

## III.

**Grosse fibröse Papillome beider Ovarien.**

Von Dr. A. Gusserow und Dr. C. J. Eberth,  
Professoren in Zürich.

---

**D**er zu schildernde Fall bietet ausser dem pathologisch-anatomischen auch ein erhebliches klinisches Interesse, so dass wir ihn im Folgenden kurz mittheilen wollen<sup>1)</sup>.

S. B., Köchin, 34 Jahre alt, will bis zum August 1866 stets gesund gewesen sein, die Regeln traten im 14ten Jahre ein; sie hat 1856 einmal geboren. Die Geburt soll schwer gewesen, der Beschreibung nach eine Fusslage, doch ohne Operation verlaufen sein. Die Regeln sind nachher wieder regelmässig wie immer aufgetreten bis zum August 1866, wo sie ausblieben. Damals begann in der linken Iliacalgegend ein beständiges Stechen, das von Tag zu Tag heftiger wurde und Pat. endlich nöthigte, ihre Arbeit aufzugeben. Sie hielt Ueberanstrengung für die Ursache ihres Leidens, das nach etwa 4wöchentlicher Behandlung (Blutegel) verschwand. Der behandelnde Arzt Herr Dr. Hausherr zu Wollishofen gibt an, dass Pat. damals auch über heftigen Schmerz in der rechten Seite geklagt habe, wo er eine harte, nicht sehr grosse, bei Druck schmerzende Geschwulst wahrnommen habe, die er für das Ovarium gehalten. Blutegel und Kataplasmen beserten diess, wobei auch das begleitende Fieber wich. Die gleichzeitig mit den Schmerzen entstandene Anschwellung anfänglich der linken, später beider Iliacalgegenden blieb jedoch bestehen. Im September trat dann wieder die Menstruation in ziemlich gleicher Stärke wie früher auf. Die Anschwellung dehnte sich allmälig immer mehr auf den ganzen Leib aus, während die Füsse niemals anschwollen. Der Appetit war gut, jedoch konnte Pat. nur wenig auf einmal geniessen, sonst empfand sie ein lästiges Gefühl von Spannung und Völle im Unterleib. Der Stuhlgang war constant diarrhoisch. Anfangs September 1866 trat Pat. wegen beständer Vergrösserung des Leibes in die gynäkologische Klinik, wo Herr Prof. Breslau die Diagnose auf Ascites in Folge subacuter Peritonitis stellte. Der Leib hatte damals die Ausdehnung wie bei weit vorgerückter Schwangerschaft und maass sein grösster Umfang 100 Cm., besonders war die Haut des Nabels hervorgetrieben. Bei der vorgenommenen Punction wurden 5750 Ccm. eines hellgelblichen Fluidums von 1017 spec. Gew. entleert. Weder vor noch nach der Punction enthielt der Urin Eiweiss und die Vaginaluntersuchung ergab stets ein negatives Resultat. Der

<sup>1)</sup> Es ist zu bemerken, dass diess nach dem Tode der Kranken nur durch Compilation einiger älteren Krankengeschichten, mündliche Berichte etc. möglich war, wodurch sich die Lückenhaftigkeit der Krankengeschichte erklärt.

