verbreiterten von Pia überzogenen Lendenmarke des Kindes begrenzt. Es ist dies der punctirte Hydrorachissack (Fig. 2 c).

Die weiter nach Aussen gelegene zweite Höhle (Fig. 2 d) ist grösser. Sie grenzt nach Innen an den Durasack und ruht auf der erwähnten Knochenplatte, dem verkümmerten Becken des Pygopagen. Nach Ablösung der derben Bindegewebshüllen dieses Sackes, welcher in einem dicken Fettpolster eingebettet liegt, findet sich ein zartwandiger innen mit Epithel ausgekleideter Sack, welcher zierliche Darmschlingen enthält. Diese stellen ein ca. 50 Cm. langes beiderseits blind endigendes Rohr vor, welches durch ein Nerven-, Gefäße und Lymphdrüsen führendes Mesenterium an die hintere Wand des Sackes befestigt ist. Das eine schmalere Ende des Darms ist leer, das andere breitere enthält einen weissen verfetteten aus Zell-fragmenten bestehenden Brei. Die einzelnen Schichten der Darmwand sind mikroskopisch erkennbar, der Epithelüberzug der Zotten gut erhalten.

In dem diese Höhle umgebenden Fettgewebe finden sich links unten zwei halb erbsengrosse eiförmige Gebilde, welche mikroskopisch eine dicke gefässreiche Bindegewebshülle und innerhalb dieser zahlreiche gewundene epithelbekleidete Schläuche

erkennen lassen, ein Befund, welcher dem von Luschka¹⁾ in einem ähnlichen Falle mitgetheilten, durchaus entspricht. Luschka liess es in seinem Falle unentschieden, ob es sich um Hoden oder Nieren handelte. Endlich findet sich in der Gegend der äusseren Genitalien des Pygopagen ein epithelbekleideter bohnen-grosser Sack, die Harnblase, in welche die oberhalb des Penis mündende Urethra führt.

Die Nerven der Geschwulst entspringen direct aus den Sacralnerven. Die Arterien anastomosiren vielfach mit denen des Kindes. Eine Injection derselben war wegen der Durchtrennung des Tumors bei der Operation nicht möglich. Quer-gestreifte Muskelfasern fehlen in der Hauptgeschwulst, dagegen spannen sich zierliche Muskeln und Sehnen zwischen den einzelnen Skelettheilen aus.

Die dem Peritonealsack anliegende Knochenplatte (f) entspricht dem linken Hüftbein. Man erkennt an ihm Crista ossis ilei, Spina anterior superior, Linea arcuata externa, Tuberositas ossis ischii (i), Incisura ischiadica (h). Durch letztere geht der Hauptnerv der Extremität. Ein ziemlich derbes Band, unter welchem die Hauptgefässen derselben verlaufen, entspricht seiner Lage nach dem Ligamentum Poupartii. Verbunden mit dem linken Hüftbein durch knorpelige Massen findet sich ein bohnengrosser unregelmässig gestalteter Knochen (g), welcher wohl dem verkümmerten rechten Darmbein entsprechen dürfte. Der Oberschenkel (k) ist kurz und platt. Das Hüftgelenk ist durch die Operation zerstört worden. Die Tibia (l) ist lang, S-förmig gekrümmmt. Patella und Fibula fehlen. Die Fusswurzelknochen sind durch knorpelige Gebilde (m) ersetzt, deren eines viel Aehnlichkeit mit einem Calcaneus hat. Die Zehen besitzen je drei Phalangen (n). Der kleineren Zehe sitzt seitlich eine vierte an. —

Erklärung der Abbildungen.

Taf. XIV Fig. 1—2.

- Fig. 1. Ansicht des Tumors vor der Operation. An der linken Seite sind Hodensack, Penis und Harnröhrenmündung sichtbar.
 Fig. 2. Ansicht des Tumors nach Präparation und Maceration des Skeletts.
 a Rückenmark des Kindes. b Dura mater des Kindes. c Eröffneter Hydrorachissack. d Eröffneter Peritonealsack. e Darmschlingen. f Linkes Hüftbein. g Rechtes Hüftbein. h Incisura ischiadica. i Sitzbeinknorpel. k Femur. l Tibia. m Knorpiger Tarsus. n Phalangen.

¹⁾ Dieses Archiv. XIII. 141.

