

**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 12 (1956)

**Heft:** 3-4

**Rubrik:** Diskussion

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 06.02.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## DISKUSSION

C. Henschen (Basel): Die französische Medizin hat ein ausgezeichnetes Dictum, welches Lehre, Erkenntnis und Abklärung in einem ist: «Il n'y a pas de cancer, il y a des cancers.» Aus einer langen Erfahrungszeit als chirurgischer Kliniker kann ich die Wahrheit dieses Satzes nur bestätigen. Jeder Krebskranke hat sein besonderes, durch individuelle Morphologie, Biochemie und Blutbeschaffenheit in Prognose, Verlauf und Metastasierungsweise vorgezeichnetes Krankheitsschicksal. Dabei haben die Milz als «Lymphdrüse des Blutes», das Lymphdrüsen-system, das Knochenmark, das reticulo-endotheliale System, die Lungen und das Endocrinium eine «antiplastische» Regulations- und Schutz-aufgabe. Wir wissen, daß Milz, Lymphdrüsen, Mark und Lungen weitgehend mit eingeschwemmten oder zugewanderten Krebszellen fertig werden. Das Mark kann Mammakarzinomzellen 10–15 und mehr Jahre magazinieren und inaktivieren. Familiär-konstitutionelle Minderwertigkeit dieser Schutzkette und Lebensschäden durch Beruf, chemische Noxen und transpulmonalen Tabagismus brechen das Schutzsystem als Ganzes oder in wichtigen Gliedern durch. In der schlüssigen Endbeurteilung der *Folgen des traumatischen Milzverlustes* bleibt heute noch die Frage offen, ob der Organwegfall eine erhöhte Anfälligkeit für Karzinome hinterläßt. In meinem großen Referat «Über die Chirurgie der Milz» am VII. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie 1926 in Rom wies ich darauf hin, daß – damals! – das Vorkommen primärer Milzkarzinome noch bestritten, durch den Nachweis ektodermaler Keimverlagerungen (Dermoide) und von Einsprengungen von Leber- und Pancreasgewebe aber histologisch sichergestellt sei. Ich wies weiter darauf hin, daß die Untersuchung der Milzen verstorbener Krebskranker nicht selten *mitosenfreie Mikro-metastasen* in den Fangrechen der Milz entdecken lassen, wo sie von dem krebseindlichen Organ offenbar weitgehend vernichtet werden. Der alte «Milzkliniker» steht heute wieder vor dem Problem: Das Verhalten Splenektomierter gegen Infektionen ist je nach der Güte der Ersatzkompensationen verschieden, beispielsweise vermindert gegenüber Recurrens, Malaria und Tuberkulose; über eine erhöhte Karzinomanfälligkeit Splenektomierter ist meines Wissens nichts bekannt. Nur große und durch einwandfreie patho-genealogische Reihen verfolgbare Zahlen wären verwertbar. Das können – etwa nach dem Muster der Boards des American College of Surgeons – nur besondere «Boards» medizinischer Akademien durchführen.

Noch ein Wort zu den *Anzeigen der Splenektomie*. Schon 1926 machte ich aufmerksam, daß die selbständige Milztuberkulose gerade auch in ihrer miliaren splenomegalischen Abart eine absolute, weil lebensrettende Anzeige bildet, sodann, daß die medico-chemisch-refraktären Großmilzen der Malariker und der Syphilitiker operationsbedürftig sind, weil das Organ dank seiner vaso-konstriktiven Abschlußriegel (C. Henschen: Experimentelle Untersuchungen über die Volumschwankungen und die Kontraktilität der Milz, über ihre Durchblutung und die Sperrmechanismen der Milzarterie, Dtsch. Z. Chir. 210, Heft 1/4 [1928]), Infektionen dauernd magazinieren und kasernieren kann; erst die Wegnahme dieser chemisch uncinnehmbaren Zitadelle macht den Körper chemotherapeutisch angreifbar und den Kranken endgültig heilbar. Vulgäre «landläufige» Infekte können, sind sie einmal in der Milz, bleibend und chemisch unangreifbar eingesiedelt, das Siedelungsorgan «mammutisieren» und es zu einem bösartig periodisch an den Ausgangsherd, z. B. die Lunge, rückstreuenden Infektionsbrutofen machen; entfernt man eine solche *chronisch-infektiöse Mammutmilz*, so hört der jahrelang schwelende Infektionsschaden auf, wobei gleichzeitig die reziprok