Uterus war von normaler Grösse, beweglich, nirgends ein Tumor durchzufühlen. Nach 8 Tagen wurde Pat. entlassen, kam dann aber im November desselben Jahres der gleichen Beschwerden wegen wieder. Wieder wurde die Punction zur Erleichterung der Kranken gemacht und 6500 Ccm. leicht getrübter hydropischer Flüssigkeit entleert, aber trotz Diuretica, Diaphoretica und Laxantia schwoll der Leib wiederum an, so dass sie am 15. Januar 1867 auf die medicinische Klinik transferirt wurde, wo die Anschwellung trotz reichlicher Diurese stetig bis Anfang März zunahm, von wo ab dieselbe jedoch ziemlich constant blieb. Anfangs Januar und dann Anfangs März waren die Regeln ziemlich gleich langdauernd und gleich stark wie früher aufgetreten, die übrige Zeit hatten sie cessirt. Am 17. April war die Regel nur 2 Tage dauernd und mit geringerem Blutverlust aufgetreten. Auf der chirurgischen Klinik, wohin Pat. nunmehr verlegt worden war, wurde die Diagnose ebenfalls auf freien Ascites ohne auffindbare Ursache gestellt und durch die Punction im Mai 8700 Ccm. einer etwas röthlichen, stark eiweisshaltigen Flüssigkeit entleert. Nach der Punction war nichts Abnormes im Abdomen zu fühlen und ebenso wenig etwas per vaginam. Pat. wurde dann bald darauf Mitte Mai entlassen. Von August an traten wiederum heftigere Schmerzen im Leibe und starke Zunahme desselben auf. Als der Herr Dr. Hausherr die Kranke am 18. September d. J. wiedersah, litt sie an Ascites in bedeutendem Grade und dabei war der Nabel „Kindskopf gross“ hervorgetrieben, liess sich jedoch leicht reponiren. Bei einer vorgenommenen Punction entleerten sich 4 Maass blutiger Flüssigkeit, ohne dass der Leib sich wesentlich verkleinerte. Stets war Stuhlverstopfung und einmal auch Erbrechen mit heftigen Kolikscherzen dagewesen. Pat. magerte immer mehr ab, musste abwechselnd das Bett hüten und konnte nur leichte Arbeiten verrichten. Der Nabel war stets „über Fingerdicke mehr Zoll lang“ hervorgetrieben. Am 17. November bemerkte die Kranke, dass ihre Wäsche und Leintücher feucht wurden, aus dem Nabel floss klare Flüssigkeit aus, wovon sie noch circa ein Waschbecken aufgefangen haben will. Ihrer Angabe nach will sie keine weiteren Beschwerden dabei gehabt haben und hat auch nicht das Bett gehütet. Dies stimmt jedoch nicht mit der genauen Angabe des Collegen Hausherr, der schreibt, dass Pat. am 18. November zu ihm geschickt und die gewöhnliche Medicin (Infus. Sennae mit Magnes. sulph.) von ihm verlangt habe, da wiederum „Krämpfe“ (d. h. Schmerzen) und Stuhlverstopfung da seien. Am 19. verlangte sie gegen Erbrechen eine andere Medicin (Emulsion), die ihr früher auch dabei gute Dienste geleistet. Es bleibt hiernach leider etwas zweifelhaft, ob die vollständige Berstung des Nabelbruchs in Folge des Erbrechens eingetreten und die Darmeklemmung nach sich gezogen, oder ob die Stuhlverstopfung und Kolik mit Erbrechen nicht schon als Eklemmungserscheinungen von Seiten der Nabelhernie zu deuten sind. Jedenfalls ist die Angabe der Pat. gegenüber der des Arztes ohne grossen Werth, da dieselbe in einem sehr elenden Zustande nicht lange vor dem Tode gemacht wurde. Wichtig ist nur, dass die Kranke mit Bestimmtheit angiebt, seit dem 17. November keinen Stuhlgang mehr gehabt zu haben, dass sie aber erst am 22. Morgens 9 Uhr im Bette liegend einen etwa 1 Zoll langen Riss der Hautdecken, aus dem etwas Darm hervorsah, bemerkte, sie schickte dann zum Arzt, aber ehe dasselbe noch kommen konnte, drängten sich weitere Darmschlingen heraus unter

