

Ueber Coccygodynie.

Von

Dr. von SCANZONI.

Schon vor längerer Zeit wurde meine Aufmerksamkeit auf einen eigen-
thümlichen, zuweilen sehr intensiven Schmerz gelenkt, welcher theils für
sich allein, theils in Begleitung anderer Erkrankungen benachbarter Organe
in der Gegend des Steissbeines auftritt und ein Symptom darstellt, welches
bis jetzt nur sehr wenig beachtet, doch seiner Heftigkeit und Hartnäckig-
keit wegen die Aufmerksamkeit des Gynäkologen verdient.

So viel mir bekannt ist, hat bis jetzt nur Simpson diese Affection
etwas genauer gewürdigt (Medical Times and Gazette 1859, 2 Juli) und
will ich, bevor ich meine einschlägigen Beobachtungen mittheile, Simpsons
Erfahrungen vorausschicken. Nach diesem Beobachter waren es nur Frauen,
welche an dem fraglichen Uebel litten und beschuldigten dieselben ent-
weder eine Erkältung oder eine traumatische Einwirkung als Ursache des
sie quälenden Schmerzes, welcher in der Gegend des Steissbeines sitzt und
von der Kranken bei jeder Bewegung dieser Gegend, vorzüglich aber
beim Niedersetzen und Aufstehen empfunden wird. Auch das Sitzen wird
den Patienten oft unerträglich, so dass sie zuweilen genöthigt sind, sich
nur auf den einen Tuber ischii zu setzen. In einzelnen Fällen wird auch
das Gehen sehr beschwerlich, während in anderen es besonders die Stuhl-
entleerung ist, welche heftige Schmerzen verursacht. Diese werden const-
tant durch einen auf die Steissbeingegend ausgeübten Druck gesteigert,
ebenso durch jeden Versuch, den Knochen nach vorne oder hinten zu
drängen. — Das Uebel ist sehr hartnäckig, dauert oft mehrere Jahre tritt
zuweilen nur in geringem Grade auf, während es in anderen eine äusserst
qualvolle Höhe erreicht, übrigens zeigt es gewöhnlich bei einer und der-
selben Kranken merkliche Zu- und Abnahmen. — Simpson ist über den
eigentlichen Sitz des Uebels im Unklaren und hat die verschiedensten
Mittel dagegen fruchtlos versucht, so z. B. die Narcotica, die Antirheu-
matica, die Antineuralgica und verschiedene allgemein wirkende Behand-
lungsweisen. Einige Male haben örtliche Blutentziehungen und Blasenpflaster

gute Dienste geleistet, die subcutanen Injectionen einer Morphiumlösung wirkten höchstens palliativ. Deshalb rath Simpson in solchen hartnäckigen Fällen alle sich am Steissbeine anheftenden Sehnen subcutan zu durchschneiden und wo diess nicht zum Ziele führt das Steissbein vollständig oder theilweise abzutragen. Auf diese Art will Simpson einige vollständige Heilungen selbst in veralteten Fällen erzielt haben. Dabei bemerkt er auch, dass man Behufs der Ausführung dieser Operation immer ein sehr starkes Tenotom wählen müsse, weil die zu durchschneidenden Gewebe ausserordentlich fest sind; so dass das Tenotom einmal während der Operation zerbrach.

Was nun meine Beobachtungen über diess, von Simpson als Coccygodynie bezeichnete Leiden anbelangt; so mus ich vorausschicken, dass es keineswegs selten ist, indem ich im Laufe der letzten 4 Jahre 24 hieher gehörige, mir zur Beobachtung gekommene Fälle notirt habe. Dass es bis jetzt beinahe gänzlich übersehen wurde, hat wohl darin seinen Grund dass der in der Steissbeingegend auftretende Schmerz entweder als ein Symptom der ihn so häufig begleitenden Genitalienkrankheit oder als eine sogenannte Haemorrhoidalbeschwerde betrachtet wurde. Bemerkenswerth erscheint hiebei, dass mir die Coccygodynie bis jetzt nur bei Frauen vorgekommen ist, welche geboren hatten und in 9 Fällen gaben die Kranken mit Bestimmtheit an, dass der Schmerz in einem Wochenbette zum ersten Male aufgetreten sei, wobei ich auch hervorheben will, dass unter 9 Frauen 6 waren, welche nur einmal geboren hatten und in 5 Fällen das uns beschäftigende Leiden unmittelbar nach einer Zangenoperation aufgetreten war.

