

3.

Ein Fall von interstitieller, destruierender Molenbildung.

Von Dr. Richard Volkmann,
o. ö. Prof. d. Chirurgie in Halle.

(Hierzu Taf. XIII. Fig. IV.)

Vor etwa 2 Jahren wurde mir das seltene Glück zu Theil eine Mola hydatidosa wenige Stunden nach dem Tode der Kranken *in situ* untersuchen zu können, und stiess ich dabei auf so unerwartete und eigenthümliche Verhältnisse, dass ich es für meine Pflicht erachtete die Veröffentlichung dieses Falles, so sehr er auch ausserhalb meines sonstigen Ressorts fällt, nicht länger mehr hinauszuschieben. Die Untersuchung lehrte nämlich, dass die sehr ansehnliche Molengeschwulst hier gar nicht in der Höhle des Uterus lag, sondern dass sie, um den bei Uterusfibroiden gebräuchlichen und daher wohl ohne Weiteres verständlichen Ausdruck zu gebrauchen, interstitiell in die Wand des Uterus eingebettet war, von wo aus sie nur mit einem sehr kleinen Abschnitte in das Uterincavum hineinragte und dass ferner die Molenblasen das Fleisch des Uterus nach den verschiedensten Richtungen hin so vollständig durchwachsen hatten, dass sie an mehreren Stellen bis unmittelbar unter das Peritoneum reichten. Einzelne Abschnitte der Geschwulst waren daher von der Peritonealhöhle nur noch durch eine Papierdünne Hülle getrennt, und gewann die Affection dadurch um so mehr einen exquisit destruierenden Charakter, als der Uterus im Uebrigen einen nicht unbeträchtlichen Grad puerperaler Hypertrophie und Verdickung darbot. Endlich konnte mit Sicherheit nachgewiesen werden, dass die äussersten Ausläufer der Mole überall innerhalb dilatirter Uterinvenen lagen.

Am 15. November 1864 wurde ich von Herrn Dr. Kuntze in Merseburg aufgefordert, mit ihm eine Frau zu untersuchen, die angeblich an einem Uteruspolypos leiden sollte, die er selbst jedoch erst seit wenigen Tagen in Behandlung genommen hatte. Bei meiner Ankunft fand ich eine durch profuse Uterinblutungen im höchsten Grade anämische, wassersüchtige Person vor, deren Ableben ständig zu gewärtigen war. Ihre grosse Schwäche gestattete nur die Beantwortung einzelner Fragen und liess auch nur eine kurze Untersuchung zu. Es ergab sich etwa Folgendes:

Frau Wilhelmine Ehrhard, 46 Jahr alt, ist seit 21 Jahren verheirathet und hat 8 lebende, gesunde Kinder geboren. Im Januar 1861 ist sie das letzte Mal entbunden worden. Sie will von Jugend auf vielfach an Leucorrhœa gelitten haben, doch war die Menstruation stets regelmässig. Im Mai 1864 blieb die Menstruation einmal aus; die Frau bekam Erbrechen, Widerwillen gegen Speisen und nahm daher an, dass sie schwanger sei. Indessen erfolgte nach abermals 4 bis 5 Wochen eine kleine mehrtägige Blutung und da sich gleichzeitig oft wiederkehrende, heftige Schmerzen im Unterleibe zeigten, eine grosse Schwäche und Abmagerung eintrat, so wurde die Kranke, die im Verlauf ihrer früheren Schwangerschaften nie über derartige Erscheinungen zu klagen gehabt hatte, in ihrer Annahme schwankend.