mehrmaligem Erbrechen. Der Arzt fand dann eine grosse Partie Dünndarmschlingen auf den Bauchdecken liegend; er versuchte die Reposition unter Chloroformnarkose, da dieselbe aber nicht gelang, schickte er die Kranke so schnell als möglich in die Gebäranstalt, wo sie gegen Abend anlangte. Pat. klagte hier über Schmerzen in der Magengegend, im Rücken und im Kreuz, weniger im Unterleib. Erbrechen war nicht mehr aufgetreten, dagegen bestand etwas Brechreiz. Die Gesichtszüge waren etwas verfallen, der Puls klein, mässig frequent. Aus den unregelmässig zerrissenen Hautdecken des Nabelringes ist eine Dünndarmpartie von 3 Fuss Länge hervorgequollen, die einen tellerförmigen Kreis auf den Bauchdecken bildet, der bis an die Symphyse einerseits und an die Herzgrube andererseits reicht. Die Mitte des Kreises wird von dem braunschwarzen Mesenterium gebildet, welches rechts bis zur Stärke eines kleinen Fingers verdickt war und etwa 4 Finger breit, also bis zur Wurzel, mit vorgefallen war, und dessen strotzend gefüllte Gefässe eine blutige Flüssigkeit austreten lassen. Der Darm bildet die Peripherie und ist sehr stark, ähnlich dem Colon und prall ausgedehnt, glanzlos, von tiefdunkelblaurother Färbung, die nach der rechten Seite zu fast schwarz wird und hier mehre graue verwaschene Stellen hat, die nicht abzuwischen sind. Auffallend ist die deutliche Verdickung der Darmwandungen. Der Inhalt des Darms scheint flüssig zu sein; Bewegungen der Därme sind nicht hervorzurufen. Hob man diese geschilderten Darmmassen in die Höhe, so lagen darunter noch mehre etwa 1 Fuss im Ganzen betragende dünnere und blassere Darmschlingen. Die Bauchdecken waren hinter dem Vorfall muldenförmig gegen die Wirbelsäule zurückgezogen. Nachdem die Kranke gut chloroformirt war, hatte nun mein Freund, Prof. Rose, die Güte, die Reposition der vorgefallenen Darmschlingen vorzunehmen. Nach Zurückschlagung der blauroth begrenzten Nabelbruchlappen wurde links oben mit einer Sonde ein Eingang in den Nabelring aufgefunden und hier eine starke blutige Einkerbung gemacht, zwei andere mussten auf der rechten unteren Seite hinzugefügt werden. Dann erst gelang es, durch leisen Druck den Inhalt der der Pforte zunächst liegenden Därme zurückzubringen. Leider half selbst danach die Peristaltik der Därme nicht mehr nach und sie mussten Stück für Stück in die Bauchhöhle gebracht werden. Besonders wurde die Reposition durch das feste Mesenterium erschwert. Schon waren drei Viertheile der Därme und des Gekröses reponirt, als der letzte missfarbige Rest, in dem die Spannung mit Zunahme der Reposition stetig wuchs, platzte und sich eine ziemliche Menge blutig gefärbten flüssigen Inhaltes entleerte, wovon jedoch nichts in die Bauchhöhle floss. An den Rändern der Rissstelle war die bedeutende Verdickung der Darmwandungen sehr deutlich, es floss aus ihnen kein Tropfen Blut. Um die Darmschlingen wurden nun einige Fäden gelegt, welche auf den Bauchdecken mit Heftplaster befestigt wurden, um das Hineinschlüpfen des Darms zu verhüten. Die Hautränder des Nabelbruches wurden an die nicht reponirte Darmschlinge angelegt und das Ganze mit Chärpie bedeckt und mit Bindentouren befestigt. Pat. erwacht bald aus der Narkosé, befreit von ihren Einklemmungsschmerzen, wird in ein erwärmtes Bett in möglichst horizontale Lage gebracht. Das Befinden ist ganz gut, kein Erbrechen, Puls klein, mässig frequent (etwa 90 — 100); eine subcutane Morphinum injection von  $\frac{1}{6}$  Gr. wird gemacht. Später eine Mixtur mit Morphin gegeben. In der Nacht zum

23. November trat zweimal Erbrechen ein. Gegen  $5\frac{1}{2}$  Uhr Morgens ist der Puls nicht mehr zu fühlen, Extremitäten kalt. Um 1 Uhr Mittags erfolgte der Tod.

Die Section, welche 24 Stunden nach dem Tode vorgenommen wurde, ergab folgenden Befund.