Es dürfte desshalb wohl erlaubt sein anzunehmen, dass der Geburtsact eine wesentliche, wo nicht die Hauptrolle in der Aetiologie dieses Leidens spielt und diess wird noch plausibler, wenn man berücksichtigt, welchen Schädlichkeiten das Steissbein während des Durchtritts des Kindskopfes durch den Beckenausgang ausgesetzt ist. Die gewaltsame, in der Regel beiläufig einen halben Zoll betragende Verdrängung seines untern Theils nach hinten, die damit verbundene beträchtliche Zerrung der Ligamentan sacrococcygea und coccygea lateralia, so wie endlich die Verschiebung und Reibung, welche die einzelnen Steissbeinstücke unter einander verbindenden Intervertebrialscheiben erfahren — diess sind gewiss hinreichende Momente, um zu hyperaemischen und exsudativen Prozessen zwischen den einzelnen Stücken des Steissbeins, sowie auch in der Verbindung zwischen diesen und dem 5. Kreuzbeinwirbel Veranlassung zu geben.

Dass diess wirklich häufig geschehen mag, dafür sprechen die trefflichen Untersuchungen von Luschka (die Halbgelenke des menschlichen Körpers, Berlin, 1858, pag. 83.) aus welchen hervorgeht, dass Ankylosen der Steissbeinwirbel ausserordentlich häufig vorkommen. Dabei bemerkt noch Luschka, dass die Ankylose am allergewöhnlichsten zwischen dem 3. und 4. Steissbeinwirbel beobachtet wird, welche beide Knochen bei dieser Verschmelzung überdiess nicht auf, — sondern in Folge einer statt gehabten Luxation *neben* einander, bald zur Seite, bald in der Richtung nach vorn oder hinten gelegen sind. Auch Hyrtl sagt in seiner topographischen Anatomie (4. Auflage Bd. II. pag. 17.) „Es ist wahrhaft staunenerregend, wie oft Formveränderungen an dem Steissbeine vorkommen, welche Verrenkungen oder Brüchen dieses Knochens zuzuschreiben sind.“ Unter 180 Steissbeinen, welche Hyrtl im Laufe von 2 Jahren sammelte, kamen 32 Verrenkungen mit consecutiver Synostose vor, und es ist nur zu bedauern, dass sich keine Angabe darüber vorfindet, wie viele dieser Knochen weiblichen Leichnamen entnommen waren.

Berücksichtigt man nun, dass durch die bei jedersolchen Luxation nothwendig eintretende Lageveränderung der Ligamenta coccygea posteriora und lateralia auch die von ihnen geschützten und in ihrer natürlichen Lage erhaltenen Nervi coccygei dislocirt, gezerzt und gedrückt werden müssen, so wird man mir wohl beistimmen, wenn ich dem Geburtsacte den wesentlichsten Einfluss auf die Hervorrufung des als Coccygodynie bezeichneten Leidens einräume. Dieser Ausspruch würde allerdings viel begründeter erscheinen, wenn es mir möglich wäre nachzuweisen, dass die oben angeführten anatomischen Veränderungen wirklich vorgefunden werden in den Leichen von Kranken, welche während des Lebens an Coccygodynie litten. Leider vermag ich diess nicht und dürfte sich überhaupt die Gelegenheit zur anatomischen Begründung meiner oben ausgesprochenen Ansicht nur sehr selten bieten; indess stehen mir doch einige Beobachtungen zu Gebote, welche nicht bezweifeln lassen, dass die Coccygodynie mit den durch den Geburtsact bewirkten Veränderungen der Lage und Structur des Steissbeines in causalem Zusammenhange steht.

So behandelte ich im Jahre 1857 eine junge Frau an dem uns beschäftigenden Schmerze in der Steissgegend, welche $1\frac{1}{2}$ Jahre zuvor mit der Zange von ihrem ersten Kinde entbunden worden war und fand ich bei der Untersuchung der betreffenden Gegend die das Steissbein überziehende Haut merklich geröthet, den Knochen an seinem oberen Drittheile aufgetrieben und die Spitze aus der Mittellinie weit nach links abweichend. Letzteres ward noch deutlicher bei der Untersuchung durch den Mastdarm, bei welcher zugleich die ungewöhnlich höckrige Form der vorderen Fläche des Steissbeins auffiel.

In einem 2., noch jetzt in meiner Behandlung stehenden Falle wurde eine 20jährige Frau von Prof. Koch in Moskau mit der Zange entbunden; sie kam etwa 2 Jahre nach

ihrer Niederkunft nach Würzburg und fand ich neben einer hochgradigen chronischen Metritis das ausserordentlich schmerzhaftes Steissbein so beweglich, dass schon ein leichter, mit dem in den Mastdarm eingeführten Finger ausgeübter Druck hinreichte, die Spitze des Knochens etwa $\frac{1}{2}$ Zoll weit nach hinten zu drängen, bei welchem Manoeuvre jedes Mal ein deutlicher Crepitus wahrgenommen wurde. Die Kranke blieb etwa 1 Jahr in meiner Behandlung, während welcher sowohl die abnorme Beweglichkeit des Steissbeins, als auch die Coccygodynie schwand. Dagegen machte die nur gebesserte Metritis wieder Recidive, so dass die Kranke nach Ablauf von 2 Jahren abermals in meine Behandlung trat, bei welcher Gelegenheit ich mich überzeugte, dass, obgleich keine spontanen Schmerzen mehr vorhanden waren, doch jeder, sei es von Innen oder von Aussen auf das Steissbein einwirkende Druck eine gewisse Empfindlichkeit des Knochens erkennen liess. —