allergisch immer wieder vom Milzvulkan neu aufgezündete erste Streustelle abheilt. (C. Henschen: Splenektomie bei *krankheitsdominanter chronisch-infektiöser Splenomegalie*. Schweiz. med. Wschr. 76, 1018 [1946].)

In meinem Referat von 1926 (s. o.) streifte ich auch die *Splenektomie bei endokarditischer und extrakardialer Lentasepsis*: sie verspricht nur da Erfolg, wo der Klappenherd abheilt oder in Abheilung ist, oder wo ein extrakardialer Primärstreuer (Osteomyelitis chronischer Kiefer- oder Nebenhöhleninfekt usw.) gefunden und ausgelöscht werden kann. Ruptur einer septischen Milz, metastatische Milzabszesse und infekt-embolische Splenitiden sind zwingende Anzeigen: eine günstige Gesamtlage kann unter Mitspiel einer «Heilkorrelation» dabei sogar den Glückstreffer eines Heilerfolges bringen.

J. H. Müller (Zürich): Mit der von Herrn *Hemmeler* geäußerten Ansicht, daß mit der intravenösen Applikation des kolloidalen Radiogoldes «gewissermaßen eine medikamentöse Splenektomie» realisiert werde, gehe ich nicht ganz einig, denn es handelt sich ja hier richtiger um eine «radiotherapeutische Splenektomie»; diese besondere Form von «innerer Strahlentherapie» bedingt spezielle Aspekte und Probleme.

In bezug auf den von Herrn *Hemmeler* erwähnten *Radiogoldfall* möchte ich noch folgendes bemerken: Auf Grund international gesammelter Daten und meiner recht umfangreichen persönlichen Erfahrung (ich habe bisher etwa 40 Curies Au<sup>198</sup> für therapeutische Zwecke appliziert ...) ist dieses radioaktive Isotop als prinzipiell ungefährlich zu betrachten. Freilich ist bei dessen Anwendung, namentlich auch mit Rücksicht auf die vom Applikationsort emittierte penetrierende  $\gamma$ -Strahlung besondere Vorsicht geboten bei ausgesprochen anämischen Patienten.

Es mag ferner von Interesse sein, zu erwähnen, daß wir (gemeinsam mit Prof. P. H. Rossier) vor mehreren Jahren (1951) einen ähnlichen Fall erlebt haben. – Es handelte sich um eine 40jährige Patientin mit terminaler generalisierter Lymphosarkomatose und extrem massiver lymphosarkomatöser Hepatosplenomegalie, welche unerträgliche Schmerzen verursachte. Durch die kombinierte intravenöse und intraperitonäale Applikation des Radiogoldes gelang es in höchst eindrucksvoller Weise, diese Hepatosplenomegalie bis auf einen minimalen Restbefund zu reduzieren. Die Patientin wurde völlig beschwerdefrei und der Allgemeinzustand besserte sich zunächst in erheblichem Maße, bis sich dann, etwa 8 Wochen nach der Au<sup>198</sup>-Behandlung (nachdem also die Radiogoldaktivität schon abgeklungen war), das Bild einer progredienten Panmyelophthyse, mit letalem Verlauf, einstellte. Es erschien nachträglich denkbar, zumal ja bei dieser Patientin die generalisierte Lymphosarkomatose schon vor der Au<sup>198</sup>-Behandlung das blutbildende Knochenmark sicher weitgehend vernichtet hatte, daß sich eine vikariierende Hämatopoese innerhalb der großen Milz- und Lebertumoren etabliert hatte, die dann nach der «erfolgreichen» Rückbildung der Hepatosplenomegalie nicht mehr weiter bestehen konnte.