Gleichwohl schwoll das Abdomen deutlich an. Mitte Juli eine sehr heftige, 14 Tage anhaltende, mit heftiger Uterinkolik verbundene Blutung, nach welcher Oedem der Füsse zurückblieb. Nachdem die Blutung etwa 8 Tage pausirt hatte, traten in der ersten Woche des August zuerst Entleerungen mässiger Mengen schleimigen Blutes ein, worauf sich neue profuse Metrorrhagien einstellten, die ohne Unterbrechung etwa 12 Wochen lang bis zum Tode der Kranken andauerten. Es wurde theils flüssiges, reines Blut, theils feste Blutcoagula, zuweilen von der Grösse eines Eies und darüber, theils eine mehr blutwasserartige Flüssigkeit ausgeschieden. Dabei war die Kranke fast nie frei von heftigen Schmerzen, die vom Hypogastrium aus nach der Lendengegend und in die Oberschenkel ausstrahlten. Die Kranke, welche mehr und mehr herunterkam, und den Gedanken an eine Schwangerschaft ganz aufgegeben hatte, liess sich ohne Erfolg von verschiedenen Aerzten behandeln. Die Mehrzahl entschied sich für die Ansicht, dass es sich um einen intrauterinen Polypen handeln möge, obwohl der ganze Verlauf der Krankheit gewiss viel mehr für ein retinirtes Ei, als für ein Neoplasma sprach. Seit etwa 14 Tagen hatten die Schwäche und Anämie einen solchen Grad erreicht, dass die Kranke kaum im Stande war eine leichte Bewegung vorzunehmen. Mit wachsbleichem, apathischem Gesicht und halbgeöffneten Augen lag sie im Bett, so dass es die grösste Mühe kostete, mit Hülfe ihres Ehemannes wenigstens die Hauptzüge des Krankheitsverlaufes zu eruiren.

Bei der manuellen Exploration zeigte sich der Muttermund sehr schlaff und weich und soweit geöffnet, dass ich bequem mit dem Zeigefinger in die Uterinhöhle eindringen konnte, wobei ich die letztere von einer eigenthümlich weichen, anscheinend zottigen Masse ausgefüllt fand. Ich führte daher eine gekrümmte Polypenzange ein, kniff ein kleines Partikelchen dieser Massen ab und brachte es unter das Mikroskop. Das erste Präparat genügte um die Diagnose mit vollkommener Sicherheit festzustellen: Aus dem einen Rande von scharfen Bogenlinien begrenzt, traten zunächst ein paar grosse Lappen eines höchst pelluciden Myxomgewebes in die Erscheinung, von deren Peripherie wieder eine grosse Zahl der verschieden geformtesten, blattartigen oder keulenförmigen, oft an langen, dünnen Stielen flottirenden Zotten entsprang. Das Bild war fast genau dasselbe, wie es die bekannten Formationen der Gelenksynovialen darbieten, nur dass die einzelnen Zotten eine grössere Zartheit darboten und selbst an ihrem Basaltheile aus einer fast ganz strukturlosen, glashellen Substanz bestanden, wie auch nirgends eine Andeutung von Gefässschlingen an der Implantationsstelle dieser Zotten hervortrat.

Hier nach wurde die Diagnose auf eine Mola hydatidosa gestellt; allein so wenig auch ein Zweifel über die Richtigkeit dieser Diagnose aufkommen konnte, so wies doch der enorme Grad von Schwäche und Anämie der Patientin jeden Gedanken an einen operativen Eingriff, bei dem auch nur ein paar Unzen Blut verloren gehen könnten, als unstatthaft zurück. Der lethale Ausgang war offenbar nicht mehr abzuwenden. Ich beschränkte mich demnach auf die Anordnung einiger Analeptica und Injectionen von Eismassen mit Liq. ferri sesquichlorati und bat den behandelnden Collegen, sobald der Tod eintreten sollte, den Uterus mit seinen Adnexis herauszulösen und mir uneröffnet zuzustellen.



Schon am Nachmittage des zweitfolgenden Tages (17. August 1864) hatte Herr Dr. Kunze die Güte, mir, wenige Stunden nach dem Tode der Kranken, das Präparat selbst zu überbringen.