In einem 3. Falle gebar eine 33jährige Erstgeschwängerte natürlich, empfand aber gleich in den ersten Tagen nach ihrer Niederkunft einen äusserst heftigen Schmerz in der Steissbeingegend, der bei der leisesten Bewegung der unteren Extremitäten, namentlich aber bei der Entleerung der Fäces bis zum Unerträglichen gesteigert wurde. Nur mit den grössten Beschwerden war es der Kranken 9 Wochen nach der Geburt möglich, die nur einige Stunden betragende Reise nach Würzburg zurückzulegen. Ich fand die Hautdecken in der Steissgegend livid geröthet, merklich angeschwollen und im höchsten Grade empfindlich; wegen der Anschwellung war selbst die sonst so leicht fühlbare Spitze des Steissbeines nur undeutlich durch zu fühlen. Bei der Untersuchung durch den Mastdarm fand sich zwischen dessen hinterer Wand und der vorderen Fläche des Steissbeins eine mehr als Taubenei grosse, teigige, sehr schmerzhaftes Geschwulst, welche es mir unmöglich machte, mir über das Verhalten des Steissbeins Aufschluss zu verschaffen. Einige Tage nach ihrer Ankunft in Würzburg bemerkte die Kranke während einer Stuhlentleerung den Ausfluss einer blutig eitrigen Flüssigkeit aus dem Mastdarm, welcher sich mit bedeutender Verminderung des Schmerzes in den darauffolgenden Tagen noch einige Male aber in geringerer Menge wiederholte. Bei der hierauf vorgenommenen Untersuchung fand ich die hinter dem Mastdarm gelegen gewesene Geschwulst verschwunden, das Steissbein aber sowohl nach vorne als nach hinten so beweglich, dass es mir ganz aus seiner Verbindung mit dem Kreuzbeine getreten zu sein schien. Unter einer im wesentlichen antiphlogistischen, 4 Monate dauernden Behandlung verlor sich allmählig die Beweglichkeit des Knochens, doch erschien er mit seiner Spitze auffallend nach vorne und nach der linken Seite abgewichen. Während dieser Zeit hatten sich auch die heftigen entzündlichen Beschwerden verloren; doch war ein zeitweilig sehr quälender, alle Characteres der Coccygodynie darbietender Schmerz zurückgeblieben, als die Kranke im Herbst des Jahres 1858 Würzburg verliess. Auch dieser verringerte sich, einer brieflichen Mittheilung zu Folge, mit der Zeit doch trat er noch im Sommer 1860 zuweilen quälend auf.

In einem 4. Falle endlich war der Schmerz nach einer zweiten sehr stürmisch verlaufenden Geburt während des Wochenbettes aufgetreten. Die Frau sowohl als auch ihr Arzt hielten die ziemlich bedeutenden Hoemorrhoidalknoten, an welchen die Kranke litt, für die Ursache des Schmerzes. Bei der von mir, 3 Jahre nach der Niederkunft vorgenommenen Untersuchung fand ich eine hochgradige Anteversion des Uterus mit einem beinahe Thaler-grossen granulirten Orificialgeschwür und eine solche Difformität des Steissbeins, dass es in der Gegend der Verbindung des 1. mit dem 2. Wirbel einen förmlichen spitzen Knickungswinkel darbot, in Folge dessen seine Spitze geradezu nach vorne und oben gerichtet war.

Diese Fälle, welchen ich noch einige andere, weniger prägnante anreihen könnte, dürften zur Genüge darthun, dass durch den Geburtsact Form- und Lageveränderungen des Steissbeins hervorgerufen werden können, welche im unmittelbarsten Causalnexus mit dem uns beschäftigenden Leiden stehen. Häufiger sind allerdings die Fälle, wo bei Gegenwart der Coccygodynie selbst die sorgfältigste Untersuchung keine wahrnehmbare Veränderung am Steissbeine und seiner nächsten Umgebung erkennen lässt, aber der Mangel solcher objectiven Zeichen schliesst die Möglichkeit nicht aus, dass während der Geburt leichte Dislocationen der einzelnen Steissbeinwirbel oder Zerrungen der Ligamente eingetreten sind, die wegen ihrer Geringfügigkeit bei der Untersuchung nicht erkannt werden, aber doch hinreichen, die Nervi coccygei in einem Grade zu behelligen, dass zu mehr oder weniger intensiven und anhaltenden Schmerzen im Bereiche dieser Nerven Veranlassung gegeben wird.