Graciler Körper, mässiger Rigor. Leichte Schwangerschaftsnarben am Abdomen. Der Nabel und dessen Umgebung bilden eine etwa apfelgrosse Geschwulst, in deren Mitte eine fast thalergrösse, von eingetrockneten Rändern begrenzte Oeffnung sich findet, durch welche ein fast schuhlanges, tief braunroth gefärbtes und oberflächlich vertrocknetes Darmstück prolabierte ist. Letzteres zeigt an einer Stelle eine fast 1 Cm. grosse Perforation, und ist mit den Wundrändern der Bauchdecke an den Berührungslien durch eitrig faserstoffigen Belag leicht verklebt.

Im Abdomen eine geringe Quantität blutig-eitriger Flüssigkeit. Serosa des mittleren Ileums diffus blauroth injicirt, die den prolabilen Darmschlingen zunächst gelegenen Darmstücke sind unter sich durch frischen entzündlichen Belag verklebt. Die Serosa, besonders die parietale und des Mesenteriums derb lederartig, mit vielen netzförmigen Verdickungen bedeckt und stark schiefrig gefärbt. Das Mesenterium an einzelnen Stellen blutig infiltrirt. Mucosa der nicht prolabilen Darmschlingen blass, die der prolabilen und diesen benachbarten durch ausgedehnte hämorrhagische Infiltration hochgradig verdickt und mit croupösem Belag bedeckt. Blutig schleimiger Inhalt daselbst.

Beide Lungen vollkommen frei. Aus dem linken Bronchus entleert sich viel schaumiges schleimiges Secret, Bronchialmucosa blassrosa injicirt. In der Lunge überall Luftgehalt, mässige Hyperämie oben, stärkere unten und hinten. Leichtes Oedem in dem oberen Lappen. Rechts das Gleiche.

Herz ohne besondere Veränderung.

Milz mit der Umgebung verwachsen, Kapsel in grosser Ausdehnung schwielig verdickt, Parenchym ziemlich fest, dunkelroth; Malpighische Körper vergrössert.

Leber mit der unteren Fläche des Zwerchfells in grosser Ausdehnung durch alte Adhäsionen verbunden. Grösste Länge derselben 5, Breite 7, Dicke 2 par. Zoll. An der Theilungsstelle der Pfortader ein sehr vollständig verschliessender, theilweise entfärbter, aber nirgends adhärenter Thrombus, der sich ziemlich weit in die feineren Aeste erstreckt. Leberparenchym sehr hyperämisch, besonders in der Peripherie der Läppchen.

Linke Niere aus der Kapsel leicht löslich, Länge  $3\frac{1}{2}$ , Breite 1, Dicke 1,4 par. Zoll. Oberfläche glatt, mit vielen sternförmigen Gefäßramificationen. Corticalis ziemlich injicirt, Malpighische Körper als kleine grauliche Punkte sichtbar, Pyramidalis blutreich. Rechts das Gleiche, nur stellenweise stärkere Injection der Glomeruli.

Harnblase mit der Flexura sigmoidea in grosser Ausdehnung durch strangförmige Adhäsionen verbunden. Blasenschleimhaut blass.

Im kleinen Becken eine ziemliche Menge blutig-eitriger Flüssigkeit. Zwischen Uterus und Blase ausgedehnte Verwachsungen. Schleimhaut der Scheide blass, die des Uterus geschwollt.

Linke Tuba nahe der Insertion stark geknickt, weiterhin bis Fingersdicke erweitert und mit Serum gefüllt. Ihr abdominales Ostium verschlossen und mit einer

etwa hühnereigrossen stellenweise gefässreichen und markigen blumenkohlähnlichen Geschwulst verlöthet, in deren Centrum das etwas atrophische, von einer sehr verdickten Kapsel umgebene Ovarium liegt. Auch die rechte Tuba erweitert und mit dem gleichen Inhalt wie die linke gefüllt. Unmittelbar neben den geschwellten und stark injicirten Fimbrien derselben findet sich eine ganz gleiche Geschwulst wie linkerseits.

Am Gehirn leichter Hydrops meningeus mässige Hyperämie der weissen Substanz.