Der mir nun zur Untersuchung vorliegende Uterus hatte etwa die Grösse des Kopfes eines einjährigen Kindes und eine fast kugelrunde Gestalt. Indess war seine Oberfläche doch keine ganz gleichmässig glatte. Namentlich an der linken Seite des Vertex zeigte er sich von verschiedenen Achtgroschenstück grossen und kleineren, sehr flachen, wie hügelichen Erhebungen leicht bucklig, und sah man hier an mehreren Stellen, ähnlich wie bei einer cystisch degenerirten Niere, wasserhelle, hanfkorn- und erbsengrosse Räume durch den unveränderten Peritonealüberzug hindurchschimmern. Die Tuben inserirten sich beide auf der rechten Seite des Uterus. Die rechte tief unten, nahe am Cervix, die linke etwa 4 Zoll darunter, nicht weit vom Vertex, so dass schon hierans auf eine sehr unregelmässige Ausdehnung des Uterus, wie sie in ähnlicher Weise so häufig bei grossen Uterus-fibroiden vorkommt, geschlossen werden durfte. Die Ovarien von normaler Grösse, reichlich mit sternförmigen, narbigen Einziehungen älteren und jüngeren Datums versehenen. — Vagina und Uterus wurden nun mit einer durch den Muttermund eingeführten Scheere an ihrer vorderen Seite vorsichtig der Länge nach aufgeschnitten und es bot sich jetzt dem Auge der prachtvolle Anblick einer, aus tausend krystallhellen Kugeln bestehenden, ganz intacten Mola hydatidosa dar, der durch dünne, in die Interstitien zwischen die einzelnen Kugeln ergossene Schichten flüssigen Blutes wunderbar gesteigert wurde. Die einzelnen Kugeln, oder, wie man gewöhnlich sagt, Blasen, sind erbsen- bis haselnussgross, doch finden sich auch vielfach kleinere von dem Volumen eines Stecknadelknopfes und darunter. Der Zusammenhang der Blasen ist der bekannte trauben- und perlchnurförmige, mit Hülse eines fasrigen, zottigen, baumförmig sich verästelnden Bindegewebes, welches die Stiele bildet, aneinandergereiht. Die histologische Untersuchung ergab nichts wesentlich Neues zu dem obengeschilderten Befunde, nur dass einzelne Zotten oder grössere Blasenabschnitte sich von einem gelblich tingirten, stellenweise sehr opaken und in weit fortgeschrittenen Fettmetamorphose befindlichen Epithel bedeckt zeigten.

Von viel grösserem Interesse waren hingegen die Lagerungsverhältnisse der ganzen Molengeschwulst und ihr Zusammenhang mit dem Parenchym des Uterus.

Nachdem ich zunächst als selbstverständlich angenommen, dass der grosse Raum, in dem der ungeheuere Blasencomplex lag, die Höhle des Uterus sein müsse, fiel bei genauerer Betrachtung zunächst eine fast kleinfingerdicke quere Scheidewand auf, die $1\frac{1}{2}$ Zoll über dem Muttermunde, diaphragmaartig herübergespannt, das vermeintliche Uterincavum in zwei sehr ungleiche Abtheilungen trennte, eine obere kindskopfgrosse, mit sehr eigenthümlich zerklüfteter, balkiger oder zottiger, später genauer zu beschreibender Wand, an der keine Spur eines Schleimhautüberzuges aufzufinden war, und eine untere grosse, überall mit einer stark injicirten und geschwellten Mucosa überzogen. In diese untere Abtheilung mündete auch die rechte Tuba. Das Ostium uterinum tubae sinistrae, wurde nicht aufgefunden, da ich das schöne Präparat nicht allzusehr zerstören wollte*).

*) Nachträglich habe ich am Spirituspräparat auch das Ostium uterinum tubae sinistrae noch aufgefunden. Es mündet ebenfalls unterhalb der Mole in die

communicirten mit einander durch eine etwa Achtgroschenstückgrosse in der Mitte der genannten Scheidewand befindliche, fast für einen zweiten Muttermund imponirende Oeffnung, die von sehr unregelmässigen, zerrissenen und verdünnten, in die untere Abtheilung hineingekrämpelten Rändern umgeben war. In der oberen grossen Höhle lag mit ihren Tausenden von Blasen die Molengeschwulst und hing von hier ein zierliches, halbhühnereigrosses Blasenconvolut in die kleine untere Höhle herab.

Es zeigte sich nun sehr bald, dass diese untere kleine Höhle das eigentliche Uterincavum darstellte, während die obere grosse nur dadurch entstanden war, dass die in das Parenchym des Uterus hineingewachsenen und dort zu einer kolossalen geschwulstförmigen Ausdehnung gekommenen Molenblasen, die Wand des Uterus in zwei Lamellen zu einem ungeheueren Sacke auseinandergedrängt hatten. Dabei entsprach jedenfalls die oben beschriebene Communicationsöffnung beider Abtheilungen dem früheren Placentasitze, von dem aus die myxomatös degenerirenden Chorionzotten in die Substanz des Uterus eingedrungen waren.