Ich bedauere sehr, dass Simpson in seiner oben citirten Arbeit auf die Aetiologie der Coccygodynie nicht näher eingegangen ist und sich darauf beschränkt anzuführen, dass das Leiden traumatischen oder rheumatischen Ursprungs sein könne. Es wäre nämlich interessant zu erfahren, ob ihm Fälle bekannt wurden, wo andere, als die während der Geburt auf das Steissbein einwirkende Traumen, als Gelegenheitsursache der Coccygodynie wirkten. Für unmöglich halte ich diess nicht; denn ist es einmal nachgewiesen, dass Verrenkungen, Anchylosen, kurz: Lage- und Texturveränderungen des Steissbeins die Coccygodynie hervorzurufen vermögen; so muss auch zugegeben werden, dass alle jene traumatischen Einwirkungen, welche jene Anomalien des Knochens und seiner Verbindungen zu bedingen vermögen, als Ursachen des fraglichen Leidens wirken können.

Besondere Berücksichtigung verdient hier vielleicht der Einfluss des häufigen und lange fortgesetzten Reitens und ich komme auf dieses aetiologische Moment desshalb besonders zu sprechen, weil 2 von meinen Kranken diese Gewohnheit geradezu als die Ursache ihres Leidens bezeichneten.

Die eine dieser Frauen bestieg von ihrem 14. Jahre an beinahe alltäglich das Pferd, ohne je eine nachtheilige Folge davon zu verspüren; sie verheirathete sich in ihrem 21. Jahre, gebar im 23. ein Kind natürlich und leicht und machte etwa 3 Monate nach ihrer Entbindung wieder den ersten Reitversuch; aber schon wenige Minuten nach dem Besteigen des Pferdes fühlte sie einen so unerträglichen Schmerz in der Regio coccygea, dass sie absteigen musste. Dieser Schmerz dauerte hierauf mit längeren und kürzeren Exacerbationen und Remissionen volle 4 Jahre, wo sie endlich in meine Behandlung trat, um nach einer 10monatlichen Dauer derselben schliesslich vollkommen von ihrem Leiden befreit zu werden.

Die zweite hierhergehörige Kranke hatte 2mal natürlich geboren, litt im 2. Puerperio an häufig wiederkehrenden Metrorrhagieen, wahrscheinlich in Folge mangelhafter Involution des Uterus, später an spärlicher und seltener auftretender Menstruation. Etwa am 14. Tage nach ihrer Entbindung verspürte sie zum ersten Male, jedoch nur gering und kurz anhaltend, einen bis dahin nie empfundenen Schmerz in der Steissbeingegend, der indess weder von ihr, noch von dem Arzte weiter beachtet wurde. Ein halbes Jahr später machte die Frau einen kurzen Spazierritt, der ihr auch ganz gut bekam. Als sie aber vom Pferde stieg, empfand sie mit einem Male den erwähnten Schmerz mit solcher Heftigkeit, dass sie zusammensank und hierauf nur mit vieler Mühe ihr Zimmer erreichen konnte. Sie litt hierauf durch beinahe 2 Jahre an einem sehr hohen Grade von Coccygodynie, consultirte mich im Sommer 1860 auf ihrer Durchreise durch Würzburg, wo ich einen chronischen Infarct des Uterus mit Anteversion, grosse Hämorrhoidalknoten am Anus und eine ungewöhnliche Empfindlichkeit des etwas schief gestellten Steissbeins constatiren konnte. Das weitere Schicksal dieser Patientin blieb mir unbekannt.

Bei der Kritik dieser 2 Fälle muss ich vor Allem eines Ausspruchs Trefurts (Ueber die Anchylose des Steissbeins, Göttingen 1836, pag. 108) und Luschka's (die Halbgelenke des menschlichen Körpers, Berlin 1858, pag. 84) Erwähnung thun, welcher dahin lautet, dass beim Reiten von einer Gefährdung des Steissbeins füglich nicht die Rede sein könne. Luschka beruft sich hiebei auf die von Fr. C. Nägele vorgenommenen Messungen, aus welchen hervorgeht, dass die Spitze des Steissbeins durchschnittlich um 7—8'' höher steht als der Scheitel des Schaambogens. Da nun die Sitzbeinhöcker noch mindestens 2 Zoll tiefer als der Scheitel des Schaambogens gelegen sind, so kann nach Luschka's Ansicht von einer Gefährdung des Steissbeins durch das Reiten nicht füglich die Rede sein.