Beide Ovarien bildeten somit weiche, zottige, blumenkohlähnliche, hühnereigrosse Geschwülste. Unter Wasser gebracht lösten sich dieselben in zierliche, vielfach verzweigte, an den Enden leicht kolbig oder knopfförmig angeschwollene Zotten auf, die mit feinen aber derben fadenförmigen Stielen von der ganzen Oberfläche der Ovarien entsprangen. Die meisten dieser Zotten waren  $1 - 1\frac{1}{2}$ , viele  $2\frac{1}{2}$  Centimeter lang. Die eigentliche Unterlage derselben bildete eine etwa  $\frac{1}{2}$  Millimeter mächtige, weiche, grau-röhliche Membran, welche mit der sehnig verdickten etwa 1 Millimeter starken Serosa der Ovarien fest verwachsen war. Letztere selbst boten mit Ausnahme mehrerer hydropischer und hämorrhagischer Follikel nichts Bemerkenswerthes.

Die Stiele der Zotten bestanden aus einem feinfibrillären Bindegewebe, in dem Essigsäure zahlreiche Spindelzellen sichtbar machte. Gegen die kolbigen Anschwellungen der vielen terminalen und seitlichen Zweige dieser Stiele verlor sich die fasrige Textur ihrer Grundsubstanz mehr und mehr und machte in den knopfförmigen Anschwellungen selbst einer halbfüssigen homogenen Grundsubstanz Platz, in der äusserst zahlreiche junge Rundzellen suspendift waren. So sehr auch nach dem homogenen Aussehen der Grundsubstanz eine exquisite Mucinreaction vermutet wurde, so ergaben die angestellten Reactionen doch stets negative Resultate.

Eine sehr zarte, von einfach geschichtetem Plattenepithel bekleidete Membran, ähnlich dem feinen Grenzsaum der Darmzotten, bildete die äussere Begrenzung des Grundgewebes. Jede der Zotten, auch die einzelnen Zweige enthielten in der Achse zwei ziemlich weite Capillarschlingen.

Es liegt sonach ein zusammengesetztes fibröses Papillom vor, von einem für diese Localität jedenfalls seltenen Umfang. Uns wenigstens ist kein ähnlicher Fall bekannt geworden und es scheint sonach, dass die fibrösen Neubildungen an der Oberfläche der

Ovarien in den meisten Fällen auf die bekannten weichen zottigen Excrescenzen beschränkt bleiben.

Schon die vollkommene symmetrische Entwicklung der beiden Geschwülste musste den Gedanken an eine gleichzeitige und durch ein gemeinsames Moment bedingte Entstehung wahrscheinlich machen. Es lag nahe, die so verbreitete chronische Peritonitis als die nächste Ursache zu beschuldigen, — sowohl die papillösen Neubildungen der Ovarien wie die nicht geringen Verdickungen des Peritoneums und die vielfachen Adhäsionen zwischen den Bauch- und Beckenorganen als die Producte dieser Entzündung zu betrachten. Kann auch die Ursache dieser nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, so dürften doch vielleicht die Angaben der Patientin, wonach das Leiden im August 1866 mit heftigem, von Tag zu Tag sich steigerndem, beständigem Stechen und leichter Anschwellung in den Iliacalgegenden begann, welche letztere sich später über das ganze Abdomen ausdehnte, wenigstens einen Fingerzeig für den Ausgangspunkt des ganzen Prozesses abgeben. Wir glauben somit, in diesem Falle ein neues und seltenes Beispiel einer auf Entzündung und wahrscheinlich auf Ophoritis beruhenden umfangreichen Papillombildung geliefert zu haben.

## IV.

### Ueber die mikroskopisch nachweisbare Porosität der Gefäß- und Schleimhäute.

Von Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. F. Keber in Danzig.

#### I. Gefäßhäute.

Die im vorigen Jahrgange dieses Archivs (Band XL, S. 1 und XLI, S. 220) von Herrn Dr. I. Cohnheim veröffentlichten Beobachtungen über die Emigration farbloser und gefärbter Blutkörperchen durch die unversehrten Gefäßwände veranlassen mich, darauf hinzuweisen, dass ich bereits im Jahre 1853 diejenige morphologische Beschaffenheit der Gefäßwände, welche diesen Vorgängen zur Grundlage dient, mikroskopisch erkannt und in meiner