Untersuchte man nämlich die untere, von mir ausschliesslich als Uterincavum angesprochene Höhle genauer, so fanden sich von den Muttermundslippen aufwärts ihre seitlichen Wände überall $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Zoll stark und unterschieden sich hinsichtlich ihrer Textur in Nichts von dem Gewebe eines puerperalen Uterus. Faserzüge bald mehr bindegewebiger, bald ausgesprochen muskulöser Natur wechselten mit einander ab. Zwischen ihnen grosse venöse Gefäßräume. In der Höhe des beregten Diaphragmas angekommen, zweigte sich ein grosser Theil dieser Faserzüge seitlich ab, um in das Diaphragma einzutreten, welches grosse spindelförmige oder bänderige, vielfach in körniger Trübung und Fettmetamorphose befindliche muskulöse Elemente enthielt, zwischen denen ebenfalls die Querschnitte grosser venöser Kanäle sichtbar waren. Auch war die dem Muttermunde zugewandte untere Fläche dieses Diaphragma durchaus mit Schleimhaut überzogen, während die obere Seite dasselbe zerklüftete, cavernöse Aussehen darbot, wie der übrige Theil der Innenfläche des grossen die Mole enthaltenden Sackes. Dahingegen zeigte die diesen letzteren bildende Hülle von Uterussubstanz, entsprechend der enormen Ausdehnung, die ein relativ kleiner Abschnitt der Uteruswand hier erfahren hatte, eine sehr viel geringere Mächtigkeit. In der Nähe des sogenannten Diaphragma noch $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ Zoll stark, nahm diese Hülle nach dem Vertex uteri zu sehr beträchtlich an Dicke ab, so dass zuletzt an mehreren Stellen nur eine papierdünne Lage von Uterussubstanz nachgewiesen werden konnte, ja stellenweise nur das Peritoneum die Molenblasen nach Aussen bedeckte und von der Peritonealhöhle abschloss. Ausser an diesen Orten liessen sich jedoch überall aus den die Mole begrenzenden Sackwandungen grosse muskulöse Elemente mit grösserer oder geringerer Deutlichkeit darstellen,

untere Abtheilung höher oben und etwas mehr nach links wie das rechte, liegt jedoch im Grunde einer tiefen Falte an der Stelle, wo sich die Schleimhaut der Seitenwand des Uterus auf das „Diaphragma“ überschlägt. So lange die Molenblasen ihre ursprüngliche Grösse besassen, und die Theile dadurch in einer sehr starken Spannung standen, war es begreiflicher Weise ganz unmöglich gewesen es zu Gesicht zu bekommen.

wie auch grössere oder kleinere Venenquerschnitte vielfach auf der Schnittfläche in die Erscheinung traten.

Einer besonderen Beachtung werth fand sich sodann die innere Fläche dieses die Mole einschliessenden Sackes. Dieselbe setzte sich nirgends scharf von der Molengeschwulst ab und entbehrte überall einer gleichmässig glatten Fläche, war vielmehr in eine Unzahl höchst unregelmässiger fleischiger Kegel, Zapfen und Balken ausgezogen, die anfangs noch mit einander anastomosirend und ein grobes cavernöses Maschenwerk bildend, rasch sich verjüngten um sich zuletzt in ein Gewirr feiner, zottiger Fäden aufzulösen, die sich in dem Stroma der Mole verloren. Denn überall drangen die Blasen dieser letzteren mit ihren letzten Ausläufern zwischen diese Balken und in das von ihnen gebildete cavernöse Netzwerk hinein. Bei der histologischen Untersuchung fanden sich in den dickeren Balken oder in dem breiten Basaltheile spitz auslaufender, zuletzt sich verästelnder Zapfen noch vielfach grosse muskulöse Elemente, während sich später nur ein lockeres, streifiges, stark mit Fettkörnchen und grossen Fettropfen durchsetztes Bindegewebe nachweisen liess. Abgesehen von der viel grösseren Unregelmässigkeit, möchte ich den Anblick, den auf diese Weise die innere Fläche des Sackes darbot, am ehesten noch mit dem der Innenwand des Herzens und ihren Trabeculis carneis vergleichen. Was immer wieder an sie mich erinnerte, war neben der stark fleischigen Beschaffenheit des Balkenwerks die glatte, wie seröse Oberfläche, welche ein Theil derselben darbot. Nach vielfachen vergeblichen Versuchen gelang es mir endlich, von einigen solchen Stellen ein zartes Epithelialhäutchen mit blassen ovalen Kernen darzustellen, welches sich ganz wie Venenepithel verhielt.