Ich will es ganz dahin gestellt sein lassen, ob beim Reiten eine unmittelbare Einwirkung auf das Steissbein von Seiten des Sattels stattfindet, ja ich will sogar, obgleich es für mich bei der eigenthümlichen Art des Sitzens der Frauen zu Pferde keineswegs nachgewiesen ist, zugeben, dass das Steissbein keine unmittelbare Beeinträchtigung erfährt; aber ich kann nicht umhin, hervorzuheben, dass *indirecte* Erschütterungen, Quetschungen und Zerrungen dieses Knochens beim Reiten sehr leicht eintreten können. Denn Niemand wird in Abrede stellen, dass die den Beckenboden bildenden, zum Theil mit dem Steissbeine in unmittelbarer Verbindung stehenden Weichtheile, wie die Ligamenta sacro-tuberosa und spinosa, der Musculus gluteus maximus, sphincter ani externus, levator ani, coccygeus und die fascia perinäi beim Reiten mancherlei Insulten ausgesetzt sind, dass sie bei den erlittenen Dehnungen und Quetschungen nothwendig auch auf das Steissbein einwirken müssen und so mit der Zeit hyperämische Zustände, Dislocationen und Synostosen der einzelnen Theile dieses Knochens und

ihrer Verbindungen hervorrufen können, die ihrerseits wieder zur Coccygodynie Veranlassung zu geben vermögen.

In den oben citirten 2 Fällen ist wohl nicht zu bezweifeln, dass schon durch den vorausgegangenen Geburtsact Veränderungen im Steissknochen und seinen Nachbartheilen hervorgerufen wurden, die zur Coccygodynie disponirten, diese selbst aber wurde wohl zunächst durch die mit dem Reiten verbundenen Insulte geweckt.

Dass der auf das bereits kranke Steissbein einwirkende Zug der Muskelbänder und Fascien den Schmerz hervorzurufen vermag, davon habe ich mich in allen mir vorgekommenen Fällen von Coccygodynie mit Bestimmtheit überzeugt; doch waren es, wie auch Simpson erfahren hat, bei verschiedenen Frauen auch verschiedene Bewegungen und folglich auch die Actionen verschiedener Muskel, welche den Schmerz hervorriefen oder steigerten.

Bevor ich diese die Aetiologie des Leidens betreffenden Mittheilungen schliesse, kann ich nicht umhin, noch einige Worte über die Hartnäckigkeit desselben beizufügen. Dieselbe ist meiner Ansicht nach theils in dem eigenthümlichen Verhältnisse des Steissbeins zu den Nachbartheilen theils in den das Uebel so häufig begleitenden Erkrankungen dieser letzteren begründet; denn ist einmal eine Gewebs- oder Lagenveränderung des Knochens durch was immer für eine Ursache eingetreten, so sind es eben die zahlreichen, mit dem Steissbeine in Verbindung stehenden Muskeln, welche bei ihren unvermeidlichen Contractionen den Knochen nicht zur Ruhe kommen lassen. Jede Bewegung einer unteren Extremität, jedes etwas raschere Niedersetzen und Aufstehen, jede Entleerung etwas härterer Fäces ruft eine Locomotion des Knochens oder seiner Verbindungen hervor, die nothwendig der Beseitigung der daselbst vorhandenen anatomischen Veränderung hindernd entgegentritt.

Auf der andern Seite haben gewiss die die Coccygodynie so häufig begleitenden Erkrankungen benachbarter Organe einen wesentlichen Einfluss auf die Hartnäckigkeit des Uebels. Chronische Metritiden und Oophoritiden, Orificialgeschwüre, Ante- und Retroversionen des Uterus, Knickungen dieses Organs, periuterine Exsudate, Stauungen des Blutes in den Hämorrhoidalvenen sind so häufige Begleiter der Coccygodynie, dass ich mich keines einzigen Falles erinnern, wo letzteres Uebel ohne alle Complication mit einer Erkrankung irgend eines Beckenorgans bestanden hätte. Diese Complicationen sind nach meiner Beobachtung so constant, dass ich nicht umhin kann, ihnen neben den durch den Geburtsact bedingten Beeinträchtigungen der Nervi coccygei den ersten Platz als occasionelles und die Hartnäckigkeit der Coccygodynie veranlassendes Causalmoment einzuräumen,

in welcher Ansicht ich noch durch die Erfahrung bekräftigt wurde, dass in einigen Fällen der Steissbeinschmerz vollständig schwand oder sich bedeutend verringerte, sobald es mir gelungen war, das ihn begleitende Genitalienleiden zu heben oder zu mässigen. So erinnere ich mich eines Falles, wo die sehr intensive Coccygodynie jedesmal augenblicklich nachliess, wenn der etwas anteflectirte Uterus durch eine in seine Höhle eingeführte Sonde gerade gestreckt wurde. In einem andern Falle schwand die Coccygodynie vollständig, als es gelungen war, die über ein Jahr anhaltende, von einer chronischen Metritis begleitete Amenorrhoe zu beseitigen und die menstruale Blutung zu regeln.

