

Ther. der Pseudoplasmen. 1854. p. 252 ff.) theilt als einzig beobachteten einen ähnlichen Fall mit, welcher jedoch eine höhere Entwicklungsstufe erreicht hatte, als der meinige. Dasselbe gilt von den fünf Fällen Rokitansky's (Lehrbuch der path. Anat. 1855. p. 167 ff.) wenigstens zum Theil.

Am grössten ist die Uebereinstimmung meiner Geschwulst mit dem Gewebe des embryonalen Glaskörpers, wie dasselbe zuerst von Virchow (dessen Arch. IV. p. 468. und V. p. 278.) unter der Rubrik des Schleimgewebes beschrieben worden ist. Wenn es mir auch nicht gelang, feine und durchsichtige Durchschnitte aus meiner Geschwulst darzustellen, so halte ich es doch für wahrscheinlich, dass die Bindegewebskörperchen in den früheren Stadien der Geschwulst unter einander anastomosirten und ein die ganze Geschwulst durchsetzendes Gerüst bildeten, welches einerseits zur Stütze des Ganzen diente, andererseits aber ein feines, der Ernährung dienendes Röhrensystem bildete, wie letzteres Virchow von den Bindegewebs- und den analogen Körperchen in den sogenannten Bindegewebssubstanzen überhaupt höchst wahrscheinlich gemacht hat. Die Ernährung der Geschwulst bleibt freilich fraglich, da ich weder in ihrem Innern, noch in ihrer Bindegewebskapsel Gefässe fand. Doch waren letztere wahrscheinlich früher vorhanden und sind vielleicht die sogenannten röhrigen Fasern mit früher bestandenen Gefässen in Verbindung zu bringen. Aus der partiellen Verfettung der Bindegewebskörperchen, aus der Sprödigkeit ihrer Ausläufer und deren theilweisem Isolirtsein geht ja ohnedies hervor, dass die ganze Geschwulst in der Rückbildung begriffen war.

Die Geschwulst gehört unter die gutartigen Neubildungen (Vergl. Rokitansky, l. c. und Dens. Ueber den Gallertkrebs mit Hinblick auf die gutartigen Gallertgeschwülste). Ich hebe dies besonders gegen Köhler (Krebs- und Scheinkrebskrankheiten. 1853. p. 60.) hervor, welcher die beiden Müller'schen Fälle fälschlich zum Gallertkrebs rechnet.

2.

Ueber das Alibert'sche Keloid.

Von Dr. Ludwig Benjamin.

Da unter den wenigen vorhandenen Beschreibungen des Alibert'schen Keloids nicht eine einzige mir bekannte auf das mikroskopische Verhalten desselben eingeht, — vielleicht weil sein verhältnissmässig seltenes Auftreten die Gelegenheit zur Untersuchung erschwerte —, dürfte der folgende Bericht einiges Interesse bieten.

Ein hiesiger Arzt versuchte durch Aetzmittel (Höllenstein u. a.) einen kleinen Fleck an der Hinterbacke eines Mädchens zu entfernen, welchen dasselbe mit zur Welt gebracht hatte; da während sechswöchentlicher Behandlung das Uebel an Umfang eher zu als abnahm, verloren die Eltern das Vertrauen zu der sehr schmerz-

haften Cur und gaben dieselbe auf. Im Alter von 2 Jahren führten sie das sehr kräftige Kind mir zu, weil eine aus dem Flecke entstandene regelmässig wachsende heftig juckende Geschwulst ihre Besorgniss erregte; ich fand an dem bezeichneten Orte ein Keloid, fast von der Grösse einer Handfläche, 3 bis 4 Millimeter über die Haut vorragend, mit sehr unregelmässigem Rande und mehreren verschieden langen und gestalteten Fortsätzen, die sich theils dreieckig spitz 2 bis 3 Centim., theils am Ende abgerundet $1\frac{1}{2}$ bis 2 Centim. weit in die gesunde Cutis der Umgebung erstreckten. Von dieser durch ihre Erhabenheit bestimmt abgegrenzt, unterschied sich die Geschwulst ausserdem durch blässrothe Färbung und einige tief eindringende Furchen, während die feinen Furchen und Haare der gesunden Haut fehlten; ähnlich einer stark vorragenden Narbe übertraf sie eine solche bedeutend an Härte. Bei der in der gesunden Haut gemachten Exstirpation war die Blutung gering.