Diese paradoxe Erscheinung und die ganze Geschichte dieses sonderbaren Falles wurden jedoch sehr bald durch folgenden weiteren Befund aufgeheilt:

Gleich nachdem ich den Uterus der Länge nach aufgeschnitten, fiel es mir auf, dass, anscheinend ganz getrennt von dem Grundstocke, eine Anzahl meist kleinerer Blasen oder Blasengruppen auf der Schnittfläche in die Wand des umgebenden Sackes eingesprengt erschienen. Es mochten durch den Schnitt etwa 40 solcher eingesprengter, mitten im Uterusparenchym liegender Blasen freigelegt sein. Ein Theil von ihnen liess sich mit der Pincette ohne Weiteres herausheben, und zeigten sich jetzt mit glatter spiegelnder Fläche verschene, und theilweise mit flüssigem Blut gefüllte, wie cystische Lücken im Uterus, von deren Innenfläche ebenfalls eine zweifellose Epithialschicht mit dem Charakter des Venenepithels dargestellt werden konnte. Tupfte man diese Lücken oder cystoiden Räume nach Herausnahme der sie ausfüllenden Molenblasen trocken aus, und drückte man dann das Uterusgewebe der Nachbarschaft etwas zusammen, so füllten sich die Räume in einzelnen Fällen von der Tiefe her wieder mit flüssigem Blut. In anderen gelang es direct mit dem Auge oder mit Hülfe der Sonde nachzuweisen, dass die betreffenden Räume sich continuirlich in die Uterusvenen fortsetzten. So konnte es denn keinem Zweifel mehr unterliegen, dass diese anscheinend isolirten Blasen mehr oder minder direct innerhalb cystoid oder cavernös dilatirter venöser Sinus lagen.

Hingegen liess sich der andere Theil dieser eingesprengten Molenblasen, nicht wie bisher beschrieben, aus den cystoiden Räumen herausheben, sass vielmehr, ohne dass jedoch ein Zusammenhang zwischen der Oberfläche der Blasen und der

sie begrenzenden Wand nachzuweisen gewesen wäre, in der Tiefe so fest, dass er dem Zuge der Pincette nicht folgte. Ergriff man aber jetzt den zunächst gelegenen Abschnitt des Grundstocks der Mole und zog man ihn etwas von der Wand des Sackes ab, so folgte dem gewöhnlich auch ein Theil dieser bis dahin festsitzenden, eingesprengten Blasen, indem er sich von unten her aus den cystoiden Räumen herauszog, und als ein fingerförmiger aus mehreren aneinandergereihten Blasen bestehender Zweig mit dem grossen Molenbaume in continuirlicher Verbindung stehend zeigte.

Nach diesen Erfahrungen mussten nun auch die balken- und zapfenartig sich zwischen die Mole hineinschiebenden Fortsätze des Uterusfleisches, nur als die atrophirenden Reste der zwischen den colossalen Venenectasien, innerhalb derer sich die Molenwucherung bewegte, gelegen gewesenen Uterusschichten betrachtet werden. Das wunderbare Factum, dass ein Theil dieser Balken und Zapfen eine glatte wie seröse Oberfläche, ja stellenweise sogar ein deutliches Venenepithel trug, wurde hierdurch ohne Weiteres verständlich. Die ganze grosse Höhle, in der der kindskopf-grosse Blasenhaufen lag, war nur eine einzige colossale venöse Ectasie, die zwar in ihrem Haupttheile vollständig durch diese Blasen verlegt, an ihrer Peripherie jedoch überall noch mit venösen Wurzeln in offener Verbindung stand, in welche die letzten Ausläufer der Geschwulst frei hineinwucherten. —

Ich glaube nicht, dass dieser sonderbare Fall irgend eine andere Erklärung zulässt, als die bereits oben angedeutete, dass es nämlich hier ausschliesslich der zur Placentabildung bestimmte, und bereits in den ersten Anfängen der Placentabildung begriffene Theil des Chorion frondosum war, welcher die myxomatöse Degeneration einging. Denn da die Placentarzotten schon unter physiologischen Verhältnissen nicht nur in die Utriculardrüsen hineinwachsen, sondern mit dem Drüsenum überzuge, den sie auf diese Weise gewinnen, sich auch noch in die grossen submucösen Venenräume hineinstülpen, so mussten die aus einer Transformation der Placentarzotten hervorgehenden Molenblasen in eben diesen Venenräumen präformirte Bahnen finden, in denen sie sich ohne auf grossen Widerstand zu stossen fortschieben konnten, und von denen aus sie allmählich einem grossen Theil des Uterusparenchyms durchwucherten und durch Atrophie zur Zerstörung brachten. Als Reste der Utriculardrüsen möchte ich daher auch die zusammenhängenden Lagen dunkelgefärbten Epithels betrachten, welches, wie schon auseinandergesetzt wurde, einen Theil der feinen Zotten oder ganze Abschnitte der grösseren Schleimgewebskugeln überzog. Nach der Form des ausgedehnten Uterus und der Lage der Tuben ist die Gegend des Ostium uterinum tubae sinistrae der Punkt gewesen, an dem sich die Bildung der Placenta einleitete *).