Alle diese Erfahrungen sprechen wohl entschieden dafür, dass das in Frage stehende Leiden keineswegs immer nur in anatomischen Veränderungen der den Steissbeinnerven zunächst gelegenen Theile seinen Grund hat, dass dieser vielmehr nicht selten in ziemlich entfernten Organen zu suchen und somit bei der Feststellung des Heilplans der Zustand dieser letzteren keineswegs zu übersehen ist.

Was nun die Symptome der Coccygodynie anbelangt; so stimmen meine Beobachtungen im Wesentlichen mit jenen Simpsons überein. Begrifflicher Weise steht hier der in der Steissbeingegend auftretende Schmerz in erster Reihe. Mehrere von meinen Kranken hoben seine Existenz gleich bei der ersten Consultation hervor und lenkten meine Aufmerksamkeit auf diese Region durch die Aussage: „dass sie der kleine Knochen am After schmerze“; Andere hingegen standen ziemlich lange in meiner Behandlung, bevor sie entweder durch eine während derselben eingetretene Exacerbation des Schmerzes oder durch directe Fragen zu genaueren Angaben bestimmt wurden. Ich hebe dies besonders hervor, weil ich mich überzeugt habe, dass die Coccygodynie von Frauen, welche an anderweitigen Krankheiten, namentlich der Genitalsphäre leiden, oft als eine Theilerscheinung ihres Hauptübels aufgefasst und aus diesem Grunde oder zuweilen auch aus Scham dem Arzte gegenüber verschwiegen oder höchstens nur nebenbei bemerkt wird, so dass sie der Aufmerksamkeit des letzteren nicht selten für längere Zeit entgeht. Natürlich gilt diess Letztere nur von den geringeren Graden des Übels, während die höheren der Kranken so namhafte Beschwerden verursachen, dass diese wohl nicht leicht von dem Arzte übersehen werden dürften.

Die schmerzende Stelle fand ich in den meisten Fällen ziemlich circumscripirt; sie war beschränkt auf die eigentliche Steissbeingegend und den untersten Umfang des Kreuzbeins, von wo sich der Schmerz zuweilen den am meisten nach innen gelegenen Theilen einer oder beider Gesässhälften mittheilte. Derselbe ward entweder als ein äusserst peinlicher beschrieben,

so dass ihn mehrere meiner Kranken mit einem sehr intensiven Zahnschmerze verglichen, oder die Kranken wurden mehr von einem dumpfen, lästigen Gefühle gequält, welches sich einige Male des Tags zu einem momentanen, dann aber auch recht heftigen Schmerze steigerte. Diese Exacerbation trat nur selten spontan auf, sie war meist die Folge irgend eines die Nervi coccygei treffenden Insultes, wie er z. B. beim plötzlichen Aufstehen oder Niedersetzen, bei der Entleerung der Fäces u. s. w. Statt findet. In einem Falle wurde der Schmerz jedes Mal bei Ausübung des Coitus in so hohem Grade hervorgerufen, dass letzterer mehr als ein Jahr lang gänzlich unterlassen werden musste. Mehrere von meinen Kranken konnten das Sitzen nur dann vertragen, wenn die Körperlast bloss auf dem einen Tuber ischii ruhte und Andere empfanden den Schmerz wieder am heftigsten während des Gehens.

Beinahe constant zeigte sich die Steissbeingegend gegen den äusseren Druck empfindlich; in den meisten Fällen wurde der Schmerz durch die bei der Untersuchung unvermeidliche Berührung der hinteren Fläche des Steissbeins und der untersten Kreuzbeinwirbel bedeutend gesteigert, während die Betastung der vorderen Fläche dieser Knochen von der Vagina oder von dem Mastdarme aus in der Regel eher vertragen wurde. Den intensivsten Schmerz aber verursachte jeder Versuch, das Steissbein mittelst eines stärkeren Druckes aus seiner Lage zu verrücken; gewöhnlich zuckten hiebei die Kranken lebhaft zusammen, schrieten laut auf und klagten gewöhnlich noch längere Zeit nachher über eine Steigerung des Schmerzes.