Die frisch untersuchte Geschwulst zeigte sich überall eben so bestimmt von der gesunden umgebenden Fettmasse geschieden, wie unzertrennlich verbunden mit der Cutis; durch eine ihr ziemlich fest adhärende dicke, spröde, aus Bindegewebe, fast ohne Beimischung elastischer Fasern bestehende Capsel drangen an 2 gegenüber liegenden Stellen nahe dem Rande, eine Anzahl kleiner sich nicht weit verbreitender Gefässe. Uebrigens enthielt die Geschwulst keine Gefässe; auf der Schnittfläche silberweiss und von Knorpelhärte bestand sie aus Bindegewebe und Bindegewebskörpern; ersteres bildet nicht lockige Bündel, sondern dicke Stämme, deren fest zusammengedrückte Fasern anfangs in fast gerader Richtung verlaufen, allmählig mehr aus einander treten und endlich in viele einzelne Bündel zerfallen, die nach wiederholter Theilung lockig geschwungen, sich zuletzt in Nichts von normalem Bindegewebe unterscheiden. Die Bindegewebsstämme (*sit venia verbo*) sind so dicht zusammengepresst, dass zwischen ihnen kein freier Raum übrig bleibt, woher die grosse Härte der Geschwulst; sie verlaufen nicht parallel, sondern durchkreuzen sich in verschiedenen Richtungen, wodurch das Gesichtsfeld gleichsam wie ein Haufen durch einander gewürfelter Bäume aussieht. Wo die Bündel zerfallen und kleine Lücken zwischen den Fasern frei lassen, werden die so entstandenen Maschen von zahlreichen Bindegewebskörpern fast ganz ausgefüllt; dieser Theil der Geschwulst bildet immer noch ein festes Gewebe, das aber doch weit lockerer als die Basis ist und die sonst seine Stelle einnehmende normale Cutis ersetzt.

Bau und Entwicklung der Geschwulst scheinen also sehr einfach; sparsame, an der Basis durch eine Bindegewebscapsel eindringende Gefässe liefern das Plasma, aus welchem eine vom normalen Bindegewebe in der Structur wenig abweichende Faserschicht gebildet wird; zwischen den Fasern liegen Bindegewebskörper, wie sie sich in fast allen noch wachsenden Bindegewebsgeschwülsten finden. Das Keloid ist folglich nur eine Modification des subcutanen Bindegewebes und reiht sich den Warzen, Condylomen u. s. w. an; mit Angiektasien verbindet es sich wahrscheinlich öfter, wie auch in diesem Falle an 2 Stellen; es geht von der Cutis aus oder zieht sie doch in seinen Bildungskreis hinein, ist schmerzlos, erzeugt aber heftiges Jucken, wächst wohl nicht immer so schnell wie in diesem Falle, wo es innerhalb

2 Jahren den bedeutenden Umfang einer Handfläche erreichte, und hat vermuthlich keine bestimmte Grenze der Ausbreitung, wenn solche nicht künstlich gesetzt wird. Das Allgemeinbefinden litt dabei, wenigstens in meinem Falle gar nicht; auch heilte die Wunde ohne jeden Zwischenfall, so dass die das Keloid als Product einer Dyskrasie annehmende Theorie gewiss nicht für alle Fälle giltig ist.

Zum Schlusse erwähne ich, dass die Geschwulst in ihrem Inneren an einer Stelle gestreifte Muskelbündel enthielt, ganz wie sie frühere Beobachter (Rokitansky, Virchow, Weber, Billroth) gesehen; ich vermute, dass dieselben in Geschwülsten weit öfter vorkommen, als sie bisher gefunden wurden, und um so häufiger sich zeigen werden, je mehr der Gebrauch des Mikroskopes unter Wundärzten und damit die Zahl feinerer Untersuchungen zunimmt.

3.

Ein Fall von progressiver Muskelatrophie.

Von Rud. Virchow.

Am 27. Mai 1854 kam die Leiche eines 44 Jahre alten Pfründners aus dem Juliusspital, Georg Amling zur Section. Derselbe war unter den Erscheinungen der Lungenphthise mit häufiger Pneumorrhagie, Albuminurie und Oedem der Füße zu Grunde gegangen, nachdem er schon seit seiner Aufnahme in die Pfründe am 24. August 1847 an einer fast vollständigen Lähmung der Extremitäten gelitten, die man als arthritische deuten zu müssen geglaubt hatte. Erst die Autopsie zeigte die wahre Natur des Uebels und aus den auf meinen Wunsch von Hrn. Dr. Ernst Schmidt angestellten, nachträglichen Ermittlungen ergab sich, dass es sich hier um ein hereditäres Verhältniss handelte. Der Vater unseres Kranken war nämlich in demselben Zustande, wie jetzt sein Sohn, gestorben, nur hatte sich das Uebel bei ihm etwas später, nämlich erst in den vierziger Jahren entwickelt. Auch der Sohn soll in seiner Jugend ganz gesund gewesen sein und die ersten deutlichen Lähmungserscheinungen wurden in seinem 21sten Lebensjahre beobachtet. Dieselben begannen an den unteren Extremitäten, schritten nach und nach auf die oberen fort, so dass er in der letzten Zeit auch die letzteren nur noch durch eine Art von Schleuderbewegung, ruckweise in seine Gewalt bringen konnte. Blase und Mastdarm dagegen blieben bis zuletzt frei. Einmal, etwa 6 Jahre nach dem ersten Auftreten der Krankheit, soll sich der Zustand auffallend gebessert haben; dann trat aber wieder eine zunehmende Verschlimmerung ein, und alle im Spitale angewendeten, sehr zahlreichen Mittel, Tonica, Nervina, Excitantia, Elektrizität u. s. w. waren ohne Erfolg.

Die Untersuchung der Leiche ergab Folgendes: Sehr starke Abmagerung und anämisches Aussehen des ganzen Körpers; bedeutende Abflachung des Thorax;