*) Vielleicht hätte man daran denken können, ob in dem vorliegenden Falle nicht etwa eine ursprüngliche Tubenschwangerschaft und zwar speciell eine Schwangerschaft des uterinen Theiles der Tuba vorliege, und ob sich nicht dadurch die Lage der Mole mitten im Uterusfleisch und ausserhalb der Uterinhöhle erklären lasse.

Zunächst ist festzuhalten, dass bei einer derartigen Annahme jedenfalls der wichtigste Theil unseres Befundes: die intravenöse Myxomwucherung und die cavernöse Atrophie des Uterus ganz unverständlich bleiben würden. Allein

Indem ich zum Schluss noch erwähne, dass irgend welche Fötaltheile nicht gefunden wurden, muss ich es vorläufig dahingestellt sein lassen, wie häufig bei Molenbildungen ähnliche Verhältnisse, wie die hier geschilderten, Platz greifen. Practisch wichtig für diese, wie ich sie genannt habe, interstitielle destruiriende Form, ist jedenfalls die enorme Disposition zu Blutungen, die durch sie gegeben werden muss, und die Schwierigkeit einer spontanen Lösung und Expulsion. Wäre die Kranke nicht bereits so erschöpft gewesen, dass ich hätte fürchten müssen, sie unter den Händen zu verlieren, so hätte ich, nachdem einmal die Diagnose mit Sicherheit festgestellt war, kein Bedenken getragen, den Versuch anzurathen, die Mole durch manuelle Hülfe heraus zu befördern. Gewiss hätte diess nur sehr unvollständig und nur unter kolossalen Blutungen gelingen können, und sehr leicht wäre dabei auch eine Zerreissung des Uterus untergelaufen, da, wie gesagt, an mehreren Stellen die Blasen den Uterus bis hart an das Peritoneum zerstört hatten.

Die auf Taf. XIII. reproducirte Zeichnung gibt die Mole *in situ*, jedoch nur in halber natürlicher Grösse. Sie ist zwar nach dem frischen Präparate gefertigt, jedoch bei der Schwierigkeit des darzustellenden Gegenstandes stark schematisirt, da sie ursprünglich nur für den Privatgebrauch bestimmt war. Ich hoffe, dass sie auch in dieser Form das Verständniß meiner Schilderung erleichtern wird.

4.

Fall von infectiösem Lipom (Lipoma medullare).

Beobachtet und beschrieben

von E. Gernet, Dr. med. in Hamburg.

In der chirurgischen Klinik des Herrn Hofrath Baum zu Göttingen sah ich im Anfang dieses Jahres, einen Fall von Lipom, der bis jetzt nur einmal ähnlich beobachtet wurde (Burow, dieses Archiv Bd. 38, S. 565), und glaube ich desshalb denselben, seiner grossen Seltenheit wegen veröffentlichen zu müssen. Liest man Alles nach, was bis jetzt über Lipome geschrieben worden ist, so findet man dieselben überall, als gutartige Geschwülste von gelber Farbe beschrieben. Dieses aber, in den untenstehenden Zeilen näher beschriebene Lipom hatte eine schneeweisse Farbe, und war ganz entschieden als infectiöse Geschwulst zu betrachten, denn die Lymphdrüsen der Leistengegend waren bedeutend geschwollen

auch abgesehen davon weist die directe Untersuchung das völlige Unbetheiligtsein der Tuben nach. Nach Aufsindung auch des zweiten Ostium uterinum war es ein Leichtes, sich davon zu überzeugen, dass die Partes uterinae tubarum, welche gerade den dicksten Theil der Uteruswand durchsetzen, in ihrem ganzen Verlaufe ausserhalb des grossen Molensackes liegen, durch den sie nur sehr stark dislocirt sind, und dass sie überall von intactem Uterusgewebe umgeben werden. Ihr Kanal ist überall frei. Beide Tuben sind von gleicher Länge.