In mehreren der von mir beobachteten Fällen war der Einfluss der menstrualen Congestionen auf die Hervorrufung einer Exacerbation nicht zu verkennen; wenigstens gab eine nicht geringe Zahl meiner Kranken mit Bestimmtheit an, dass das Steissbein und seine Umgebung kurz vor und während der Menstruation ungewöhnlich schmerzhaft werde, ja es ist mir ein schon vor etwa 8 Jahren behandelter Fall erinnerlich, wo eine an congestiver Dysmenorrhoe leidende Frau immer nur zur Zeit der Catamenien über das in Rede stehende Leiden klagte. Der Uterus und die übrigen Genitalien boten keine objectiv wahrnehmbare Veränderung dar, wohl aber wurden zeitweilig mit dem Menstrualblute Fetzen der Uterinschleimhaut ausgestossen und auffallender Weise war der Steissbeinschmerz immer wie abgeschnitten, sobald diese Ausscheidungen ihr Ende erreicht hatten.

Die die schmerzhafteste Stelle bedeckende Haut erschien mit Ausnahme der oben weitläufiger beschriebenen 2 Fälle stets normal, eben so habe ich meistens bei der Untersuchung der vorderen Steissbeinfläche durch den

Mastdarm oder die Vagina keine palpable Veränderung entdecken können. Die mir vorgekommenen Fälle, wo das Steissbein oder seine nächste Umgebung eine objectiv wahrnehmbare Abweichung von der Norm darbot, habe ich ebenfalls weiter oben erwähnt.

Wie ich bereits wiederholt anzuführen Gelegenheit hatte, gehört die Coccygodynie zu den hartnäckigsten der im Bereiche der weiblichen Genitaliensphäre auftretenden Leiden. Von den 24 genauer notirten, mir im Laufe der letzten 4 Jahre zur Beobachtung gekommenen Fällen endeten, so viel mir bekannt ist, nur 10 mit vollkommener Heilung, in 9 Fällen erzielte ich eine merkliche Besserung, während in zweien das Uebel allen meinen Bemühungen hartnäckig trotzte, in den anderen dreien, wo ich nur einmal consultirt wurde, blieb mir der weitere Verlauf des Leidens unbekannt. Erwähnenswerth scheint es mir übrigens, dass die Coccygodynie zuweilen für verhältnissmässig lange Zeit, für 6—8 Monate und noch länger aussetzt, um hierauf, zuweilen auf die Einwirkung einer geringfügigen Gelegenheits-Ursache, in ihrer früheren Heftigkeit wiederzukehren. So kenne ich eine Dame aus dem Innern Russlands, welche ich nach beinahe einjähriger Behandlung für vollständig geheilt hielt, als ich ganz unerwartet etwa 10 Monate später durch die Nachricht überrascht wurde, dass der ihr so lästig gewordene Schmerz in Folge einer längeren Reise auf schlechten Wegen mit erneuter Stärke neuerdings aufgetreten sei.

So weit meine Beobachtungen reichen, stellt sich die Prognose am ungünstigsten in jenen Fällen, wo die Anamnese eine bedeutendere traumatische Verletzung des Steissbeins und seiner Umgebung, wie sie bei schweren Geburten so leicht eintritt, vermuthen lässt, insbesondere dann, wenn sich Dislocationen, Anschwellungen oder sonstige Veränderungen der Steissbeinstücke mit Sicherheit ermitteln lassen. Hier ist die Dauer des Schmerzes in der Regel eine jahrelange und schwindet das Uebel gewöhnlich wohl erst dann, wenn die Erregbarkeit der Nervi coccygei durch den anhaltenden Druck allmählig bedeutend gemindert worden ist. Ausserdem sind für die Prognose auch die etwa vorhandenen Complicationen von grossem Belange und lässt sich wohl behaupten, dass, wo durch irgend eine in der Nachbarschaft des Steissbeins vorhandene Krankheit die Hyperämie der Beckenorgane unterhalten wird, nur wenig Aussicht auf eine complete Heilung der Coccygodynie besteht. Von günstigem Einflusse scheint mir der Eintritt der Menopause zu sein, wenigstens kenne ich 3 ältere Frauen, welche, nach ihren Mittheilungen zu schiessen, früher an Coccygodynie gelitten hatten, von diesem Uebel aber bleibend verschont blieben, als mit dem Eintritte der klimakterischen Jahre die menstrualen Congestionen nach den Beckenorganen aufhörten.

Was die Behandlung der in Rede stehenden Affection anbelangt; so muss ich vor Allem auf die Nothwendigkeit der Beseitigung der die Coccygodynie etwa begleitenden Krankheiten der Beckenorgane hinweisen. Wenn ich auch nicht behaupten kann, dass der Steissbeinschmerz stets gehoben wird, wenn die Heilung der gleichzeitig vorhandenen Affection der Nachbartheile gelingt: so habe ich mich doch auf der andern Seite vielfältig überzeugt, dass alle direct gegen die Coccygodynie gerichteten Mittel erfolglos bleiben, so lange sich eines der Nachbarorgane in einem Zustande befindet, der entweder mechanisch die Umgebung behelligt oder durch Unterhaltung chronischer Stasen die Erregbarkeit der Nervi coccygei steigert.