W. Hadorn (Bern) zum Vortrag von Herrn Dr. *Hemmeler*: Die Splenektomie wirkt bei Thrombopenien nicht immer günstig. Nach vorübergehender spektakulärer Besserung sinken bisweilen die Thrombocyten wieder auf abnorm niedrige Werte ab, und die hämorrhagische Diathese ist erneut in vollem Bilde da. Vor allem erwähnenswert und geheimnisvoll bleiben die Fälle, bei denen die Thrombocytenwerte einige Zeit nach der Operation wieder auf ganz niedrige Werte abfallen, ohne daß die Blutungen wieder in Erscheinung treten. Es müssen hier noch Mechanismen vermutet werden, die uns unbekannt sind.

Zum Vortrag von Herrn Prof. *Koller*: Die Thrombocytaemia haemorrhagica hat durch die schönen Untersuchungen von Kollege *Koller* eine gewisse Deutung erfahren. Trotzdem ist das Krankheitsbild noch nicht völlig geklärt; denn das Gerinnsel ist in diesen Fällen zuerst völlig fest, und erst nach einiger Zeit wird es weich und es schien, daß eine Fibrinolyse stattfindet, ohne daß eine solche in vitro nachzuweisen wäre. Bei

einem Fall unserer Klinik, der von Kollege *W. Baumgartner* an der diesjährigen Tagung der schweiz. Gesellschaft für innere Medizin erläutert wurde, fanden sich nach der Splenektomie (bei Milztuberkulose) 8 Millionen Thrombocyten. Blutungszeit, Gerinnung, sämtliche Plasmafaktoren, Thrombelastogramm waren normal. Trotzdem verblutete der Kranke nach einem kleinen chirurgischen Eingriff (Excision von vereiterten tuberkulösen Halsdrüsen). Thrombopenia haemorrhagica und Thrombocytaemia haemorrhagica bieten noch viele ungelöste Probleme.

*A. Hittmair* (Innsbruck): Zu *Moeschlin*: Es sei auf Henschens krankheitsdominante Milz verwiesen, welche eine mögliche Indikation zur Splenektomie bildet, da es dabei zu Milzdysfunktionen kommen kann.

Zu *Hemmeler*: Die lienale Myelopoese bei Myelofibrose und Osteomyelosklerose entsteht meist nicht als vikariierende Erythropoese. Ihre diesbezügliche Wirkung wird nicht selten von jener der splenogenen Markhemmung übertroffen.

*F. Koller* (Zürich): Herrn Prof. *Hadorn* möchte ich durchaus beipflichten, daß die von uns gefundene ungenügende Thrombokinasbildung möglicherweise nicht allein für die lebensbedrohliche hämorrhagische Diathese verantwortlich ist. Auf die Untersuchungen, welche einen Serotoninmangel bei Thrombocythaemia haemorrhagica feststellten, habe ich bereits hingewiesen. Auf jeden Fall scheint diese ungewöhnliche Form von Blutungsneigung in besonderem Maße geeignet, unsere Vorstellungen über die Blutstillung erneut zu überprüfen und zu erweitern.

*G. Hemmeler* (Lausanne): Il n'est en effet pas exceptionnel, comme vient de le relever *M. Hadorn*, qu'après une splénectomie pour thrombopénie essentielle, les plaquettes sanguines retombent à des valeurs basses et qu'une diathèse hémorragique se manifeste à nouveau. Ce fait s'explique par la continuation de la formation d'anticorps antiplaquettaires ailleurs que dans la rate, probablement dans le reste du système réticulo-endothélial. Lorsque, malgré un chiffre bas de thrombocytes, de l'ordre de 10 000 par exemple, aucune diathèse hémorragique ne s'observe, nous sommes obligés d'admettre l'existence d'un phénomène d'adaptation; mais, ainsi que le relève *M. Hadorn*, nous ne connaissons rien sur ses modalités. C'est aussi la raison pour laquelle nous ne savons pas, comment le cas échéant, nous pourrions favoriser cette adaptation par des mesures thérapeutiques appropriées.