Die erste Aufgabe des Arztes bleibt somit immer die genaue Erforschung des Zustandes der Gebärmutter, der Eierstöcke, des Beckenabschnittes des Bauchfelles, des Mastdarmes u. s. w. und die Anwendung der hier nicht weiter aufzuführenden local und allgemein wirkenden Mittel.

Gleichzeitig aber kann auch das unmittelbar gegen die Coccygodynie gerichtete Verfahren Platz greifen und zwar würde ich in recen ten Fällen, da nämlich, wo der Schmerz in der Steissbeingegend erst kurz besteht, wo seit der Einwirkung der ihn hervorru fenden Gelegenheitsursache kein langer Zeitraum verstrichen ist, wo endlich die Untersuchung mit Gewissheit oder grosser Wahrscheinlichkeit eine Hyperaemie der Steissbeingegend annehmen lässt oder wirkliche Lage- und Gewebsveränderungen des Knochens diagnosticirt werden können — in diesen Fällen würde ich unbedingt einer localen Antiphlogose das Wort reden, bestehend in öfter wiederholten Applicationen einiger Blutegel oder Schröpfköpfe an die Steissbeingegend, feuchtwarmen Ueberschlägen, lauen Sitzbädern u. s. w.: wobei darauf zu sehen ist, dass jede stärkere Locomotion des kranken Knochens möglichst verhütet werde. Ich lasse desshalb solche Kranke eine anhaltend ruhige horizontale Lage einnehmen, warne mindestens vor jeder brusquen Bewegung und Sorge durch Verabreichung eines milden Purgans oder die täglich vorzunehmende Application eines Lavements für die Entfernthaltung der Anhäufung festerer Faecalmassen im Mastdarme, indem gerade diese letztere oft wesentlich zur Unterhaltung oder Steigerung des Schmerzes beiträgt. Wäre, wie diess so häufig der Fall ist, die Coccygodynie von Anschwellungen der Haemorrhoidalvenen im Mastdarme oder äusserlichen Haemorrhoidalknoten begleitet, so dürften Kaltwasserclystiere und Ueberschläge von in kaltes Wasser getauchten Tüchern am Platze sein.

Wiederholt habe ich unter dieser Behandlung eine merkliche Abnahme ja wohl auch eine, wenn auch nicht anhaltende Beseitigung des Schmerzes

eintreten gesehen. Nach längerer oder kürzerer Zeit kehrt derselbe in der Regel wieder zurück, worauf bei noch fortbestehenden hyperaemischen Erscheinungen die oben angeführten Mittel neuerdings in Anwendung zu kommen haben, während in jenen Fällen, wo diese Symptome fehlen, von der Antiphlogose Umgang zu nehmen, vielmehr ein antineuralgisches Verfahren am Platze ist.

In dieser Beziehung habe ich die günstigsten Erfolge von den subcutanen Injectionen einer Morphiumlösung aufzuweisen und kann ich Simpson nicht beistimmen, wenn er denselben nur eine palliative Wirkung einräumt. Ich will nicht behaupten, dass sie *jederzeit* völlige Heilung herbeiführen, aber ich könnte doch eine nicht unbeträchtliche Zahl von Fällen namhaft machen, wo einige solche Einspritzungen hinreichten die Kranken völlig und dauernd von ihren Schmerzen zu befreien. Auch schwefelsaures Atropin habe ich in dieser Weise angewendet, habe es aber bei weitem nicht so wirksam gefunden, wie das essig- und doppelt mekonsaure Morphium. Dasselbe gilt von der Anwendung narkotischer mit Opium oder Belladonnaextract versetzten Suppositorien, von dem Gebrauche warmer, eine halbe Unze Opiumtinctur enthaltender Sitzbäder, von der energischen Anwendung von Eisumschlägen u. s. w. Alle die letztgenannten Mittel und manche andere noch habe ich theils ohne, theils nur mit geringem Erfolge versucht und würde sie nur für jene, gewiss sehr seltenen Fälle empfehlen, wo die Furcht der Patientin vor der kleinen Operation den Gebrauch der subcutanen Injectionen von Morphium nicht zulässt.

Die von Simpson und später von Bryant (Medical Times and Gazette 1860, pag. 363) mit günstigem Erfolge ausgeführte subcutane Durchschneidung der sich an den untersten Theil des Kreuzbeines und an das Steissbein ansetzenden Muskel, Bänder und Fascien habe ich bis jetzt nicht die Gelegenheit gehabt zu prüfen, da mir eigentlich keine Kranke vorkam, bei welcher die Intensität des Schmerzes diese keineswegs bedeutungslose Operation gerechtfertigt hätte, womit übrigens die Zulässigkeit derselben bei den höchsten Graden der Coccygodynie nicht in Abrede gestellt sein soll.
